



Caminamos juntos hacia la excelencia por un territorio de paz



Popayán, 28 de Mayo de 2021

Doctor
EDGAR EDUARDO VILLA
Gerente
HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.
Popayán ©

1766

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT. 891501676-1

28 MAIO 2021
Correspondencia

12.49 pm
Aide Dorado

Asunto: Seguimiento al Plan Anticorrupción a 30 de Abril 2021

Cordial Saludo

Me permito remitir a su despacho, el seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano con corte a 30 de abril de 2021, en cumplimiento del artículo 73 de la ley 1474 de 2011.

Es importante publicar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano en la página web de nuestra entidad de salud <https://www.hosusana.gov.co/> y tener en cuenta las recomendaciones realizadas en el presente informe por el Jefe de la Oficina de Control Interno.

Institucionalmente,

GUILLERMO MOSQUERA ZAMBRANO
Jefe de Control Interno

Copia via correo electrónico: Subdirección Administrativa, Subdirección Científica y Sistemas de Información y Comunicación.

SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO AÑO 2021



PRIMER INFORME DE SEGUIMIENTO

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E

VIGENCIA 2021

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 2021, 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 2021, 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 2021, 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 ENERO DE 2021 - ABRIL DE 2021

PRIMER COMPONENTE GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS

Vigencia:		2021				
Fecha de publicación:		30 DE ABRIL 2021				
Componente:		PRIMER COMPONENTE - MAPA DE RIESGOS				
Primer Seguimiento - Oficina de Control Interno						
Fecha seguimiento:						10/05/2021
Riesgo	Acciones	Registro	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones	
Talento Humano	Influenciar para el nombramiento y/o contratación de una persona	Revisión del cumplimiento de requisitos y verificación de 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, pero esta debe ser actualizada conforme a los criterios técnicos del Archivo General de la Nación, de conformidad con lo dispuesto en la Circular 004 de 2003 y la Circular 012 de 2004, expedidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública sobre "Organización de las Historias Laborales".	50	Actividad cumplida parcialmente
Talento Humano	Pago no acorde a lo establecido en nómina de personal	<p>*La profesional de talento humano, mensualmente verifica el listado de nómina definitivo, validando el listado preliminar, el reporte de variaciones de planta y listado de total por conceptos.</p> <p>*El gerente, mensualmente aprueba la nómina definitiva, validando:</p> <p>a) Que el reporte de nómina haya sido validado previamente por el profesional de talento humano.</p> <p>b) La justificación de la aplicación de novedades de periodos anteriores en el reporte de nómina si Aplica.</p> <p>*El revisor fiscal o el profesional designado para verifica las retenciones en la fuente de salarios.</p>	<p>*Firma de la nómina definitiva por parte del gerente con el visto bueno de la profesional de talento humano y sub dirección administrativa.</p> <p>*Reporte de novedades de periodos anteriores para los casos que aplique.</p>	Se realizan controles por parte del Revisor Fiscal, la Subdirección Administrativa y el Profesional Universitario de Talento Humano, antes de remitir la nómina de personal para firma del Ordenar del Gasto, para que ordene su pago, documento este que cuenta con el visto bueno del Subdirector Administrativo y el Profesional de Talento Humano.	100	Actividad cumplida
Talento Humano	Omitir o suprimir información y/o pruebas para el trámite de quejas, procesos disciplinarios, toma de decisiones (Falsedad en la información)	<p>*Reinducción institucional.</p> <p>*Seguimiento a los procesos disciplinarios.</p>	Lista de asistencia, comunicado.	<p>La reinducción institucional se realizará el segundo semestre de la vigencia 2021, teniendo en cuenta la modificación de la plataforma estratégica y la visita de acreditación por parte del ICONTEC.</p> <p>El Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario, esta realiza seguimiento a los procesos, por lo cual expidió Autos de Impulso Procesal, para solicitud de pruebas, revisión de documentos contractuales y estos autos fueron notificados a los presuntos responsables.</p>	50	Actividad cumplida parcialmente



