

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Entidad: Hospital Universitario Departamental de Nariño

Vigencia: 2015.

Componente	Estrategia	Proceso /Responsable	Actividades	Fecha Probable de cierre de actividad	ANOTACIONES DE SEGUIMIENTO - CONTROL INTERNO - (CUATRIMESTRE ENERO ABRIL)	ANOTACIONES DE SEGUIMIENTO - CONTROL INTERNO - (CUATRIMESTRE MAYO - AGOSTO)	ANOTACIONES DE SEGUIMIENTO Y RECOMENDACIONES - CONTROL INTERNO - (CUATRIMESTRE SEPTIEMBRE- DICIEMBRE)
Mapa de Riesgos de Corrupción	Actualizar la matriz de los posibles riesgos de corrupción en los procesos del Hospital para la vigencia 2.015	Lideres de Procesos Oficina Asesora de Planeación	1. Revisar con cada Líder de Proceso los riesgos de corrupción contenidos en el Mapa de Riesgos publicado en la web del Hospital en el 2014; y de ser necesario se actualizarán a la fecha. 2. Consolidar en la Oficina Asesora de Planeación, la actualización de los Riesgos de Corrupción, de manera que sean publicados en la web institucional. 3. Realizar los debidos seguimientos al Mapa de Riesgos de Corrupción en las fechas que determine la Ley; actividad a cargo de La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión.	31- Enero. - 2015	Matriz de riesgos actualizada en sesiones conjuntas con los diferentes lideres de los procesos y se encuentra publicada en la página web de la entidad	Se realizó el seguimiento a la Matriz de Riesgos Anticorrupción, que se adjunta a este informe con las observaciones que se encontraron para cada riesgo y sus actividades de control.	Actualizar la Matriz de Riesgos de Corrupción, para la vigencia 2016, se recomienda tener en cuenta la actualización de la Matriz de Riesgos Institucional, en la cual se contemplan algunos riesgos de manera institucional, revisar la unificación de algunos riesgos de tipo financiero y lo que tienen que ver con contratación y la Oficina Jurídica. Por otra parte revisar la coherencia de los indicadores que permitan un seguimiento acorde al riesgo identificado.
	Evaluación de la Política de Gestión del Riesgo	Oficina Asesora de Control Interno de Gestión Oficina Asesora de Calidad	1. Alinear los indicadores a la Política de Gestión del Riesgo. 2. Recopilar datos a través del Tablero de Mando Integral. 3. Analizar y comunicar los resultados.	31- Julio. - 2015	Actividad pendiente de realización, programada para el mes de julio.	Actividad revisada y pendiente de finalizar el analisis y alineacion de indicadores	Se establecieron los indicadores del proceso de Control Interno de Gestion
	Sensibilizar a los funcionarios sobre la Política de Gestión de Riesgo institucional y Mapa de Riesgos de Corrupción.	Oficina Asesora de Control Interno de Gestión	1. Realizar reuniones de sensibilización, abordando la temática en Política de Gestión del Riesgo con los diferentes Líderes de Procesos de la Institución.	31- Diciem. - 2015	Actividad pendiente de realización, programada para el mes de diciembre.	Se realizó el Plan de despliegue y sensibilización de la política de gestión del riesgo y del MECI, con el planteamiento de diferentes actividades como la capacitación que fue realizada por la Escuela de Administración Pública ESAP con el tema: Gestión de Riesgos, esta capacitación se llevó a cabo en el	Como complemento a la campaña de despliegue 2015, se fortaleció el tema de Gestión de Riesgos con la inclusión del tema en las jornadas de inducción y reinducción programadas en la entidad.
	Realizar seguimiento a la gestión del riesgo institucional y evaluar el control en cada proceso	Oficina Asesora de Control Interno de Gestión	1. Realizar seguimiento a la gestión del riesgo en cada uno de los procesos que a la fecha se encuentren debidamente actualizados, efectuar su respectiva evaluación.	Semestralmente	Actividad pendiente de realización, programada para el mes de julio.	Actividades realizadas, se realizó el seguimiento a los riesgos con cada uno de los procesos en los cuales se identificó riesgos, como resultado de este seguimiento se actualizaron los tableros didácticos y se tiene programado talleres prácticos en el mes de octubre para actualizar las matrices de acuerdo a las recomendaciones y observaciones surgidas a partir del seguimiento.	Se realizaron jornadas de actualización de las matrices de riesgos en el mes de noviembre y diciembre con cada uno de los procesos, fruto de este seguimiento se consolidó una nueva matriz de riesgos, con la unificación de riesgos y el establecimiento de riesgos transversales finalmente se logró la reducción de riesgos; de 324 riesgos 2014 a 83 riesgos 2015.
	Fortalecer la implementación del Software de Gestión Documental "SEVENET" en la Institución.	Archivo Central	1. Capacitar y brindar acompañamiento en el manejo del Software. 2. Fortalecer el uso del Software de Gestión Documental SEVENET, eliminando un recorrido diario del patinador, para incentivar al usuario en el uso del mismo. 3. Fomentar la utilización del Software, implementando más herramientas informáticas como el workflow; trámites y almacenamiento de documentos de manera electrónica.	Permanente	1. Mediante consecutivo I-2973 se proyecta circular a fin de fortalecer en los usuarios el uso de SEVENET, posterior a esto se adelantan acompañamientos personalizados 2. Mediante consecutivo I-3266 se despliega una circular para todos los usuarios activos en SEVENET a fin de eliminar un recorrido del patinador interno e incentivarlos a utilizar de manera mas frecuente el aplicativo SEVENET 3. el 24 de Marzo se hace despliegue del instructivo de WORKFLOW herramienta de SEVENET que permite gestionar las solicitudes de creación, modificación y eliminación de documentos del SIGC	Actividades continúan de manera permanente.	Actividades continúan de manera permanente.

