

# SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO AÑO 2020



## SEGUNDO INFORME DE SEGUIMIENTO MAYO DE 2020 A AGOSTO DE 2020

## HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E

## INTRODUCCIÓN

La corrupción es sin duda el mayor obstáculo para el desarrollo económico y social de un país. Su ejercicio no solo menoscaba los recursos que el Estado utiliza para satisfacer las necesidades de sus habitantes; también desincentiva la realización de inversiones, frena el desarrollo económico, perpetúa los niveles de pobreza, promueve la ineficiencia, la inestabilidad y la violencia. Teniendo en cuenta lo anterior en cumplimiento del artículo 73 de la ley 1474 de 2011, el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., presento el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano para la vigencia 2020, siendo este un instrumento de tipo preventivo para el control de la gestión, que busca definir las acciones en materia de lucha contra la corrupción, estableciendo controles orientados a mantener la transparencia y celeridad en los procesos que desarrolla la entidad de salud.

La misma ley 1474 de 2011 señala en su articulado que “La consolidación del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano, estará a cargo de la Oficina de Planeación de las entidades o quien haga sus veces, quienes además servirán de facilitadores para todo el proceso de elaboración del mismo. A su vez la verificación de la elaboración, de su visibilización, el seguimiento y el control a las acciones contempladas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano le corresponde a la Oficina de Control Interno. Las entidades del orden Nacional, Departamental y Municipal deberán publicar en un medio de fácil accesibilidad al ciudadano las acciones adelantadas, en las siguientes fechas, abril 30, agosto 31 y diciembre 31.

## MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia
- Ley 80 de 1993
- Ley 87 de 1993
- Ley 190 de 1995
- Ley 489 de 1998
- Ley 850 de 2003
- Ley 1150 de 2007
- Ley 1437 de 2011
- Ley 1474 de 2011
- Decreto 4326 de 2011
- Documento Conpes 3714 de 2011
- Decreto 019 de 2012
- Documento Conpes 3785 de 2013
- Ley 1755 de 2015
- Ley 1757 de 2015
- Decreto 124 de 2016
- Ley 1952 de 2019

## OBJETIVO GENERAL

Formular e implementar estrategias y desarrollar actividades que permitan mitigar y controlar situaciones de corrupción durante el año 2020, para prevenir actos de corrupción y asegurar el mejoramiento en la atención de los ciudadanos y demás partes interesadas, conforme lo que establece la ley 1474 de 2011.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Racionalizar los trámites y procesos, de tal forma que se logre un mejoramiento en la gestión institucional, y se facilite a los usuarios el acceso a los servicios de salud prestados por el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.
- Generar transparencia y confianza con las diferentes partes interesadas a través de la entrega de información oportuna, clara y confiable de la gestión institucional y el fortalecimiento de los espacios de participación y control social.
- Fortalecer las estrategias orientadas al mejoramiento de la atención de los usuarios y demás partes interesadas.
- Garantizar el derecho de acceso a la información pública, a los usuarios y demás partes interesadas.

## ALCANCE

Las estrategias y acciones contenidas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2020, aplica para todos los funcionarios y contratistas del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., en la ejecución de sus procesos y el desarrollo de sus funciones o actividades.

## SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO DE MAYO DE 2020 - AGOSTO DE 2020

### PRIMER COMPONENTE

### GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS

Vigencia:

2020

Fecha de

31 DE AGOSTO 2020

publicación:

Componente:

PRIMER COMPONENTE - MAPA DE RIESGOS

Segundo Seguimiento - Oficina de Control Interno						
Fecha seguimiento:					25/08/2020	
Proceso	Riesgo	Acciones	Registro	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
<b>Talento Humano</b>  Nos comprometemos a seleccionar y vincular personal idóneo de acuerdo a las necesidades institucionales, fomentando el desarrollo de competencias mediante la capacitación y evaluación periódica durante el ejercicio laboral; cooperando con el desarrollo integral de los colaboradores y su familia	Influir para el nombramiento y/o contratación de una persona	Revisión del cumplimiento de requisitos y documentos entregados por el aspirante contra el perfil del manual de funciones o frente a los requisitos establecidos en los términos de referencia.	Lista de chequeo para verificar los requisitos.	Se cuenta con una lista de chequeo	100	Actividad cumplida
	Pago no acorde a lo establecido en nómina de personal	*La profesional de talento humano, mensualmente verifica el listado de nómina definitiva, validando el listado de nómina preliminar, el reporte de variaciones de planta y listado de totales por conceptos.  *El gerente, mensualmente aprueba la nómina definitiva, validando: a) Que el reporte de nómina haya sido validado previamente por la profesional de talento humano. b) La justificación de la aplicación de novedades de períodos anteriores en el reporte de nómina si Aplica.  *El revisor fiscal o el profesional designado para verifica las retenciones en la fuente de salarios.	*Firma de la nómina definitiva por parte del gerente con el visto bueno de la profesional de talento humano.  *Reporte de novedades de períodos anteriores para los casos que aplique.	Se realizan controles por parte del revisor fiscal, la profesional de talento humano, antes de remitir la nómina de personal para firma del ordenar del gasto y su respectivo pago	100	Actividad cumplida
	Omitir o suprimir información y/o pruebas para el trámite de quejas, procesos disciplinarios, toma de decisiones (falsedad en la información)	*Reinducción institucional. *Seguimiento a los procesos disciplinarios.	Lista de asistencia, comunicado.	La reinducción institucional se tiene programada para el segundo semestre de 2020. Se abrieron los procesos disciplinarios que dejó la Auditoría Regular vigencia 2017	50	Actividad cumplida parcialmente
<b>Sistema de Información</b> El proceso de Gestión de Sistemas de Información y Comunicaciones y su subproceso de informática a través del mejoramiento continuo se compromete con sus clientes a prestar servicios de manera oportuna y efectiva para garantizar un sistema de información Institucional confiable y seguro	Manipular, eliminar, encubrir u ocultar información de base de datos y archivos digitales	*Realizar sesiones breves sobre la política de seguridad de la información. *Asignar roles de permiso de usuarios para el control de acceso de la información.	*Informe de sesiones breves y lista de asistencia  *Informe de los roles y permisos asignados.	*Respecto a la Política de Seguridad de la Información, es importante manifestar que el Subproceso de Sistemas de Información capacita al personal que ingresa nuevo a la institución sobre esta política como también en manejo de los equipos, roles, contraseñas, entre otros aspectos informáticos. Para el primer semestre 2020, se realizaron 68 sesiones breves a nuevos funcionarios administrativos y asistenciales que ingresaron al Hospital Susana Lopez de Valencia E.S.E. *Se realiza o asigna control de roles definidos o usuarios que maneja la información de las bases de datos, para evitar que estas sean manipuladas o modificadas. *Se cuenta con listado de permisos de usuarios para los roles administradores hasta el reporte de indicadores.	100	Actividad cumplida
	Fuga de información de base de datos y archivos digitales	*Realizar informe de políticas de dominio establecidas en los servidores. * Asignar los roles de permiso de usuario para el control de acceso de la información.	*Informe de política de dominio establecida en los servidores.  *Informe de los roles y permisos asignados.	*En el firewall se crean políticas de acceso desde internet a la red interna del hospital, en el momento se cuenta con 38 políticas de control de acceso. Durante el primer semestre se crearon políticas de acceso para permitir el teletrabajo a auditores y personal autorizado mediante la modalidad de VPN. *Se creo la política para permitir al personal del call center realizar su trabajo desde casa. *Se cuenta con políticas de Dominio para garantizar el control de acceso a la información.	100	Actividad cumplida parcialmente