Primer Seguimiento - Oficina de Control Interno						
Fecha seguimiento:					10/05/2021	
	Riesgo	Acciones	Registro	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Sistema de Información	Manipular, eliminar, encubrir y/u ocultar información de base de datos y archivos digitales	*Realizar sesiones breves sobre la política de seguridad de la información. *Asignar los roles de permisos de usuario para el control de acceso de la información.	*Informe de sesiones breves y listas de asistencias. *Informe de los roles y permisos asignados.	El Subproceso Sistemas de Información y Comunicaciones dentro de la Política de Seguridad de la Información durante el periodo enero a marzo de 2021, realizó ochenta y seis (86) sesiones breves a los nuevos funcionarios administrativos y asistenciales que ingresaron al HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. El Subproceso Sistemas de Información y Comunicaciones dentro de la Política de Seguridad de la Información durante el periodo enero a marzo de 2021, realizó la creación de noventa y ocho (98) usuarios nuevos con sus respectivos roles y permisos para acceder y trabajar en el aplicativo DGH.	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 permisos de usuario para el control de acceso de la información.	*Informe de políticas de dominio establecidas en los servidores. *Informe de los roles y permisos asignados.	El Subproceso Sistemas de Información y Comunicaciones, dentro de la difusión de la Política de Seguridad de la Información establece políticas de acceso LAN WAN. En el firewall se crean políticas de acceso desde internet a la red Interna del Hospital y en el momento se cuenta con 45 políticas de control de acceso.	100	Actividad cumplida
Recursos físicos	Pérdida y/o uso indebido de bienes asignados y/o elementos entregados	*Inventario físico.	*Formato para control de pedidos diligenciado. *Órdenes de despacho debidamente firmada por el funcionario que recibe. *Informe de inventario físico realizado. *Inventarios aleatorios realizados por control interno.	El HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., cuenta con formatos para Control de Pedidos y Ordenes de Despacho, Códigos No. SLV-SS-09-F01 y SLV-SS-09-F02, los cuales son diligenciados al momento de realizar estos tramites. El 21 de abril de 2021, el Subproceso de Suministros y Activos Fijos realizó inventario físico de Dispositivos Medicos y Utiles de Escritorio. La Oficina de Control Interno tiene programado realizar inventario de Medicamentos y Dispositivos Medicos, durante el mes de mayo, agosto y noviembre de 2021.	70	Actividad cumplida parcialmente
Recursos físicos	Adquisición de tecnología inapropiada o con sobrecostos	*Formulación de estudios de necesidad con especificaciones técnicas concertadas. *Supervisión de contratos en conjuntos con gerentes y líderes de procesos y sub procesos. *Incorporación de tecnología sujeta a los lineamiento de la guía.	*Informe de supervisión. *Certificación de incorporación de tecnología. *Evaluación técnica del componente biomédico de los equipos determinando uso, finalidad y producción.	*Para el tramite y pago de suministro de activos entre otros, se exigen informes de supervisión, lo cual mediante un muestreo se pudo determinar que se cumple. La líder del Subproceso de Ingeniería Hospitalaria presento documentos como evidencia a la aplicación de controles los cuales se relacionan a continuación: 1. Estudios de necesidad para adquirir los equipos de la UCI Covid - 19. (Convocatoria No. 09 de 2021) 2. Evaluación de la Convocatoria No. 09 de 2021 conformada por guía de evaluación - Anexo - Evaluación de criterios. 3. Estudios de necesidad para CONTRATAR LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION - Resolución No. 0002525 del 29 de diciembre de 2020 (Recursos de MSPS) - Convocatoria No. 18 de 2021 4. Evaluación de Convocatoria No.18 de 2021 conformada por guía de evaluación - Anexo. Es importante manifestar que los certificados de incorporación de tecnología reposan en las hojas de vida de los equipos biomédicos que se adquieren.	100	Actividad cumplida



Primer Seguimiento - Oficina de Control Interno						
Fecha seguimiento:					10/05/2021	
	Riesgo	Acciones	Registro	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Recursos físicos	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.	El Manual para el manejo administrativo de los bienes muebles de propiedad del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., esta en proceso de revisión y ajustes por parte del Subproceso Gestión de Suministros y Activos Fijos, para su posterior socialización al personal. Se deben revisar los procedimientos y los que sean materia de ajuste se debe realizar esta actividad en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación, porque el Manual para el manejo administrativo de los bienes va ha ser actualizado. El HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2021, no realizó baja de los inventarios de activos fijos para posterior venta o donación.	30	Actividad no cumplida
Gestión Jurídica	Selección y/o adjudicación contractual o inapropiada 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
Gestión Jurídica	Suscripción de contratos, sin el 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
Gestión Jurídica	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 ejecutandas de manera diligente.	100	Actividad cumplida
Gestión Jurídica	Selección inapropiada de contratistas	*Realización de capacitación a supervisores sobre el manual de contratación.	Acta y listado de asistencia.	La Oficina Jurídica realizo capacitación sobre planeación, estudios previos, supervisión y liquidación de contratos los días 29 de marzo de 2021 y los días 07, 09 ,14 y 30 de abril de 2021, a supervisores y personal del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	100	Actividad cumplida
Gestión Jurídica	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.	Los abogados externos contratados por el HSLV E.S.E., realizan seguimiento y control permanente a los procesos judiciales y mensualmente elaboran el informe sobre el estado de estos, documento que es enviado a la Oficina de Control Interno y es socializado a los miembros del Comité de Conciliación y Defensa Judicial de nuestra entidad de salud.	100	Actividad cumplida



Primer Seguimiento - Oficina de Control Interno						
Fecha seguimiento:					10/05/2021	
	Riesgo	Acciones	Registro	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Contable y Financiera	Ocultamiento de información de saldo presupuestal	*Registrar los movimientos en los libros auxiliares de presupuesto.	*Libros auxiliares de presupuesto.	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. Los movimientos presupuestales son registrados en los respectivos libros auxiliares, los cuales fueron verificados por la Oficina de Control Interno en el Sistema de Información DGH.	100	Actividad cumplida
Contable y Financiera	Modificación de la información presupuestal	*Aprobación mediante resoluciones o acuerdos de las modificaciones presupuestales. *Conciliaciones trimestrales con los subprocesos de facturación, cartera y contabilidad.	*Acuerdos resoluciones. *Conciliaciones trimestrales.	Se realizaron modificaciones al Presupuesto (adiciones y traslados) las cuales están soportadas en los Acuerdos No. 01 del 15 de enero de 2021, Acuerdo No. 06 del 19 febrero de 2021 y las Resoluciones No. 045 de 2021, 086 de 2021, 105 de 2021, 112 de 2021 y 131 de 2021. El Subproceso de Presupuesto de manera mensual realiza conciliación con el área de contabilidad, cartera y facturación.	100	Actividad cumplida
Contable y Financiera	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 con el Subproceso Gestión de Cartera, Gestión de Facturación, Gestión de Presupuesto, Pagaduría y el Proceso de Talento Humano.	100	Actividad cumplida
Contable y Financiera	Apropiación (Hurto) del dinero recaudo. (Selección personal)	*Recolección periódica 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 diariamente realiza arqueos de caja a los puntos de facturación del HSLV y el dinero recaudado es recogido para ser consignado en aras de salvaguardar los recursos. La Oficina de Control Interno realizó arqueos de caja, los días 09 y 19 de abril de 2021, no existiendo sobrantes ni faltantes.	100	Actividad cumplida
Contable y Financiera	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 de todas las cuentas. *Revisión por parte de la subdirección administrativa.	*Comprobantes de egreso debidamente diligenciados y firmados. *Conciliaciones bancarias.	Se realizan comprobantes de diario en el Sistema de información DGH, los cuales son diligenciados y firmados. De manera mensual el Subproceso Gestión de Contabilidad realiza las conciliaciones bancarias, con las áreas de cartera, facturación, tesorería y presupuesto.	100	Actividad cumplida
Contable y Financiera	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.	Según verificación realizada por la Oficina de Control Interno 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.	100	Actividad cumplida
Contable y Financiera	Conciliación de glosa	Revisión y verificación de las actas de conciliación y aceptación de glosa por parte de líder 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 la líder del Proceso de Facturación y Auditoría.	100	Actividad cumplida



Primer Seguimiento - Oficina de Control Interno						
Fecha seguimiento:					10/05/2021	
	Riesgo	Acciones	Registro	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
SIAU	Favorecimiento en la respuesta de PQRSD a un tercero	*Aperturas a buzones de manifestaciones de los ciudadanos por un representante de la liga de usuario, el funcionario de la Secretaría Municipal de Salud 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 asistentes al acto, lista de chequeo para las auditorías, consolidado de PQRSD descargado del aplicativo dinámica gerencial, informe de PQRSD.	Según verificación realizada por la Oficina de Control Interno el Proceso SIAU, cuenta con los formatos de actas de apertura de buzones, además se realiza de manera trimestral Informe de Peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes de acceso a la información	100	Actividad cumplida
Asistencial	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 médicas con el fin de identificar posible casos de tráfico de influencias.	Lista de chequeo, consolidado de autorondas del proceso, acta de reunión de mejoramiento.	El Proceso Ambulatorio realiza seguimiento y apoyo a la adherencia a la clasificación de riesgo clínico con respectiva educación en medidas preventivas y registro en folio de pre-consulta (HC0085), a través de rondas semanales la respectiva registrar pre-consulta y clasificación de riesgo ambulatorio con respectivas medidas preventivas que permita visualización por especialista al momento de iniciar pre-consulta. Se socializan los resultado de autoronda, con sus respectivas acciones de mejora en reunion mejoramiento mensual.	100	Actividad cumplida
Asistencial	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 historias clínicas generada a partir del software.	El Sistema de información DGH, permite hacer seguimiento a las consultas que se realizan a las Historias Clínicas. Nuestra entidad de salud cuenta con un procedimiento para el control de historias clínicas y registros asistenciales, Código SLV-GC-03, Versión 16 del 23 de Julio 2019. No se realizan modificaciones a las Historias Clínicas, solo notas aclaratorias. Las notas aclaratorias no tienen connotación de modificación de la historia clínica, ya que hace parte de la historia en el folio de aclaraciones HC0064.	100	Actividad cumplida
Asistencial	Pérdida de la Historia Clínica	*Socialización del Procedimiento para el control de historias clínicas y registros asistenciales. *Realización de copias de seguridad de historias clínicas.	Informe, lista de asistencia Copias de seguridad.	Nuestra entidad de salud cuenta con un procedimiento para el control de historias clínicas y registros asistenciales, Código SLV-GC-03, Versión 16 del 23 de Julio 2019. El Subproceso Gestión de la Información y Comunicaciones realiza copias de seguridad diariamente.	100	Actividad cumplida
Asistencial	Ejecución de procedimientos quirúrgicos no 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 Código SLV-AS-104, Versión 7, Procedimiento de Paciente a Cirugía Código SLV-AS-87, Versión 1, Procedimiento admisión, preparación y egreso del usuario para su atención quirúrgica Código SLV-AS-107, Versión 0, por lo cual se logra establecer que el personal que interviene en el Proceso de Cirugía da estricto cumplimiento a estos procedimientos.	100	Actividad cumplida