Estrategias Antitramites	Continuar con la estrategia cero papel en la institución, especialmente con Facturación.	Archivo Central	<ol style="list-style-type: none"> Continuar con el uso del formato de entrega de comunicaciones en cada oficina. Fomentar el uso del correo electrónico e intranet de manera que se logre evitar la impresión de comunicaciones que pueden ser tratadas vía electrónica. Realizar acercamiento con las EPS, en consecuencia la facturación se llevará a cabo por medio electrónico, logrando así reducir el uso de papel. Sensibilizar en cuanto a uso de papel; reutilizar y realizar impresiones en las dos caras de la hoja. Fortalecer la utilización de la firma digital 	31 - Diciem.- 2015	<ol style="list-style-type: none"> en los acompañamientos y capacitaciones quebrinda el área de Gestión Documental se incluyen temas de buenas practicas para reducir el consumo de papel en el Programa de Gestión Documental PGD el cual fue aprobado en comité de Archivo el día 29 Abril de 2015 se incluyen aspectos referentes al respaldo de política cero papel, y buenas practicas para reducir el consumo de papel, se dara inicio al despliegue mediante resolución aprobada N. 1351 y 1352 aprobadas por la Gerencia del HUDN 	Las actividades 1, 2 y 4 continúan su desarrollo normal, en cuanto al punto 3 solamente se ha podido gestionar y llegar a un acuerdo con Emmsanar para enviar la facturación en medio magnetico, con las demás EPS no se ha podido llegar a acuerdos ya que para ellas es indispensable la factura en físico y con la respectiva firma del paciente. En cuanto al punto 5 sobre la utilización de Firmas digitales, se ha implementado la FIRMA MECANICA, en su gran mayoría de los servicios, algunos de los servicios como los de ortopedia no la utilizan.	Las actividades 1, 2 y 4 continúan su desarrollo normal, en cuanto al punto 3 solamente se ha podido gestionar y llegar a un acuerdo con Emmsanar para enviar la facturación en medio magnetico, con las demás EPS no se ha podido llegar a acuerdos ya que para ellas es indispensable la factura en físico y con la respectiva firma del paciente. En cuanto al punto 5 sobre la utilización de Firmas digitales, se ha implementado la FIRMA MECANICA, en su gran mayoría de los servicios, algunos de los servicios como los de ortopedia no la utilizan.
	Continuar con la operativización de la central de cuentas.	Gestión Financiera Archivo Central	<ol style="list-style-type: none"> Continuar con la digitalización de contratos y sus soportes legales, de manera que se logre facilitar su ubicación en el momento de ser requeridos. Continuar con la implementación de listas de chequeo para la correcta verificación de requisitos en los contratos. 	31 - Diciem.- 2015	a la digitalización de contratos con fines de consulta se le ha dado continuidad, de igual manera se continúa asignando los números consecutivos de los contratos y las solicitudes simples de cotización, lo que permite llevar un control de estos componentes	Actividades continúan de manera permanente.	Actividades continúan de manera permanente.
	Estandarización del procedimiento de petición de Historias Clínicas	Oficina Jurídica Oficina Asesora de Calidad Estadística	<ol style="list-style-type: none"> Estandarizar y fusionar el formato de solicitud de Historias Clínicas Controlar, distribuir y realizar la debida aplicación del formato. 	31 - Diciem.- 2015	Actividad programada hasta 31 de diciembre de 2015	1. El formato se encuentra formalizado y se lo utiliza siempre que se lo requiera	1. El formato se encuentra formalizado y se lo utiliza siempre que se lo requiera
