



HOSPITAL DEPARTAMENTAL  
**MARIO CORREA RENGIFO**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Nit No. 890.399.047-8

HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO ESE

INFORME DE AVANCE DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y  
ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022 – TERCER CUATRIMESTRE

JENNY LORENA GAMEZ VALLEJO  
OFICINA DE CONTROL INTERNO

ENERO 10 DE 2022



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL  
**MARIO CORREA RENGIFO**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Nit No. 890.399.047-8

Santiago de Cali, enero 27 de 2022

Doctora

**LUZ YAMILETH GARZON SANCHEZ**

Gerente

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO ESE**

En cumplimiento a la LEY 87/1993, a la Ley 1474/2011, Decreto reglamentario 124 del 26 de enero de 2016, Artículo 2.1.4.6 Mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo, corresponde a la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces y de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina.

Adjunto envió informe de seguimiento a Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente al III cuatrimestre 2022, el cual debe ser publicado en la página web de la institución por cumplimiento normativo y conocimiento de la ciudadanía.

Atentamente

**JENNY LORENA GAMEZ VALLEJO**

OFICINA DE CONTROL INTERNO

ORIGINAL FIRMADO



## **PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO SEPTIEMBRE-DICIEMBRE VIGENCIA 2022**

### **SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO**

La Oficina de Control Interno presenta el seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, tercer cuatrimestre vigencia 2022, ha realizado verificación de cumplimiento al consolidado allegado por la Oficina de Planeación a través del Proceso de Direccionamiento Estratégico.

#### **ALCANCE:**

El presente informe aplica para todos los servidores y contratistas en la E.S.E Hospital Departamental Mario Correa Rengifo en la ejecución de sus procesos, el desarrollo de sus funciones y la normatividad aplicable., en lo que respecta al tercer cuatrimestre del año 2022.

#### **OBJETIVO DEL INFORME:**

Presentar resultados del seguimiento realizado al cumplimiento de las actividades registradas en procura de contar con un Hospital que trabaja por la lucha contra la corrupción de manera efectiva.

El informe está integrado por 6 componentes:

- ✓ Gestión del Riesgo
- ✓ Rendición de Cuentas
- ✓ Racionalización de Trámites
- ✓ Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano
- ✓ Transparencia y acceso a la información
- ✓ Iniciativas adicionales



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

## **NORMATIVIDAD**

- Ley 1474 de 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.
- Decreto Nacional 124 de 2016 donde se dictan los parámetros para la elaboración y construcción del Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano, los estándares para las entidades públicas, la verificación del cumplimiento; los mecanismos para monitorear y hacer seguimiento.
- Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – 2018- DAFP
- Estrategia para la construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano- Versión 2 de 2015- DAFP

## **RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO**

El Plan de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano –PAAC- tiene un carácter preventivo para el control de la gestión y se desarrolla a través de seis (6) componentes,

Con base en el seguimiento se verifica el avance de la efectividad de los controles definidos en el mapa de riesgo de corrupción establecidos por la entidad.

### **PRIMER COMPONENTE GESTION DEL RIESGO DE CORRUPCION**

El Componente de Gestión del Riesgo involucra, tanto al personal directivo como a todos los servidores de la entidad y permite identificar, evaluar y gestionar los riesgos internos y externos a los cuales está expuesta la Entidad y que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos y se desarrolla a través de 5 subcomponentes:

- ❖ Política de Administración de Riesgos de Corrupción:
- ❖ Construcción de Mapa de Riesgos de Corrupción
- ❖ Consulta y Divulgación
- ❖ Monitoreo y Revisión
- ❖ Seguimiento



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"

Se cumplió con las fechas establecidas para la estandarización documental de documentos relacionados con el sistema de administración de riesgos, ya que el día 30 de agosto fueron aprobados por la junta directiva:

1. acuerdo N° 017 creación comité de riesgos
2. acuerdo N° 018 políticas de riesgos
3. acuerdo N° 19 manual de prevención de corrupción, opacidad y fraude