Segundo Seguimiento - Oficina de Control Interno						
Fecha seguimiento:					25/08/2020	
Proceso	Riesgo	Acciones	Registro	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
<b>Recursos físicos</b> Garantizamos el funcionamiento del equipamiento y de la infraestructura hospitalaria en condiciones confortables, amigables y seguras, contribuyendo con el mejoramiento continuo de la institución y con la prestación de los servicios de salud con criterios de calidad	Pérdida y/o uso indebido de bienes asignados y/o elementos entregados	*Inventario físico.	* Formato para control de pedidos diligenciado. * Ordenes de despacho debidamente firmada por el funcionario que recibe. * Informe de inventario físico realizado. * Inventarios aleatorios realizados por Control Interno	*Para la vigencia 2020 se tienen programados cuatro (4) inventarios. El inventario del primer trimestre de 2020 se realizó el 23 de abril de 2020. * La Oficina de Control Interno realizó inventario de los elementos de protección personal (visores protectores faciales, monogafas, gorros desechables, guantes estéril para cirugía, desechables y nitrilo, tapabocas desechables o mascarillas quirúrgicas, tapabocas N95 o de alta protección, paquetes quirúrgicos desechables, overoles impermeables desechables, batas quirúrgicas desechable manga larga y cortas, polainas desechables y trajes de tela), alcohol glicerinado y el jabón líquido antibacterial en el módulo de almacén del Sistema de Información DGH, confrontar mediante una muestra la existencia física y la calidad de estos elementos (tapabocas quirúrgicos, gorros y batas quirúrgicas). *En el inventario realizado por la Oficina de Control Interno, se logró establecer mediante una muestra que tanto el formato para control de pedidos como las ordenes de despacho, contenían sus respectivas firmas.	100	Actividad cumplida
	Adquisición de tecnología apropiada o con sobrecostos	*Formulación de estudios de necesidad con especificaciones técnicas concertadas. *Supervisión de contratos en conjuntos con gerentes, líderes de procesos y subprocesos. *Incorporación de tecnología sujeta a los lineamientos de la guía.	*Informe de supervisión. *Certificados de incorporación de tecnología. *Evaluación técnica del componente biomédico de los equipos determinando uso, finalidad y producción.	*Para el trámite y pago se exigen informes de supervisión, lo cual mediante un muestreo se pudo determinar que se cumple. La líder del Subproceso de Ingeniería Hospitalaria presentó documentos como evidencia a la aplicación de controles 1. Seis estudios de necesidad para adquisición de equipos con características técnicas incluidas. 2. Dos Guías de adquisición debidamente diligenciadas 3. Dos actas de calificación de menor cuantía. Es importante manifestar que los certificados de incorporación de tecnología reposan en las hojas de vida de los equipos biomédicos que se adquieran.	100	Actividad cumplida
	Baja inadecuada de activos fijos	*Actualización de manual para el manejo administrativo de los bienes muebles de propiedad del hospital. *Socialización de procedimiento de egreso de bienes inservibles o innecesarios u obsoletos.	*Manual para el manejo administrativo de los bienes muebles de propiedad del Hospital actualizado. *Acto administrativo de baja de activos. *Listado de asistencia.	*Durante los meses de febrero y marzo de 2020, se hizo la socialización del Manual para el manejo administrativo de bienes muebles del HSLV, donde se le entregó a cada líder de proceso y subproceso una carpeta que contenía resumen de los procedimientos del manual y formatos a diligenciar para el control de los activos. *Para el segundo semestre de 2020, se tiene programada la actualización de manual para el manejo administrativo de los bienes muebles de propiedad del HSLV y su respectiva socialización.	80	Actividad cumplida parcialmente