	Agendas medicas abiertas y controladas	Subgerencia de Prestación de Servicios Auditoria Medica	<ol style="list-style-type: none"> Programar agendas médicas. Realizar un seguimiento estricto al cumplimiento. Evaluar cumplimiento, y detectar desviaciones 	Permanente	Las Agendas Médicas se programan mensualmente, y el seguimiento estricto a su cumplimiento esta a cargo de las coordinaciones de los distintos servicios	Las Agendas Médicas se programan mensualmente, y el seguimiento estricto a su cumplimiento esta a cargo de las coordinaciones de los distintos servicios	Las Agendas Médicas se programan mensualmente, y el seguimiento estricto a su cumplimiento esta a cargo de las coordinaciones de los distintos servicios
	Continuar con el seguimiento al procedimiento de asignación de citas (criterios de asignación, demanda insatisfecha, agendas abiertas, priorización del paciente, criterios subjetivos, inasistencia, horarios exactos de las citas).	Atención al Usuario Consulta Externa	<ol style="list-style-type: none"> Realizar seguimiento mensual a la oportunidad en la asignación de citas, la cual es gestionada por la EPS. Efectuar seguimiento y gestión mensual a la inasistencia de los usuarios y las causas de la misma. Fortalecer el reporte de información de las EPS, referente a demanda insatisfecha. Establecer horarios de asistencia del usuario teniendo en cuenta la hora exacta de la cita. 	Mensualmente	<ol style="list-style-type: none"> En lo que respecta a realizar seguimiento mensual a la asignación de citas existe un link en la página web del HUDN que dice "TIEMPOS DE ESPERA DE MEDICINA ESPECIALIZADA" Efectuar seguimiento y gestión mensual a la inasistencia de los usuarios y las causas de la misma, anexo información presentada por la auxiliar de call center. Fortalecer el reporte de información de las EPS, referente a demanda insatisfecha. En este aspecto no se tiene respuesta de las EPS, pero igual se envía soporte de citas que se asignan mensualmente a las EPS y las citas que ellos utilizan. Establecer horarios de asistencia del usuario teniendo en cuenta la hora exacta de la cita, a partir del mes de enero se empezaron asignar con intervalos de 10 minutos entre cada cita para evitar largas esperas de los usuarios que genera insatisfacción. La información antes mencionada es entregada por la auxiliar administrativa del call center. 	Actividades 1, 2, y 4 se realiza con normalidad, en cuanto a la asignación de citas con hora exacta se han establecido que para las especialidades de Hematología, Cirujía Oncológica y Pediatría de asignan con intervalos de 15 minutos y para las demás especialidades se asignan con un intervalo de 10 minutos. En cuanto a la demanda insatisfecha, esta no se realiza porque las eps no la hacen entonces no se tiene fuente de información. (esta actividad se debe eliminar para la siguiente vigencia)	Actividades 1, 2, y 4 se realiza con normalidad, en cuanto a la asignación de citas con hora exacta se han establecido que para las especialidades de Hematología, Cirujía Oncológica y Pediatría de asignan con intervalos de 15 minutos y para las demás especialidades se asignan con un intervalo de 10 minutos. En cuanto a la demanda insatisfecha, esta no se realiza porque las eps no la hacen entonces no se tiene fuente de información. (esta actividad se debe eliminar para la siguiente vigencia)
	Realizar ajustes y divulgar el procedimiento de Rendición de Cuentas de acuerdo a revisión previa.	Oficina Asesora de Planeación	<ol style="list-style-type: none"> Ajustar el procedimiento de Rendición de Cuentas. Divulgar el Procedimiento a los implicados 	31 - Marzo.- 2015		El procedimiento se encuentra ajustado y actualizado esta pendiente su despliegue y socialización.	El procedimiento se encuentra ajustado y actualizado