En la elaboración de estos documentos se tuvo en cuenta cada una de las directrices emitidas por la Supersalud, con un avance y cumplimiento positivo de la estandarización de estos documentos. El área de planeación en conjunto con cada uno de los líderes de procesos reviso y actualizo los riesgos, esta actividad se realiza teniendo en cuenta la clasificación prioritaria dictada por las circulares, se actualizó el formato de matriz de riesgos y se ha avanzado en 8 procesos respecto a la identificación de riesgos, causas, clasificación y controles, esta matriz de riesgos empieza a regirse a partir de enero del 2023, por tanto el análisis de gestión de riesgos se realiza bajo la matriz de riesgos estandarizada para la vigencia 2022.

en diciembre de 2022, se realizó el primer comité de gestión de riesgos de acuerdo con la periodicidad establecida en el acuerdo anteriormente mencionado y se notificará a la junta directiva como mínimo 2 veces al año el comportamiento de gestión de riesgos, cuando sea necesario cualquier miembro de la junta directiva podrá solicitar informes, los cuales tendrá que ser presentados con el corte que se requiera.

Para el periodo septiembre - diciembre de 2022, desde la Oficina Asesora de Planeación se cuenta con la matriz de riesgos actualizada, el seguimiento se realiza a través del tablero de mando de indicadores, rondas y demás herramientas descritas en el Programa de Riesgos, no obstante, la oficina de Control Interno como tercera línea de defensa realiza informe de los riesgos identificados, causas y controles materializados. Dicha matriz se actualiza de acuerdo con las circulares 045 y 055 de la Supersalud y se empezara a realizar seguimiento a partir del 1 de enero de 2023

Para la consulta abierta, el mapa de riesgos del HDMCR está publicado en el link de Transparencia de la página web institucional



"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"

## SEGUNDO COMPONENTE RACIONALIZACION DE TRÁMITES

El objetivo de este componente está orientado en simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar los trámites existentes, mediante su actualización con estándares de calidad.

Este componente se desarrolla a través de 4 subcomponentes

- ❖ Identificación
- ❖ Inscripción
- ❖ Priorización
- ❖ Racionalización

Las actividades de racionalización de trámites no han tenido avance, no obstante es importante mencionar que la institución ya cuenta con usuario y contraseña y unos trámites identificados por defecto, mencionando que internamente el hospital debe realizar la identificación de los trámites y solicitar cambio de los que ya están aquí inscritos, por tanto en la evaluación del FURAG 2021 esta calificación se realizó de forma automática, puesto que toma los trámites directamente de la página del SUIT.

## TERCER COMPONENTE RENDICION DE CUENTAS

Este componente busca promover la confianza y fortalecer la relación con los ciudadanos y grupos interesados, a través de la transparencia de la gestión de la administración pública. Estas actividades se han cumplido en el periodo. Se desarrolla a través de 5 subcomponentes, a saber:

- ❖ Aprestamiento
- ❖ Diseño
- ❖ Preparación
- ❖ Ejecución
- ❖ Seguimiento y evaluación

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E. tiene como principio permanente: informar, dialogar y responsabilizarse sobre los avances de su gestión, proyectos y retos.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

Se evidencia que el informe de rendición de cuentas se encuentra publicado en la página web de la entidad y que, finalizando la audiencia de rendición de cuentas,

esta fue revisada y no se identifican aspectos a mejorar por lo tanto no existe plan de mejora para la próxima audiencia

#### **CUARTO COMPONENTE MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO**

Este componente busca mejorar la calidad y accesibilidad de los trámites y servicios de la administración pública y satisfacer las necesidades de la ciudadanía

Este componente cuenta con 5 subcomponentes

- ❖ Estructura administrativa y direccionamiento estratégico
- ❖ Fortalecimiento de los canales de atención
- ❖ Talento Humano
- ❖ Normativo y procedimental
- ❖ Relacionamiento con el ciudadano

el área de atención al usuario realiza socialización a través de las carteleras institucionales y reporte de indicadores, sobre el estado y comportamiento de las PQRS institucionales, también se evidencia a través de las encuestas de satisfacción, que los usuarios conocen los deberes y derechos de los pacientes, fortaleciendo así el respeto y apropiación por nuestro cliente externo. Se cuenta con informe de seguimiento a PQRS institucionales, anexo a esto se evidencia el cumplimiento de publicación de estado de PQRS en carteleras institucionales, por tanto, se viene cumpliendo con la actividad.

#### **QUINTO COMPONENTE MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION.**

Este componente busca establecer acciones para el cumplimiento efectivo en la publicación, divulgación y disposición de mecanismos para el acceso a la información.

El Hospital presenta desarrollo de los diferentes subcomponentes. Este componente cuenta a su vez con 5 subcomponentes:

- ❖ Lineamientos de Transparencia Activa
- ❖ Lineamientos de Transparencia Pasiva





"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

- ❖ Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información
- ❖ Criterio diferencial de accesibilidad
- ❖ Monitoreo del Acceso a la Información Pública

A finales del mes de noviembre se recibió el informe de auditoría que hizo la procuraduría a la estructura y publicación de la página web del Hospital de acuerdo con los criterios establecidos en el ITA, obteniendo un resultado de 62 puntos en el cumplimiento de la Resolución N°001519 de agosto del 2020.

La oficina de planeación y Sistemas en conjunto con Control interno realizan revisión de la página WEB y su botón de transparencia para verificar el cumplimiento de la resolución No 001519 de 24 de agosto del 2020, quienes citan a los involucrados y se organiza el plan de trabajo.

## **SEXTO COMPONENTE INICIATIVAS INSTITUCIONALES – CODIGO DE INTEGRIDAD**

Este componente se creó para que las entidades registren las iniciativas adicionales que consideren necesarias para combatir la corrupción, para lo cual se consideró de gran relevancia el Código de Integridad,

Este componente cuenta con una (1) subcomponente

### **❖ Resolución Código de Integridad**

Se realizó la evaluación del Código de conducta y buen gobierno de acuerdo a la nueva clasificación como IPS GRUPO C1, la cual se realizó en 20 de octubre del presente año

A través de la campaña "Conociendo al Mario se ha socializado la plataforma estratégica institucional y durante el primer ciclo de la campaña se obtuvo gran acogida de la misma, además de esto se cuenta con la evidencia de la participación del cliente interno y durante la ejecución de la chiva acreditadora se ha venido recordando la importancia de conocer nuestra institución, esta actividad fue realizada por el área de planeación y hubo ceremonia de premiación a quienes participaron activamente en cada una de las actividades, en esta jornada de premiación la gerencia fue premiada, pues aún con corto tiempo en la institución, ha demostrado el compromiso activo de conocer mejor la institución, se cuenta con registro fotográfico de los ganadores de esta actividad.





"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

Así mismo, se socializa a todo el personal el día 9 de diciembre donde se entrega como evidencia folletos con la información del Código de conducta y buen gobierno y se cuenta con listados de asistencia.

Se realizó capacitaciones en la campaña realizada de transformación cultural, capacitando a 230 funcionarios del hospital entre asistencia y administrativo

### RESULTADO TERCER CUATRIMESTRE DE PLAN ANTICORRUPCION 2022

CONCEPTO	SEP	OCT	NOV	DIC
Actividades planeadas	4	3	3	4
Actividades cerradas	3	1	1	2
%cumplimiento Mensual	75%	33%	33%	50%
%Cumplimiento Cuatrimestral	48%			

### OBSERVACIONES GENERALES

- Es prioritario plantear las acciones de Racionalización de Tramites ante la SUIT, ya que a la fecha solamente tenemos el código.
- Los líderes de procesos como primera línea de defensa del MECI, son los primeros en monitorear los riesgos de corrupción estableciendo los controles de estos y deben reportar oportunamente las alertas a que haya lugar, para así establecer los correctivos pertinentes.
- Capacitar al personal que se relaciona con el proceso de Atención al Usuario para generar sensibilidad e información a la resolución de las necesidades involucrando los temas como, manual de atención al usuario, protocolo de atención, derechos y deberes, oblación especial y Vulnerable.

**JENNY LORENA GAMEZ VALLEJO**  
**Oficina de Control Interno**

Original firmado



*"Nuestro compromiso es con  
su bienestar y la vida"*

HOSPITAL DEPARTAMENTAL

**MARIO CORREA RENGIFO**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nit No. 890.399.047-8