Segundo Seguimiento - Oficina de Control Interno						
Fecha seguimiento:					25/08/2020	
Proceso	Riesgo	Acciones	Registro	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
<b>Gestión jurídica</b> Nos comprometemos a ofrecer nuestro mejor servicio, desde el alcance del objetivo del proceso, brindando una permanente asesoría a todas las dependencias de nuestra entidad, asegurando el cumplimiento de los presupuestos normativos	Selección y/o adjudicación contractual inapropiada, o con vicios legales	*El Comité evaluador, cada vez que se requiera (con cada contratación por concurso), revisa que el proveedor cumpla con los aspectos técnicos, económicos y jurídicos en la oferta presentada, mediante la validación de la documentación soporte y los criterios de evaluación establecidos en los términos de referencia y sus anexos.	Lista de chequeo.	Se cuenta con una lista de verificación de requisitos jurídicos y chequeo de documentos, la cual es aplicada a las ofertas presentadas y los contratos antes de perfeccionarlos.	100	Actividad cumplida
	Suscripción de contratos sin cumplimiento de requisitos legales	*Diligenciar lista de chequeo con verificación y validación de información aportada.	*Lista de chequeo suscrita por el profesional a cargo de la verificación documental.	Se cuenta con una lista de verificación de requisitos jurídicos y chequeo de documentos, la cual es aplicada a las ofertas presentadas y los contratos antes de perfeccionarlos.	100	Actividad cumplida
	Ejecución incorrecta de contratos	*Verificación de actividades y documentos durante la ejecución del contrato.	*Informe de supervisión.	Se verifico mediante una muestra los informes de supervisión y las actividades que se pactan en los contratos fueron ejecutadas de manera diligente.	100	Actividad cumplida
	Selección inapropiada de contratistas	*Realización de capacitación a supervisores sobre manual de contratación	Acta y listado de asistencia	La Oficina Jurídica tiene programada para el 15 de septiembre de 2020, capacitación a supervisores sobre manual de inventoria y supervisión, como tambien manual de contratación.	50	Actividad cumplida parcialmente
	Dilación y seguimiento de los procesos judiciales y disciplinarios	*Seguimiento y control permanente de las actuaciones procesales por parte de cada apoderado y supervisión cronograma de actividades por parte del jefe oficina jurídica.	Correos electrónicos, acta de reuniones con equipo de defensa judicial y presentación de informes a la entidad.	La Oficina Jurídica de manera mensual elabora el informe sobre el estado de procesos judiciales y este documento tambien es que es socializado a los miembros del Comité de Conciliación y Defensa Judicial de la entidad.	100	Actividad cumplida
<b>Contable y financiera</b> Nos comprometemos a Ofrecer información que refleje la realidad financiera de la institución , satisfaciendo las necesidades y expectativas de nuestros clientes tanto internos como externos, a partir del registro de información que cumpla con todos los requerimientos legales e institucionales, apoyada en un equipo humano comprometido y competente	Ocultar de información de presupuestos saldos	*Elaboración de informe de libros auxiliares de presupuesto.	Informe de los libros auxiliares de presupuestos.	El Subproceso Gestión de Presupuesto y Costos realiza de manera mensual y oportunamente, el informe de ejecución presupuestal de ingresos y gastos, para tomar decisiones frente al comportamiento del ingreso y el gasto.	100	Actividad cumplida
	Modificación de la información presupuestal	*Aprobación mediante resoluciones o acuerdos de modificaciones presupuestales. *Conciliaciones trimestrales con los subprocesos de contabilidad, facturación y cartera.	* Acuerdos y/o resoluciones. * Conciliaciones trimestrales.	Según revisiones realizadas las modificaciones al presupuesto se ejecutan con acuerdos o resoluciones aprobadas	100	Actividad cumplida
	Alteración en los Estados Financieros	*Conciliación, revisión y ajustes de información mensual entre contabilidad y las áreas que proveen la información. *Revisión de la documentación soporte.	Comprobantes contables de registro diario de cada una de las operaciones, actas de conciliación.	El Subproceso Gestión de Contabilidad realiza registro diario de todas las operaciones de la entidad y mensualmente se realiza conciliación entre las áreas cartera, facturación, presupuesto, almacén, tesorería, gestión humana y auditoría.	100	Actividad cumplida
	Apropiación (Hurto) del dinero de recaudo	*Recolección diaria en los 4 puntos de recaudo, con la realización de los arqueos. *Arqueos aleatorios por la oficina de control interno.	Formato de arqueo y talonario de entrega de efectivo (base)	El pagador de manera diaria realiza arqueos de caja a los puntos de facturación del HSLV y el dinero recaudado es recogido para ser consignado por la transportadora de valores que se tiene contratada en aras de salvaguardar los recursos.	100	Actividad cumplida
	Fraude o malversación de fondos	*Implementación de medidas de control en el momento de girar cheques (Dos firmas, sello seco, restricción de cobro, cruce de cheque, siempre girar cheques a nombre del beneficiario del pago, entre otros). *Realización de conciliaciones bancarias. *Revisión por parte de la Subdirección Administrativa.	*Comprobantes de egreso debidamente diligenciados y firmados. *Conciliaciones bancarias.	Se realizan comprobantes de diario en el DGH los cuales son diligenciados y firmados. De manera mensual el Subproceso Gestión de Contabilidad realiza las conciliaciones bancarias.	100	Actividad cumplida
	Modificar u omitir facturas de servicios médicos prestados por el HSLV	*Verificación y seguimiento de ingresos abiertos. *Verificación de soportes que justifiquen el no pago de copagos mediante autorización de formato de no recaudo por el líder del proceso.	Informe mensual de seguimiento de ingresos abiertos .	El Subproceso de facturación de manera mensual realiza informe de seguimiento y control a ingresos abiertos, lo cual pudo ser verificado según informe presentado por el líder del proceso de facturación.	100	Actividad cumplida
	Conciliación de glosa	*Revisión y verificación de las actas de conciliación y aceptación de glosas por parte del líder del proceso y subdirección administrativa.	Actas de conciliación aceptación de glosas	Se realiza conciliación de glosas de facturación de manera mensual con las empresas prestadoras, lo cual pudo ser verificado según informe presentado por el líder del proceso de facturación.	100	Actividad cumplida



Segundo Seguimiento - Oficina de Control Interno						
Fecha seguimiento:				25/08/2020		
Proceso	Riesgo	Acciones	Registro	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
<b>SIAU</b> El proceso de Sistemas de Información y Atención al usuario busca día a día mejorar, a través del fortalecimiento de la calidad de los servicios en términos de accesibilidad, oportunidad, integralidad, continuidad, seguridad, pertinencia y humanización	Favorecimiento en la respuesta de PQRSD a un tercero.	*Aperturas a buzones de manifestaciones de los ciudadanos por representante de la liga de usuario, el funcionario de la Secretaría de Salud Municipal y un funcionario del hospital. *Seguimiento de PQRSD por parte de la oficina de control interno.	Actas de aperturas de buzones con las respectivas firmas de los implicados, lista de chequeo para las auditorías, consolidado de PQRSD descargado del aplicativo dinámica gerencial, informe de PQRSD.	Se realiza apertura de buzones y el acta es firmada por testigo lga de usuarios, testigo ente de control y testigo de apertura.	100	Actividad cumplida
	Cobros por la asignación de citas y/o tráfico de influencias	*Verificación de la adherencia al debido procedimiento de asignación y confirmación de citas a través de lista de chequeo. *Verificación aleatoria en la asignación de citas medicas con el fin de identificar posible casos de tráfico de influencias.	Lista de chequeo, consolidado de autorondas del proceso, acta de reunión mejoramiento.	*La líder del Proceso Ambulatoria cuenta con plantillas para medir por cada auxilia la asignación de citas, confirmación de estas, además existe un indicador de cancelación de citas el cual se mide de manera trimestral. *Se realizan auto Ronda de Seguridad del Paciente. Durante el primer semestre de 2020, se realizaron seis (6) reuniones de mejoramiento ambulatorio del Equipo 1 Nivel.	100	Actividad cumplida
	Modificación en la Historia Clínica	*Mejoramiento de los mecanismos de control y acceso a la historia clínica por informática.	*Informe sobre modificaciones realizadas a las H.C., generado a partir del software.	*El DGH permite hacer seguimiento a las consultas y modificaciones de la Historia Clínica. *Nuestra entidad de salud cuenta con un procedimiento para el control de historias clínicas y registros asistenciales.	100	Actividad cumplida
	Perdida de la Historia Clínica	*Socialización del Procedimiento para el control de historias clínicas y registros asistenciales. *Realización de copias de seguridad.	Informe, lista de asistencia y copias de seguridad	*El Comité de Historias Clínicas aprueba los cambios en la H.C. y estos cambios son socializados con los procesos que intervienen en el ciclo. En lo corrido de la vigencia 2020, se han realizado seis (6) Comités de H.C. *El Subproceso Gestión de Información y Comunicaciones realiza copias de seguridad diariamente.	100	Actividad cumplida
	Ejecución de procedimientos quirúrgicos autorizados.	*Verificación de programación quirúrgica por parte de facturación. *Programación de cirugía con la orden de apoyo de procedimiento vigente.	Planillas de programación de cirugías diarias, orden de apoyo de procedimiento avalada por facturación.	Para programar una cirugía se asiste primero a facturación para verificación de derechos y un día antes de la cirugía la planilla de programación es verificada por facturación para apertura de ingreso. Adicionalmente el HSLV cuenta con un procedimiento de programación de cirugías y el de admisión, ingreso y egreso de paciente quirúrgico y el personal que interviene en el proceso le da estricto cumplimiento a este.	100	Actividad cumplida
	Omitir suministro de Medicamentos de repuesta hospitalaria	*Verificación de formulas de medicamentos de control. *Auditoria de historia clínica por parte de jefe de enfermería.	*Registro de solicitud de medicamentos de control en plataforma web institucional. *Registro de utilización de medicamento en historia clínica del aplicativo dinámica gerencial. *Informe mensual de formulas de medicamentos de control para la secretaria de salud. *Listas de chequeo.	1. El registro de solicitud de medicamentos son realizados por el personal medico de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente y los registros de utilización por el personal de enfermería. Cuando por algún motivo el medicamento no es suministrado o utilizado debe ser devuelto a la farmacia, para que este entre nuevamente al inventario. 3. Se realiza de manera mensual el reporte del consumo de medicamentos de control especial a la Secretaría de Salud Departamental del Cauca, donde se indican entradas, salidas, formulas que certifican las salidas y el stock de inventario de medicamentos existente.	100	Actividad cumplida
	Perdida o hurto del material de osteosíntesis	*Inventario del material de osteosíntesis. *Se realiza un chequeo del material de osteosíntesis utilizado. Con base en la hoja de gasto y facturación realizada.	*Informe de inventario. *Lista de chequeo.	Se realiza chequeo diario del material de osteosíntesis, con la finalidad de dar oportunidad y llevar el control de este material. El inventario se realiza en un formato diseñado por el Subproceso de Esterilización.	50	Actividad cumplida parcialmente
	Pago (cobro) de horas no prestadas	*Rondas del supervisor en el servicio.	*Formato individual de novedades.	La líder del Proceso de Urgencias y Hospitalización realiza autorondas mensuales, como también acompañamiento al personal medico al recibo y entrega de turnos. *Una medida de control que se ha implementado es acompañar en el recibo y entrega de turno al personal medico. (Se realiza en cada área asistencial, existe un formato de control para el recibo y entrega de turno institucional). 2. Se realizan autorondas de manera mensual en el proceso de urgencias y hospitalización y se lleva un consolidado del mismo (uno de los rem que evalúa el formato es "El personal asistencial, que se encuentra de turno es el que está relacionado en el cuadro de turnos o tiene cambio de turno diligenciado y no excede 12 horas diarias). *En cada servicio se encuentra una minuta del sindicato ASIT SALUD en donde se realizan los cambios de turno y firma de la persona que lo solicita.	100	Actividad cumplida
Condicionar u obligar la adquisición de medicamentos fuera de los autorizados por su entidad	*Realizar la aprobación del listado de medicamentos institucionales por parte del Comité de Farmacia y Terapeutica. *Formular los estudios de necesidad con especificaciones que garanticen que el proveedor cumpla los requisitos legales y técnicos. *Incluir los medicamentos en listado institucional con concepto clínico.	*Acta del Comité *Evaluaciones técnicas	1. El Comité de Farmacia y Terapeutica ha realizado durante la vigencia 2020, seis (6) reuniones virtuales y presenciales, donde se han tratado temas como inclusión de medicamentos y dispositivos medicos, como tambien reportes relacionados con el uso de medicamentos. 2. Respecto a las actas de evaluación técnica de medicamentos, existen tres en lo corrido de la vigencia 2020.	100	Actividad cumplida	