Rendición de Cuentas Vigencia 2.015	Definir las actividades a desarrollar y así dar cumplimiento a la estrategia, elaborar cronograma.	Oficina Asesora de Planeación	1. Reunir a los actores involucrados y establecer cronograma de actividades para el desarrollo de la audiencia de Rendición de Cuentas	Primera semana del mes de Diciembre de 2.015	Programada para Diciembre	Programada para Diciembre	Actividades cumplidas se evidencia con la Audiencia de Rendición de Cuentas realizada el 18 de diciembre de 2015.
	Desarrollo de la audiencia de Rendición de Cuentas.	Gerencia Oficina Asesora de Planeación Oficina Jurídica	1. Ejecutar las actividades programadas en el mes de Diciembre de 2015. 2. Fortalecer la divulgación de la audiencia de Rendición de Cuentas para lograr mayor participación y aporte de la comunidad.	En la fecha establecida para el mes de Diciembre de 2.015	Programada para Diciembre	Programada para Diciembre	Actividades cumplidas se evidencia con la Audiencia de Rendición de Cuentas realizada el 18 de diciembre de 2015.
	Realizar evaluación de la ejecución y generar informes respectivos.	Oficina Asesora de Control Interno de Gestión	1. Hacer seguimiento y evaluación al desarrollo de la audiencia. 2. Consolidar y publicar informe de la evaluación de la audiencia.	31 - Diciem.- 2015	Programada para Diciembre	Programada para Diciembre	Actividades cumplidas se evidencia con la Audiencia de Rendición de Cuentas realizada el 18 de diciembre de 2015. el informe de Evaluación de la rendición de Cuentas se encuentra publicado en la pagina web de la entida en el link: http://www.hosdenar.gov.co/images/documentos/cinterno/ercuentas2015HUDN.pdf
	Remitir informes a las entidades de control que lo requieran según procedimiento.	Oficina Asesora de Planeación	1. Enviar informe de la audiencia de Rendición de cuentas a las entidades de control o partes interesadas que lo requieran. 2. Diligenciar aplicativos a través de los cuales se reporta el informe de Rendición de Cuentas.	31 - Diciem.- 2015	Programada para Diciembre	Programada para Diciembre	El informe de Evaluación de la rendición de Cuentas se encuentra publicado en la pagina web de la entida en el link: http://www.hosdenar.gov.co/images/documentos/cinterno/ercuentas2015HUDN.pd
Atención al Ciudadano.	Evaluación de la Política de Prestación de Servicios	Oficina Asesora de Control Interno de Gestión Oficina Asesora de Calidad	1. Alinear los indicadores a la Política de Prestación de Servicios 2. Recopilar datos a través del Tablero de Mando Integral 3. Analizar y comunicar resultados	31- Julio. - 2015	Programada para julio	Actividad pendiente	Actividad pendiente
	Cumplimiento de la Resolucion 1604 de 2.013, referente a la entrega de medicamentos en 48 horas a pacientes ambulatorios	Gerencia Farmacia Oficina Jurídica	1. Revisar la aplicabilidad de la norma y las obligaciones contractuales con las EPS. 2. Programar reunión de planeación para dar cumplimiento a la norma. 3. Asignar responsabilidades 4. Ejecutar las actividades.	30 de Sept de 2015	programada para septiembre	El indicador que mide estas actividades es el porcentaje de de formulas no dispensadas completamente en farmacia ambulatoria esta en un 13% y la meta es 1%, en el mes de septiembres esta programada la reunión para programar acciones de mejora.	