Primer Seguimiento - Oficina de Control Interno						
Fecha seguimiento:					10/05/2021	
	Riesgo	Acciones	Registro	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Asistencial	Omitir suministro de Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> *Verificación de fórmulas de medicamentos de control. *Auditora de historia clínica por parte de profesional de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> *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 fórmulas de medicamentos de control para la secretaria de salud. *Listas de chequeo. 	<p>El registro de solicitud de medicamentos es realizada por el personal medico de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente y los registros de utilización por el personal de enfermería de turno.</p> <p>Cuando por algun motivo el medicamento no es suministrado o utilizado, es devuelto a la farmacia, para que este entre nuevamente al inventario.</p> <p>La Oficina de Control Interno logro verificar que se realiza de manera mensual el reporte de consumo de medicamentos de control especial a la Secretaria de Salud Departamental del Cauca, donde se indican entradas, salidas, formulas medicas que certifican las salidas y el stock de inventario de medicamentos existente.</p>	100	Actividad cumplida
Asistencial	Pérdida o hurto del material de osteosíntesis	<ul style="list-style-type: none"> *Inventario del material de osteosíntesis. *Se realiza un chequeo del material de osteosíntesis utilizado. Con base en la hoja de gasto y facturación realizada. 	<ul style="list-style-type: none"> *Informe de inventario. *Lista de chequeo. 	<p>Durante el primer trimestre de la vigencia 2021, ingresaron al Subproceso de Esterilización 1120 materiales de osteosíntesis, para atender pacientes de urgencias.</p> <p>El material de osteosíntesis es formulado por los especialistas y con la formula médica se realiza la solicitud de materiales a las casas médicas contratadas y de acuerdo a la agenda se programa el procedimiento y con base a dicha programación ingresan los materiales al subproceso de central de esterilización.</p>	100	Actividad cumplida
Asistencial	Pago (cobro) de horas prestadas	<ul style="list-style-type: none"> *Rondas del supervisor en el servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> *Formato individual de registro de novedades. 	<p>La líder del Proceso de Urgencias y Hospitalización, realiza auto rondas de manera mensual en los servicios. Se lleva un consolidado del mismo (uno del tem 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"), este reporte se envía de manera trimestral a seguridad del paciente. En cada servicio se encuentra un libro del sindicato ASIT SALUD, en donde se registran los cambios de turno y firma de la persona que lo solicita.</p> <p>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, ademas existe un formato de control para el recibo y entrega de turno institucional).</p>	100	Actividad cumplida
Asistencial	Condicionar u obligar la adquisición de medicamentos fuera de los autorizados por su entidad	<ul style="list-style-type: none"> *Realizar aprobación del listado de medicamentos institucional por parte del comité de farmacia y terapéutica. *Formular los estudios de necesidad con especificaciones que garanticen que el proveedor cumpla los requisitos legales y técnicos. *Incluir los medicamentos en listados institucional con concepto clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> *Acta del comité. *Evaluaciones técnicas. 	<p>El Comité de Farmacia y Terapeutica, realizo durante el 1er cuatrimestre de la vigencia 2021, tres (3) reuniones virtuales, donde se han tratado temas como inclusión de medicamentos y dispositivos medicos, como tambien reportes relacionados con el uso de medicamentos.</p> <p>Respecto a las actas de evaluación técnica de medicamentos, existen dos (2) en lo corrido de la vigencia 2021.</p>	100	Actividad cumplida

Primer Seguimiento - Oficina de Control Interno						
Fecha seguimiento:					10/05/2021	
	Riesgo	Acciones	Registro	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Apoyo diagnóstico y complementación Terapéutica - Imágenes / Laboratorio	Hurto de reactivos insumos laboratorio imágenes	*Verificación de los pedidos recibidos y entregados. *Control de seguimiento en plataforma (ECUSTOMERLA ROCHE). *Recepción de los insumos en el almacén. *Solicitud de insumos a farmacia.	*Formato de recepción técnica de reactivos de diagnóstico invitro de laboratorio clínico. *Formato de recepción medios de contrastes para tomografía.	Los pedidos son solicitados por el laboratorio a través del correo institucional, para el caso de la Casa de la Diabetes, Biocientífica y Especialidades Diagnóstica. Es importante indicar que los pedidos de ROCHE, se realizan a través de la plataforma E-CUSTOMER. Los insumos y reactivos para el laboratorio clínico del HSLV E.S.E., son recibidos en esta área y una vez se verifica la factura con lo recepcionado, se envía el documento equivalente firmado por la líder del Subproceso de Laboratorio Clínico al Archivo Central y los insumos al almacén de laboratorio.	100	Actividad cumplida
Apoyo diagnóstico y complementación Terapéutica - Farmacia	Hurto de medicamentos y dispositivos medicos	*Soporte de inventarios bimensual. *Soporte de inventarios aleatorios.	*Informe de inventarios bimensuales. Base de datos de inventarios aleatorios.	El 21 de abril de 2021, el Subproceso de Suministros y Activos Fijo, realizó inventario de dispositivos medicos. La Directora Técnica del Servicio Farmaceutico con su equipo de trabajo, realizó inventario de medicamentos y dispositivos medicos en todas las farmacias del HSLV E.S.E., durante el mes de febrero de 2021 y abril de 2021.	100	Actividad cumplida

RESULTADOS

Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2021, se adelantaron setenta y siete (77) actividades en los seis (6) componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2021, arrojando un avance en su ejecución del 69% para el primer cuatrimestre del presente año, tal como lo indica el Cuadro No. 01:

Cuadro No.01 Componentes y actividades Plan Anticorrupción Vigencia 2021

NOMBRE DEL COMPONENTE	No. DE ACCIONES	% PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO
Primer Componente: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos	57	91%
Segundo Componente: Racionalización de Tramites	2	100%
Tercer Componente: Rendición de Cuentas	4	50%
Cuarto Componente: Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano	5	100%
Quinto Componente: Mecanismos para la transparencia y acceso a la información	5	75%
Sexto Componente: Iniciativas adicionales	4	0%
% PROMEDIO AVANCE PRIMER CUATRIMESTRE DE 2021	77	69%

Fuente: Plan anticorrupción vigencia 2021 HSLV E.S.E.

El Cuadro No. 01 en su ítem **“Primer Componente: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos”** nos ilustra el seguimiento realizado durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2021, donde al revisar y evaluar las evidencias documentales y el trabajo de campo adelantado, se encontró que de las cincuenta y siete (57) actividades formuladas para el año 2021, se cumplieron cincuenta y dos (52) actividades totalmente, tres (3) actividad parcialmente y dos (2) no se han ejecutado, lo cual arrojó un resultado de cumplimiento del 69%, por lo cual invito a cada responsable a ejecutar las acciones respectivas para tratar, monitorizar y hacer seguimiento de los riesgos.

El Tercer Componente **“Rendición de Cuentas”**, se evaluó parcialmente, ya que la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, se llevo a cabo el 20 de mayo de 2021 y por lo cual esta actividad será valorada en el segundo cuatrimestre de la presente vigencia, tal como está programada en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2021.

Con respecto a la evaluación de algunas actividades contenidas en el Quinto Componente **“Mecanismos para la transparencia y acceso a la información”**, estas serán ejecutadas el segundo y tercer cuatrimestre de la vigencia 2021, ya que se encuentran programadas dentro de dichos periodos.

La ejecución de las actividades del Sexto Componente **“Iniciativas adicionales”**, serán ejecutadas el segundo y tercer cuatrimestre de la vigencia 2021, ya que se encuentran programadas dentro de dichos periodos.

Otro aspecto a tener en cuenta, es que la reinducción institucional no se adelantó durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2021, tal como se había acordado en diciembre de la vigencia 2020, razón por la cual, se debe realizar esta actividad con carácter urgente en el segundo cuatrimestre de la presente vigencia.

RECOMENDACIONES

- Nuevamente se solicita con carácter urgente realizar la Reinducción Institucional en el segundo cuatrimestre de la presente vigencia, ya que no se ha ejecutado, tal como se había acordado en diciembre de 2020, razón por la cual la Oficina de Control Interno, invita a la Oficina Asesora de Planeación y el Subproceso Gerencia de Talento Humano, a iniciar con carácter urgente las gestiones y logística administrativa, para llevarla a cabo en el segundo cuatrimestre de la presente vigencia.
- Ejecutar las actividades contenidas en el Mapa de Riesgos de Corrupción vigencia 2021, en la fecha que están programadas.
- Publicar en la página web <https://www.hosusana.gov.co/>, primer seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2021.

CONCLUSIONES

El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., cuenta con una Política de Gestión del Riesgo Código SLV-G-19, Versión 4, SLV-G-19-F01, la cual fue ajustada de acuerdo a los lineamientos contenidos en la **“Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 05 de Diciembre de 2020”**.

Es importante manifestar también que durante el primer cuatrimestre del año 2021, 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 documento.

Por lo expuesto anteriormente se puede concluir que el resultado de los avances al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2021, con corte a 30 de abril de 2021, alcanzo un total consolidado en sus seis (6) componentes del 69%, 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.