

SEGUNDO SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO



AGOSTO – 2020

Calle 3 No. 2-15 Este Teléfono: 8278686 – Urgencias: Calle 2 No. 2-38 Este. Teléfonos: 8932393
Email: Info@esemariaauxiliadora.gov.co
Mosquera – Cundinamarca

1. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento del artículo 3 del Decreto 2641 de 2012, por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011 - Estatuto anticorrupción", se presenta a continuación el informe de seguimiento de la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano del Hospital María Auxiliadora Empresa Social del Estado del municipio de Mosquera. Este seguimiento incorpora el avance de las actividades aprobadas para desarrollar en la vigencia 2018 de los seis(6) componentes a saber: (i)Gestión del riesgo de corrupción; (ii)Racionalización de trámites, (iii)Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, (iv)Rendición de cuentas, (v)Mecanismos para la transparencia y acceso a la información, (vi) Iniciativas adicionales

2. METODOLOGÍA

El Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera implementó el formato de seguimiento dispuesto en el documento " Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano". Versión 2, en el cual se revisan por componentes las actividades programadas y su ejecución y se calcula el porcentaje de avance de los componentes, teniendo como referente el siguiente nivel de cumplimiento

| NIVEL | COLOR | ZONA | |
|--------------|-----------|-------|--|
| 0 a 59% | Rojo | Bajo | Cumplimiento de las actividades plasmadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano |
| de 60 a 79% | Amarrillo | Media | |
| de 80 a 100% | Verde | Alto | |

3. SEGUIMIENTO

El plan anticorrupción y de atención al ciudadano del Hospital María Auxiliadora ESE del municipio de Mosquera tiene Veintidos (22) actividades programadas para la vigencia 2020, de las cuales 5 están planificadas para el periodo de seguimiento, de las cuales dos (2) cuentan con ejecuciones parciales, razón por la cual con corte al 30 abril se contó con una programación del 20% ; de acuerdo a lo anterior de las Cinco (5) actividades se ejecutaron Tres (3) de manera completa, Dos (2) con ejecución parcial frente al producto anual pero con cumplimiento para la fecha de seguimiento, obteniendo un 100% , es decir un nivel de cumplimiento ALTO.

Por otro lado para el segundo seguimiento se encontraban planificadas doce (12) Actividades, de las cuales dos (2) debían ejecutarse de manera parcial debido a que se encuentran programadas para toda la vigencia, no obstante tres (3) actividades del total programado no se cumplieron, debido a que se programaron para su ejecución en el último cuatrimestre del año y una (1) se encuentra ejecutada parcialmente, razón por la cual del 45% programado, se ejecutó el 36%, obteniendo un 79% , es decir un nivel de cumplimiento MEDIO.

Finalmente al consolidar el seguimiento de lo corrido del año a los treinta y un (31) días de agosto se encontraba programado el 65% de las actividades del año, de lo cual se ejecutó un 56%, razón por la cual a nivel general se tuvo un nivel de cumplimiento del 86%, logrando un NIVEL ALTO de cumplimiento, el cual debe ser monitoreado constantemente, debido a que la no ejecución de las actividades programadas, causarían un bajo nivel de evaluación.

A continuación se detalla el seguimiento por cada una de estas actividades.

PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS RESULTADOS DE LA AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL REVISION FORMAL DE LA CUENTA NO PRESENCIAL -VIGENCIA FISCAL 2019

| COMPONENTE | SUBCOMPONENTE PROCESO | No | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | META O PRODUCTO | RESPONSABLE | FECHA PROGRAMADA | FECHA SEGUIMIENTO | ACTIVIDADES PROGRAMADAS | ACTIVIDADES CUMPLIDAS | % DE AVANCE DEL PERIODO | OBSERVACIONES |
|--|--|-------|--|---|-----------------------|------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|--|
| Gestión del riesgos de corrupción | Política y administración de riesgos | 1.1 | Revisión la Política de Riesgos de Corrupción por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno | Política de gestión de riesgos Revisada | Líder Control Interno | 30-jul-2020 | 31-ago-2020 | 1,00 | 0,33 | 33% | La revisión se encuentra programada para comité de Control Interno del mes de Octubre |
| Gestión del riesgos de corrupción | Construcción mapa de riesgos de corrupción | 1.2.1 | Revisar y actualizar los mapas de riesgo de corrupción del Hospital | Revisión y actualización de los mapas de riesgo de corrupción | Líderes funcionales | 30-jun-2020 | 31-ago-2020 | 1,00 | 0,33 | 33% | Se encuentra programada revisión para el mes de septiembre |
| Gestión del riesgos de corrupción | Consulta y Divulgación | 1.3 | Divulgar y publicar el mapa de riesgos actualizado | Mapa de riesgos actualizado divulgado | Líder Planeación | 30-jul-2020 | 31-ago-2020 | 1,00 | 1,00 | 100% | Se divulgo el mapa de riesgos |
| Rendición de cuentas | Rendición de cuentas | 2.2.1 | Diseñar la estrategia de rendición de cuentas | Estrategia diseñada | Líder Planeación | 30-mar-2020 | 30-abr-2020 | 1,00 | 1,00 | 100% | Se presenta documento de estrategia de rendición de cuentas |
| Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano | Fortalecimiento canales de atención | 3.1 | Fortalecer los canales de comunicación y atención al usuario | Dos (2) canales | Líder SIAU | 30 junio -20 | 31-ago-2020 | 1,00 | 1,00 | 100% | Actualmente los dos canales de comunicación que se fortalecen en la institución son de manera virtual la página web: http://www.esemariaauxiliadora.gov.co/atencion.html , la cual se revisa de manera periódica y presencialmente los buzones los cuales en la sede central esta ubicados en Sala de Llamado, Hospitalización, Consulta Externa, Odontología, Triage y ubicado en el Centro Medico de Porvenir Rio, los cuales se revisan todos los viernes |

PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS RESULTADOS DE LA AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL REVISION FORMAL DE LA CUENTA NO PRESENCIAL -VIGENCIA FISCAL 2019

| COMPONENTE | SUBCOMPONENTE PROCESO | No | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | META O PRODUCTO | RESPONSABLE | FECHA PROGRAMADA | FECHA SEGUIMIENTO | ACTIVIDADES PROGRAMADAS | ACTIVIDADES CUMPLIDAS | % DE AVANCE DEL PERIODO | OBSERVACIONES |
|--|---------------------------|-------|--|---|----------------|------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|--|
| Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano | Talento Humano | 3.2 | Realizar capacitaciones de servicio al ciudadano a los colaboradores del hospital de acuerdo al plan institucional de capacitaciones | Una (1) capacitación de servicio al ciudadano realizadas a los colaboradores del hospital | Talento Humano | 30-jun-2020 | 31-ago-2020 | 1,00 | 0,33 | 33% | La capacitación de atención al ciudadano está prevista por parte del SIAU para el mes octubre del presente año |
| Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano | Normativo y Procedimental | 3.3.1 | Realizar el informe mensual de PQRS | 12 informes | Lider SIAU | 31-dic-2020 | 30-abr-2020 | 0,67 | 0,67 | 100% | Primer Seguimiento: Se presentan los informes de los meses de enero, febrero, marzo y abril de la vigencia 2020, estos informes analizan la información de las peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones; así como por indicador de calidad y unidades funcionales. Que reportan la gestión de 126 requerimientos entre los cuales 53% son felicitaciones y 32% quejas de este periodo. Segundo seguimiento: Se presentan informes de los meses de Mayo, Junio, Julio y Agosto de la vigencia 2020, referentes a la gestión de PQFRS, discriminados de manera individual de acuerdo al tipo de requerimiento, al indicador de calidad y a la unidad funcional involucrada. Reportando la gestión de 335 Requerimientos de los cuales 266, es decir el 79% corresponden a felicitaciones, mientras que el 21% restante corresponde a los demás tipos de requerimientos (PQRS) |

PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS RESULTADOS DE LA AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL REVISION FORMAL DE LA CUENTA NO PRESENCIAL -VIGENCIA FISCAL 2019

| COMPONENTE | SUBCOMPONENTE PROCESO | No | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | META O PRODUCTO | RESPONSABLE | FECHA PROGRAMADA | FECHA SEGUIMIENTO | ACTIVIDADES PROGRAMADAS | ACTIVIDADES CUMPLIDAS | % DE AVANCE DEL PERIODO | OBSERVACIONES |
|--|----------------------------------|-------|--|---------------------|-------------|------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|--|
| Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano | | 3.3.2 | Realizar campañas informativas sobre la responsabilidad de los colaboradores frente a los derechos de los usuarios | una (1) campaña | Líder SIAU | 30-jun-2020 | 31-ago-2020 | 1,00 | 1,00 | 100% | Teniendo en cuenta en la institución no se contaba con un conocimiento claro por parte de los colaboradores de los derechos y deberes de los usuarios se comparte en el grupo de líderes, un breve video con un derecho y un deber de manera periódica con el fin de sensibilizar a los colaboradores de los mismos interiorizando los deberes y derechos de los usuarios. Se soporta seguimiento en videos del último mes y pantallazos de elementos compartidos, se realiza divulgación de los deberes y derechos por facebook e Instagram, además se encuentran en los servicios, se cuenta con folleto informativo, por otro lado para el mes de septiembre se tienen programados juegos con el fin de verificar la adherencia de la campaña. |
| Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano | Relacionamiento con el ciudadano | 3.4. | Realizar mensualmente encuestas para obtener el índice de satisfacción de los usuarios del hospital | Doce (12) encuestas | Líder SIAU | 31-dic-2020 | 30-abr-2020 | 0,67 | 0,67 | 100% | Primer seguimiento: Se presentan los informes de los meses de enero, febrero, marzo y abril de la vigencia 2020, estos informes describen los resultados de la aplicación de 3150 encuestas para la medición de la satisfacción de los usuarios del hospital. Se puede observar que hay una medición global de satisfacción para estos meses que en promedio es de 97.25%. Segundo seguimiento: Se presentan los informes de los meses de mayo, Junio, Julio y Agosto de la vigencia 2020, estos informes describen los resultados de la aplicación de 3236 encuestas para la medición de la satisfacción de los usuarios del hospital. Se puede observar que hay un medición global de satisfacción para estos meses que en promedio es de 99.28% |

PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS RESULTADOS DE LA AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL REVISION FORMAL DE LA CUENTA NO PRESENCIAL -VIGENCIA FISCAL 2019

| COMPONENTE | SUBCOMPONENTE PROCESO | No | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | META O PRODUCTO | RESPONSABLE | FECHA PROGRAMADA | FECHA SEGUIMIENTO | ACTIVIDADES PROGRAMADAS | ACTIVIDADES CUMPLIDAS | % DE AVANCE DEL PERIODO | OBSERVACIONES |
|--|--|--------|---|-----------------------|------------------------------------|------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|--|
| Mecanismos para la transparencia y Acceso a la Información | Lineamientos de Transparencia Activa | 4.1.1. | Actualizar en la página web la información requerida por el Artículo 9 Ley 1712 de 2014 | Documentos publicados | Líder Planeación Líder Sistemas | 30-abr-2020 | 30-abr-2020 | 1,00 | 1,00 | 100% | Se evidenció la actualización de la página web en lo relacionado con el link de transparencia frente a los planes para la vigencia 2020, así como lo relacionado con los procesos de contratación para la presente vigencia, la solicitud de historias clínicas por web y la información de atención sobre COVID-19. |
| Mecanismos para la transparencia y Acceso a la Información | | 4.1.2. | Elaborar plan de trabajo para la realización de actividades de lineamientos GEL aplicables al hospital | Diagnóstico elaborado | Líder Sistemas | 30-mar-2020 | 30-abr-2020 | 1,00 | 1,00 | 100% | El documento PETIC presentado fue aprobado segundo semestre de la vigencia pasada. |
| Mecanismos para la transparencia y Acceso a la Información | | 4.1.3. | Actualizar el 100% de los perfiles asignados a cada uno de los colaboradores con el fin de controlar el acceso a la información | Perfiles actualizados | Líder Sistemas | 30-jun-2020 | 31-ago-2020 | 1,00 | 1,00 | 100% | Se recibe desde el área de sistemas los pantallazos referentes a los perfiles del sistema definidos para el Administrador, el Auditor Medico, el Auditor de Cartera, el Auditor de Control, interno los auxiliares de Archivo, los Auxiliares de Laboratorio, los auxiliares de Facturación, los Jefes de enfermería y los Auxiliares de enfermería |
| Mecanismos para la transparencia y Acceso a la Información | Elaboración instrumentos de gestión de información | 4.2.1 | Actualizar el inventario de activos de información del hospital de acuerdo a la estructura funcional actual | Inventario elaborado | Líder Sistemas | 30-may-2020 | 31-ago-2020 | 1,00 | 0,95 | 95% | Se recibe inventario Parcial de Activos de información con corte al 31 de Agosto de 2020, con pendientes de información relacionados a inventario de publicaciones, el cual se encuentra programado para determinar en el último trimestre del año y corresponde aproximadamente a un 5% del total del inventario, de acuerdo a la información recibida directamente por el responsable. |

PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS RESULTADOS DE LA AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL REVISION FORMAL DE LA CUENTA NO PRESENCIAL -VIGENCIA FISCAL 2019

| COMPONENTE | SUBCOMPONENTE PROCESO | No | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | META O PRODUCTO | RESPONSABLE | FECHA PROGRAMADA | FECHA SEGUIMIENTO | ACTIVIDADES PROGRAMADAS | ACTIVIDADES CUMPLIDAS | % DE AVANCE DEL PERIODO | OBSERVACIONES |
|-------------------------|-------------------------|-------|--|--|----------------|------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|--|
| Iniciativas adicionales | Iniciativas adicionales | 4.3.1 | Revisar y Actualizar el Código de Ética y buen gobierno | Código ética y buen gobierno actualizado | Talento Humano | 30 junio -20 | 31-ago-2020 | 1,00 | 1,00 | 100% | Se cuenta con el Código de ética y buen gobierno actualizado y debidamente estandarizado por la oficina de Calidad de la institución bajo el Código GH_01_PT_002 |
| Iniciativas adicionales | | 4.3.2 | Socializar el código de ética y buen gobierno del hospital | Acta de socialización | Talento Humano | 30-jun-2020 | 31-ago-2020 | 1,00 | 1,00 | 100% | El Código de ética y buen gobierno fue socializado en el comité de Humanización del 26 de Junio de 2020, durante el desarrollo de la agenda del mismo |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|-------------|-------|-------|------|
| TOTAL PROGRAMADO PARA EL PRIMER SEGUIMIENTO | | | | | | 30-abr-2020 | 4,33 | 4,33 | 100% |
| NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL PRIMER SEGUIMIENTO | | | | | | 30-abr-2020 | 20% | 20% | |
| TOTAL PROGRAMADO PARA EL SEGUNDO SEGUIMIENTO | | | | | | 31-ago-2020 | 10,00 | 7,94 | 79% |
| NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL SEGUNDO SEGUIMIENTO | | | | | | 31-ago-2020 | 45% | 36% | |
| TOTAL DEL PLAN PROGRAMADO | | | | | | | 14,33 | 12,27 | 86% |
| NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN | | | | | | | 65% | 56% | |

FECHA DE PUBLICACIÓN: 11 de septiembre 2020

ELABORADO POR:

ORIGINAL FIRMADO

Victoria Bohórquez García