	Continuar con la implementación de la atención diferencial para población prioritaria/vulnerable (embarazadas, niñez, discapacitados, adulto mayor)	Subgerencia de Prestacion de Servicios Atencion al Usuario	1. Continuar con la estrategia "CLIENTE PREFERENCIAL". 2. Socializar con todas las áreas del hospital, hacer énfasis en el personal nuevo, creando cultura ciudadana y apoyo a la población prioritaria.	31 de Marzo de 2015	La estrategia se sigue llevando desde atención al usuario. Los datos son los siguientes:Total de clientes preferenciales identificados 1919. A= Adulto 1115 E= Embarazada 147 N= Niños 273 D= Discapacitados 30 ON= Oncológico 354 Se socializo la estrategia de cliente preferencial con el personal de vigilancia que inicio contratación en el mes de enero en HUDN	Actividades continuan de manera permanente.	Actividades continuan de manera permanente.
	Fomentar jornadas de capacitación en materia de atención a usuarios en condiciones especiales (trastornos mentales, psiquiátricos, agresivo, armados, en estado de embriaguez, bajo los efectos de sustancias psicoactivas), con el fin de desarrollar competencias y habilidades para atender a estos usuarios.	Talento Humano Apoyo Logístico Urgencias Consulta Externa Atención al Usuario	1. Incluir en el plan de capacitación institucional el tema: Protocolo y manejo de pacientes con trastorno mental, agresivo, armado, en estado de embriaguez, y bajo los efectos de sustancias psicoactivas. 2. Realizar capacitación al personal asistencial y administrativo de la organización, creando un mayor énfasis en el personal de Vigilancia, Urgencias y Consulta Externa. 3. Hacer seguimiento a la aplicación del protocolo.	30 de Junio de 2015	Se incluyó en el Plan de Capacitaciones y se tiene programada su realización en el segundo semestre del año.	Actividades realizadas.	Actividades realizadas.
	Rediseño del link institucional de "Atención al Usuario" con el fin incrementar la utilidad y visibilidad del mismo	Oficina de Comunicaciones Atención al Usuario	1. Publicar trimestralmente un informe de medición de la satisfacción del usuario. 2. Publicar informes sobre la gestión de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones 3. Publicar permanentemente y de manera actualizada el Portafolio de Servicios	31 - Diciem.- 2015	Según información por correo electrónico de la coordinadora de la oficina de Atención al Usuario, Se envió el informe y la solicitud a la funcionaria de Comunicaciones, sin embargo una vez revisada la información en la página web de la entidad no se encuentra publicada.	Hay evidencia de los informes y se encuentran publicados en la página en el link de Transparencia.	Hay evidencia de los informes y se encuentran publicados en la página en el link de Transparencia.