Segundo Seguimiento - Oficina de Control Interno						
Fecha seguimiento:					25/08/2020	
Proceso	Riesgo	Acciones	Registro	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
<b>Apoyo diagnóstico y complementación Terapéutica</b> El laboratorio clínico a través de su equipo humano comprometido en el mejoramiento continuo y su responsabilidad con la calidad, se compromete a ofrecer toma de exámenes, análisis y resultados confiables, brindando seguridad a sus usuarios mediante procesos efectivos y tecnología adecuada	Hurto de reactivos e insumos de laboratorio	*Verificación de los pedidos recibidos y entregados. *Control de seguimiento en plataforma <b>Ecustomeria roche</b> . *Recepción de los insumos en el almacén.	Formato de recepción técnica de reactivos de diagnóstico in vitro de laboratorio clínico.	Los pedidos son solicitados por el laboratorio a través del correo institucional, para el caso de ROCHE a través de una plataforma E-CUSTOMER. Los insumos y reactivos para el laboratorio clínico del HSLV, son recibidos en esta área y una vez se verifica la factura con lo recepcionado, se envía la factura al archivo central y los insumos al almacén de laboratorio.	100	Actividad cumplida

## RESULTADOS

Durante el segundo cuatrimestre del presente año 2020, se adelantaron cincuenta y cuatro (54) actividades en los seis (6) componentes del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2020, arrojando un avance 99% para el segundo cuatrimestre, tal como lo a el siguiente cuadro:

**Cuadro No.01 Componentes y actividades Plan Anticorrupción 2020**

NOMBRE DEL COMPONENTE	No. DE ACCIONES	% PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO
<b>Primer Componente:</b> Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos	30	97%
<b>Segundo Componente:</b> Racionalización de Tramites	9	100%
<b>Tercer Componente:</b> Rendición de Cuentas	4	100%
<b>Cuarto Componente:</b> Mecanismos de atención al ciudadano	5	100%
<b>Quinto Componente:</b> Mecanismos para la transparencia y acceso a la información	5	100%
<b>Sexto Componente:</b> Iniciativas adicionales	1	100%
<b>% PROMEDIO AVANCE SEGUNDO CUATRIMESTRE DE 2020</b>	<b>54</b>	<b>99%</b>

Fuente: Plan anticorrupción año 2020 HSLV

En el seguimiento realizado al Primer Componente Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción, durante el segundo cuatrimestre de

la presente vigencia, se encontró que de las treinta (30) actividades formuladas para el año 2020, se cumplieron veintiséis (26) totalmente y cuatro (4) parcialmente, lo cual arrojó un resultado del 97%.

## RECOMENDACIONES

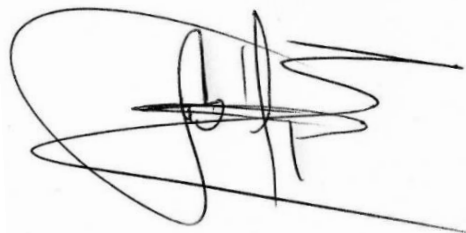
- Se sugiere socializar periódicamente la Política de Administración del Riesgo y sensibilizar más al personal de la entidad sobre los riesgos de corrupción identificados y programar las acciones de evaluación dentro del cuatrimestre, para facilitar su monitoreo y seguimiento.
- Publicar en la página web <https://www.hosusana.gov.co/>, segundo seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2020.

## CONCLUSIONES

El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. cuenta con una política de gestión del riesgo código SLV-G-19 que fue actualizada para integrar los riesgos de gestión, de corrupción y seguridad digital y la cual cuenta con 4 líneas de acción enfocadas a establecer el contexto, valorar el riesgo, tratar, monitorizar y hacer seguimiento de los riesgos.

De acuerdo con lo indicado en el presente informe, durante el segundo cuatrimestre del año 2020, la Oficina de Control Interno del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., verificó la formulación y publicación oportuna del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano en la página web <https://www.hosusana.gov.co/>; así mismo, se realizó el seguimiento y control a la implementación y a los avances en el cumplimiento de las actividades de acuerdo con la programación definida en el citado plan.

Por lo expuesto anteriormente se puede concluir que el resultado de los avances al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2020, con corte al 31 de agosto de 2020, alcanza un total consolidado en sus componentes del 99%, tal como se indica en el presente informe de seguimiento.



**GUILLERMO MOSQUERA ZAMBRANO**  
Jefe de Control Interno  
**HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.**