	Continuar con la medición de satisfacción de usuarios con el fin de identificar las necesidades y expectativas.	Atencion al Usuario Subgerencia de Prestacion de servicios	1. Aplicar encuesta de satisfacción del usuario trimestralmente, y elaborar un informe para los coordinadores de grupo, internos de trabajo, y comunidad en general 2. Remitir informe a la Oficina de Comunicaciones para su publicación	Trimestralmente	Las encuestas se aplican trimestralmente y se retroalimenta a las coordinaciones de los GIT, se anexa informe. se solicito a comunicaciones la publicaciones pero en la pagina no se vislumbra la mencionada publicación.	Las encuestas se aplican trimestralmente y se retroalimenta a las coordinaciones de los GIT, se anexa informe.	Las encuestas se aplican trimestralmente y se retroalimenta a las coordinaciones de los GIT.
	Realizar un sondeo sobre las maneras y actitudes que asumen los trabajadores del Hospital para la atención telefónica; además de brindar los insumos para los protocolos de atención (Específicamente canal telefónico y/o conmutador). Realizar una jornada de difusión para su conocimiento y aplicación por parte de los trabajadores del Hospital.	Atención al usuario Oficina de Comunicaciones	1. Realizar un sondeo en la atención de llamadas llamadas, tanto internas como externas de la organización, a través de las diferentes áreas. 2. Continuar con la divulgación de la Guía de Atención Telefónica al interior de la institución. 3. Verificar el cumplimiento de la guía establecida especialmente a Radioperadores, Conmutador Call Center 4. Implementar estrategias de comunicación en cada oficina para fortalecer el apego a la Guía de Atención Telefónica.	Permanente	solamente existe el protocolo de atención telefónica. Y nos se han realizado los sondeos ni la divulgación.	Se realizo el sondeo de manera interna y se constató una adherencia al protocolo de mas del 90%	Se realizo el sondeo de manera interna y se constató una adherencia al protocolo de mas del 90%
	Actualizar el Portafolio de Servicios y brindar insumos al proceso de Comunicaciones para diseño, publicación y difusión.	Auditoria Medica Oficina de Comunicaciones	1. Revisar el Portafolio de Servicios vigente de la institución. 2. Realizar ajustes según los nuevos servicios aperturados. 3. Reportar novedades del Portafolio de Servicios a la Oficina de Comunicaciones 3. Diseñar y publicar el Portafolio de Servicios actualizado	Permanente	Se actualiza de acuerdo a los cambios en los servicios	Se actualiza de acuerdo a los cambios en los servicios	Se actualiza de acuerdo a los cambios en los servicios
	Implementar la herramienta en pagina web para consultar el estado de cuentas (pagos) a proveedores de bienes y servicios, con el fin de fortalecer la satisfacción de las partes interesadas.	Sistemas de Informacion Subgerencia Administrativa Financiera	1. Continuar con el seguimiento y control sobre el estado de las cuentas de proveedores y terceros. 2. Realizar difusión y capacitación a todos los clientes sobre el uso del aplicativo de estado de cuentas. 3. Crear un link en la página web institucional para acercamiento de proveedores.	31 - Diciem.- 2015	Actividades se realizan permanentemente. En cuanto al link esta pendiente por crear.	Actividades se realizan permanentemente. En cuanto al link esta pendiente por crear.	Actividades se realizan permanentemente. En cuanto al link esta pendiente por crear.
Administrar el Sistema de QRSF.	Responder el total de quejas y reclamos que presentan los usuarios y comunidad en general al Hospital	Atencion al Usuario	1. Fomentar la apertura de buzón de sugerencias tres veces en semana, y responder a los usuarios sus quejas, reclamos y solicitudes. 2. Elaboración de acta de apertura de buzones.	Permanente	La apertura del buzón de quejas se realiza 3 veces a la semana existen las actas de apertura que reposan en la oficina de atención al usuario y las quejas se responden de acuerdo a la meta establecida 5 días hábiles. las actas se realizan después de cada apertura se realiza luego de cada apertura de buzones.	Actividades continuan de manera permanente.	Mensualmente se retroalimenta a las coordinaciones de los GIT. Esto se solicito a la oficina de comunicaciones al igual que lo de satisfacción. Pero no se evidencia su publicacion.
	Reportar trimestralmente el comportamiento de las quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (QRSF) que se presentan al Hospital, el trámite que se le ha dado a las mismas y recomendación para el mejoramiento.	Atencion al Usuario	1. Realizar informe de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, mensualmente y retroalimentar a todas las coordinaciones de los grupos internos de trabajo, a fin de realizar los respectivos planes de mejora. 2. Realizar un informe de QRSF a la Oficina de Comunicaciones para su publicación.	Mensualmente durante toda la vigencia	Mensualmente se retroalimenta a las coordinaciones de los GIT. Esto se solicito a la oficina de comunicaciones al igual que lo de satisfacción. Pero no se evidencia su publicacion.	Hay evidencia de los informes y se encuentran publicados en la pagina en el link de Transparencia.	Mensualmente se retroalimenta a las coordinaciones de los GIT. Esto se solicito a la oficina de comunicaciones al igual que lo de satisfacción. Pero no se evidencia su publicacion.

Elaboró:

Cargo: Profesional Universitario Control Interno de Gestión

Nombre: OMAIRA LILIANA TIPAS

Revisó:

Asesor Oficina Control Interno de Gestión

Nombre: OMAR CORDOBA SALAS

Seguimiento de la estrategia: