

SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO AL PLAN ANTICORUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2020 CON CORTE A 30 DE AGOSTO

SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO A 30 DE AGOSTO DE 2020

SEGUIMIENTO DE EVOLUCIÓN DEL RIESGO

No. Riesgo

EVIDENCIA

N	PROCESO	RIESGO	CLASIFICACIÓN	CAUSAS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE	OPCIÓN MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	TIEMPO	INDICADOR	SEGUIMIENTO DE EVOLUCIÓN DEL RIESGO		
														No. Riesgo	EVIDENCIA	
1 (AGOSTO 2020)	INCORPORACIÓN DE PERSONAL	Possibilidad de vinculación de funcionarios con incongruencias de Requisitos por recomendación de un tercero permitiendo el amiguismo y clientelismo	CORUPCIÓN	Influencia de terceros para la vinculación Intereses personales para favorecer a un tercero Intervención en los procesos de selección	POSIBLE POSIBLE POSIBLE	MAYOR MAYOR MAYOR	ALTO ALTO ALTO	EVITAR EVITAR EVITAR	La Jefe de Talento Humano, cada vez que se haya verificado el cumplimiento de los requisitos de Lista de Chequeo código GTH-TH-F-0020, expide una certificación donde consta que la persona a vincular se encuentra en la lista de elegibles indicando: cargo y trazabilidad del proceso de convocatoria con el propósito de dar cumplimiento a los lineamientos del DAFP, CNSC, y a la normatividad vigente. En caso de que no sea de la lista de elegibles, la Jefe de Talento Humano expide una certificación donde indique que el cargo convocando no tiene lista de elegibles.	Certificación conste la persona a vincular es de lista de elegible o no lo es.	La Jefe de Talento Humano	Mensual	Indicador de Eficacia: Número de certificaciones + Listas de chequeo expedidas * 100 Indicador de Efectividad: Número total de hojas de vida que no cumplen con la certificación y requisitos de la lista de chequeo / No de personas vinculadas * 100	Teniendo en cuenta las recomendaciones de la Oficina de Control Interno emitidas en el primer informe de seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción, la Oficina de Talento Humano, en cabeza de su Jefe de Oficina y asesorados por los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional, realizaron las modificaciones a las actividades de control y los indicadores de Eficacia y Efectividad respectivamente durante agosto de 2020, con el propósito de dar cumplimiento a lo requerido en la nueva metodología requerida por el Departamento Administrativo de la Función Pública como se evidencia en el acta soporte adjunta. Por lo tanto, se adjuntan de la misma manera, las listas de chequeo aplicadas durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2020, evidenciando que el riesgo no se materializó.	1	RIESGO 1
2 (AGOSTO 2020)	GESTIÓN DE PAGO A PROVEEDORES	Possibilidad de realizar un pago a favor de un particular o de un tercero	CORUPCIÓN	Se anexe el comprobante de egreso que no corresponda a la orden de pago.	IMPROBABLE	CATASTRÓFICO	EXTREMO	EVITAR	El profesional universitario de tesorería cada vez que recepcione el comprobante de egreso verificará el valor del comprobante de egreso acorde con la cuenta por pagar, el nombre del tercero y el valor que coincide con el comprobante de lo que va a girar a través de la plataforma, con el propósito de evitar mayor valor pagado y a un proveedor diferente a lo autorizado. Se evidenciará la conciliación en acta de reunión, la relación de los comprobantes de egreso con los giros electrónicos. En caso de que se presente el riesgo, se notificará de forma inmediata al subgerente financiero y al gerente por medio de los canales de comunicación institucional	Acta de Reunión	El profesional universitario de Tesorería	Mensual	Indicador de Eficacia: Número de conciliaciones realizadas / Número de conciliaciones programadas x100% Indicador de Efectividad: Numeros de proveedores y giros que se realizaron no autorizados / total de giros realizados durante el mes X 100*	Una vez realizado el seguimiento se pudo evidenciar que: 1. El control determinado es pertinente a la causa y funciona para controlar el riesgo. No obstante, el líder del proceso no identifica todas las posibles causas que llevan a la materialización de este riesgo; se recomienda que el líder del proceso revise bien su proceso e identifique las causas que lo llevaron a permitir que se materializará este riesgo. 2. El control establecido está siendo ejecutado por los responsables descritos en el mismo. Se recomienda una vez se identifiquen nuevas causas que den origen a nuevos controles establecer en los mismos, quien lo va a realizar. 3. La periodicidad que planteó el área para la ejecución del control es pertinente y contribuye a la mitigación del riesgo; ya que es permanente. 4. El responsable del control, no documentó la ejecución del control como lo menciona en su redacción (Cada vez que la recepción del comprobante de egreso verificará el valor del comprobante de egreso acorde con la orden de pago).	2	RIESGO 2
	GESTIÓN DE PAGO A PROVEEDORES	Possibilidad de realizar un giro por un valor diferente y aun proveedor diferente al autorizado	CORUPCIÓN	Diligenciamiento incompleto del comprobante de egreso; sin la firma de quien elabora el comprobante y quien realiza la transferencia en el portal	IMPROBABLE	CATASTRÓFICO	EXTREMO	EVITAR	El profesional universitario de tesorería cada vez que se genere un comprobante de egreso, verificará que este debidamente firmado por el funcionario quien lo elabora y luego de efectuada la transferencia firmará el respectivo comprobante de egreso, con el propósito de confirmar el proceso de pago. En caso de que no se evidencie las firmas en el comprobante de egreso se verifica en el portal del banco respectivo. La evidencia es el acta de conciliaciones donde se relaciona el número de los comprobantes de egreso debidamente firmado en sus respectivos espacios del formato.	Acta de conciliaciones	El profesional universitario de Tesorería	Mensual	Indicador de Eficacia: Número de comprobantes de egreso debidamente firmados / Numero Total de comprobantes realizados en el mes x100% Indicador de Efectividad: Numeros de comprobantes de egreso sin sus respectivas firmas / total de comprobantes egreso realizados en el mes X 100*	No obstante, si realizó el Monitoreo y Seguimiento de forma mensual de conformidad con la metodología institucional. Los nuevos indicadores fueron ajustados en agosto de 2020 y serán sujeto de seguimiento con corte a diciembre de 2020. Riesgo no materializado en el periodo evaluado		

3 (AGOSTO 2020)	GESTIÓN TICs	Posibilidad de manipulación o robo de la información considerada confidencial para obtención de un beneficio o de un tercero	CORUPCIÓN	Insuficientes sistemas de protección y/o seguridad física y lógica de la infraestructura de TIC.	IMPROBABLE	MAYOR	ALTO	EVITAR	<p>El profesional de infraestructura tecnológica de la mesa de servicio Controla el acceso al Datacenter (Centro de datos principal), de forma permanente, acorde al procedimiento GI-TIC-P-001A-023, el ingreso se registra en el formato GI-SI-F-001E REGISTRO DE ACCESO AL DATACENTER, cada vez que se registre y se presenta los formatos de forma mensual en el informe de supervisión, con el fin de proteger la infraestructura tecnológica del sitio. En caso que impida la realización de este procedimiento el coordinador de la mesa de servicio informara de forma inmediata al oficial de seguridad de la información y al Líder de la oficina SH.</p> <p>El profesional de infraestructura tecnológica de la mesa de servicio realiza monitoreo del antivirus y del firewall (GI-TIC-P-001A-Q29 - GI-TIC-P-001A-016) de forma permanente y es presentado de forma mensual al líder de la oficina SH dentro del informe de supervisión, lo anterior se hace con el fin de reducir riesgos de ataques externos y mantener actualizados los dispositivos. En caso que impida la realización de este procedimiento el coordinador de la mesa de servicio informara de forma inmediata al Líder de la oficina SH.</p>	Informe de supervisión mensual	El profesional de infraestructura tecnológica de la mesa de servicio	Mensual	<p>1.Indicador de Eficacia: Número de personas autorizadas que ingresaron al datacenter / Número Total de personas que están autorizadas para ingresar al Datacenter (sumatoria de personas que están autorizadas mediante el formato mas el número de personas autorizadas en razón a su actividad laboral) *100</p> <p>2.Indicador eficacia: Número de intentos accesos no autorizados por bloques del firewall</p> <p>3.Indicador Efectividad: Número de incidentes reportados con pérdida de información por ataques externos/ Números de intentos de accesos no autorizados por bloques del firewall*100</p>	<p>Teniendo en cuenta las recomendaciones de la Oficina de Control Interno emitidas en el primer informe de seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción, la Oficina de Talento Humano, en cabeza de su Jefe de Oficina y asesorados por los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional, realizaron las modificaciones a las actividades de control y los Indicadores de Eficacia y Efectividad respectivamente durante agosto de 2020, con el propósito de dar cumplimiento a lo requerido en la nueva metodología requerida por el Departamento Administrativo de la Función Pública como se evidencia en el acta soporte adjunta. Por lo tanto, se adjuntan de la misma manera, copia de los acuerdos de confidencialidad aplicados durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2020.</p>	3	RIESGO 1
			CORUPCIÓN	Deficiencias en el respaldo de las bases de datos core del negocio.	IMPROBABLE	MAYOR	ALTO	EVITAR	<p>El coordinador y el profesional Tic de la mesa de servicio realiza las copias de seguridad diariamente a las bases de datos principales (Indicador Crystal y dinamica gerencial) donde se registran en una bitacora en un formato de excel y es presentado mensualmente al líder de la oficina SH con el fin de salvaguardar la información contenida en las bases de datos. En caso de que se presente alguna novedad que impida la realización de este procedimiento el coordinador de la mesa de servicio informara de forma inmediata al Líder de la oficina SH.</p>	Bitacora formato de excel	coordinador de la mesa de servicio	Mensual	<p>Indicador de Eficacia: Número de registros en la bitacora de copias de seguridad realizadas/total copias programadas *100</p> <p>Indicador de Efectividad: Número de copias no realizadas /Total de copias programadas*100</p>			
			CORUPCIÓN	Filtrar información confidencial	POSIBLE	CATASTRÓFICO	EXTREMO	EVITAR	<p>El Profesional Universitario de Talento Humano siguió al procedimiento de verificación de documentos, solicitada la firma de un Acuerdo de Confidencialidad por parte del aspirante, previo al ingreso a la Entidad, cada vez que se realice una incorporación de personal; con el propósito de que el aspirante se comprometa a salvaguardar fielmente la información a la cual acceda, en caso que se niegue a firmar el acuerdo de confidencialidad, se informará a la Jefe de Talento Humano para lo que corresponda.</p>	Acuerdo de confidencialidad firmado	Profesional Universitario de Talento Humano	Mensual	<p>Indicador de Eficacia: Número de colaboradores que firmaron el Acuerdo de Confidencialidad / Total de colaboradores que ingresaron a la Institución*100</p> <p>Indicador de Efectividad: Número total de funcionarios que se negaron a firmar el Acuerdo de Confidencialidad / Número de ingresos de funcionarios a la Entidad * 100</p>	<p>Teniendo en cuenta las recomendaciones de la Oficina de Control Interno emitidas en el primer informe de seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción, la Oficina de Talento Humano, en cabeza de su Jefe de Oficina y asesorados por los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional, realizaron las modificaciones a las actividades de control y los Indicadores de Eficacia y Efectividad respectivamente durante agosto de 2020, con el propósito de dar cumplimiento a lo requerido en la nueva metodología requerida por el Departamento Administrativo de la Función Pública como se evidencia en el acta soporte adjunta. Por lo tanto, se adjuntan de la misma manera, copia de los acuerdos de confidencialidad aplicados durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2020.</p>		
4 (JUNIO 2020)	PROCESO CONTRACTUAL	Posibilidad de direccionamiento de contratos a favor de un tercero, por uso indebido del poder, acción u omisión en los procedimientos establecidos en el proceso contractual (ES CONT-C-001)	CORUPCIÓN	Selección de controlistas sin el cumplimiento de los requisitos precontractuales.	POSIBLE	CATASTRÓFICO	EXTREMO	EVITAR	<p>El jefe de la Oficina de Contratación cada vez que realice un proceso de selección en la modalidad de contratación directa, verificará los requisitos precontractuales establecidos, a través de la lista de chequeo (GI-CONT-F-001B), para garantizar el cumplimiento de las normas aplicables. En caso de encontrar inconsistencia se informará a la Gerencia.</p>	Lista de Chequeo Requisitos Precontractuales	Jefe Oficina de Contratación.	Mensual	<p>Indicador de Eficacia: Número de controles implementados / Total de controles planteados *100</p> <p>Indicador de Efectividad: Número de contratos en la modalidad de contratación directa con listas de chequeo verificados que no registren los requisitos legales para ejecutar el objeto contractual / Número de contratos suscritos en la modalidad de contratación directa *100</p>	<p>CONTROL 1: 1. El control identificado es efectivo, previene o detecta la causa del riesgo y es confiable. 2. El control cuenta claramente con responsable para ejecutar la actividad de control 3. El control es oportuno para la mitigación del riesgo. 4. Se suscribieron 16 en la modalidad de contratación directa, y la Oficina de Contratación verificó la lista de chequeo en cada proceso.</p> <p>Indicador de Eficacia: 1 / 1 * 100 = 100%</p> <p>Indicador de Efectividad: 0/16*100 =100%</p> <p>OBSERVACIONES: No se materializó el riesgo.</p>	4	RIESGO 1
			CORUPCIÓN	Selección de contratistas sin los requisitos jurídicos, técnicos y financieros, que demuestren la aptitud para ejecutar el objeto contractual.	POSIBLE	CATASTRÓFICO	EXTREMO	EVITAR	<p>El jefe de la Oficina de Contratación cada vez que realice un proceso de selección en la modalidad de invitación simplificada comunicará mediante oficio a los responsables técnicos de evaluación de ofertas, para garantizar la selección objetiva.</p> <p>2. El Gerente cada vez que realice un proceso de selección en la modalidad de convocatoria pública designará mediante acto administrativo el Comité evaluador de ofertas, para garantizar la selección objetiva.</p> <p>*En caso de omitir estas acciones, se informará a Control Interno Disciplinario o ente de control respectivo.</p>	<p>invitación simpacada con oficio responsables técnicos Evaluación de ofertas</p> <p>Ofertas de Convocatoria Pública o Invitación Simplificada</p>	Gerente y Jefe de Oficina de Contratación.	Mensual	<p>Indicador No. 1 de Eficacia: Número de controles implementados / Total de controles planteados *100</p> <p>Indicador No. 1 de Efectividad: Número de procesos de invitación simplificada sin objeción de designación de responsables técnicos de evaluación de ofertas / Número total de procesos de invitación simplificada *100</p> <p>Indicador No. 2 de Eficacia: Número de controles implementados / Total de controles planteados *100</p> <p>Indicador No. 2 de Efectividad: Número de procesos de Convocatoria pública sin acto administrativo de designación del comité evaluador / Número total de procesos de convocatoria pública *100</p>	<p>CONTROL 2: 1. El control identificado es efectivo, previene o detecta la causa del riesgo. 2. El control cuenta claramente con responsable para ejecutar. 3. El control describe periodicidad y esta es oportuna. 4. Se evidencia la aplicación del control, mediante los oficios dirigidos a los responsables técnicos de evaluar las ofertas en modalidad de invitación simplificada y los Actos administrativos proferidos por la Gerencia, por medio de los cuales se conforman los Comités Evaluadores para el análisis de las propuestas presentadas dentro de la etapa precontractual de las Convocatorias Públicas. Indicador de Eficacia periodo (MAYO-AGOSTO) 0/3*100=0%</p> <p>Indicador eficiencia (MAYO - AGOSTO) 0/0*100= 0%</p> <p>OBSERVACIONES: No se materializó el riesgo.</p>	4	RIESGO 1

7(ENERO 2020)	GESTIÓN DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE SINIESTROS PRESENTADOS A LOS BIENES DEL HOSPITAL	Posibilidad de dilatar los términos del reporte del siniestro a la Aseguradora, una vez se cuente con la documentación estricta, para beneficio propio de un tercero	CORUPCIÓN	Siniestros ocasionados por colaboradores, terceros o casos fortuitos, sin reporte para el trámite administrativo y ante a la aseguradora	PROBABLE	MAYOR	ALTO	EVITAR	Acta de Subcomité de Autocontrol	El profesional especializado de la subgerencia Administrativa	Mensual	<p>Indicador de Eficacia: Número de siniestros reportados en el Subcomité de Autocontrol de la Subgerencia Administrativa /Total de siniestros reportados por siniestros *100</p> <p>Indicador de Efectividad: No. siniestros con documentación exigida por la aseguradora, no reportados en el tiempo establecido /total de siniestros reportados por almac*100</p> <p>Linea Base: 1</p>	En el punto 3.2 del acta del Subcomité de Autocontrol del mes de Julio del 22 de Julio de 2020, se reportaron los dos siniestros radicados en la Subgerencia Administrativa: 1. El 02 de Julio de 2020 la Subgerencia Administrativa recibió el reporte del siniestro Daño del equipo torre serial NKL2021 INS Plaza 20890, marca HP, número de producto LK5991T ABM modelo HP COMPAQ 6209RO, de la Unidad de Ciudad Intersur Nacional, el cual ocurrió el 06 de junio de 2020, se dio aviso por e-mail a la Predisora el 06 de Julio de 2020, pendiente de realizar la reclamación, a la espera de recibir la cotización y los soportes de ingreso al almacén la factura; el 15 de Julio de 2020, se notificó el reporte del siniestro a Control Disciplinario. 2. Se informa que el 22 de Julio de 2020, se recibe el reporte del siniestro por Daño del control remoto del equipo de rayos X portatil marca philips, número de placa 63127000381, presentado ranura por daño sobre la carcasa, ubicado en el servicio de radiología, el 18 de junio de 2020 ocurrió el siniestro. INDICADOR DE EFICACIA: 2/2. INDICADOR POR EFECTIVIDAD: 1/2.	7	RIESGO 7
8 (JULIO 2020)	TRÁMITE DE DEMANDAS Y ACCIÓN DE REPETICIÓN	Posibilidad de decisión del representante, la defensora técnica, de los procesos judiciales de la E.S.E. para pasar por activo o por pasivo para el la Oficina Asesora Jurídica, permitiendo que los abogados como partes externas actúen en beneficio de beneficiarios pasivos o de terceros en detrimento de los intereses del Hospital Universitario Hernando Monzalesano Paredón.	CORUPCIÓN	No realizar el seguimiento mensual a todos los procesos judiciales que se encuentren activos, por un descuido, desconocimiento, interés particular o favorecimiento de terceros.	RARA VEZ	CATASTRÓFICO	ALTO	EVITAR	Formato Control y Seguimiento a Procesos Judiciales que se encuentra guardado en la carpeta compartida de la Oficina Asesora Jurídica, ubicada en la siguiente ruta: \\172.16.19.13\RevisionTutela\DAVID\DEFENSA JUDICIAL\SEGUIMIENTO Y SUPERVISIÓN	Jefe Oficina Asesora Jurídica	Mensual	<p>Indicador de Eficacia: Nº de procesos de defensa judicial verificados en el Formato Control y Seguimiento/Nº de procesos de defensa judicial registrados en el formato Control y Seguimiento *100</p> <p>Indicador de Efectividad: Nº de sentencias desfavorables causadas por falta en la defensa técnica/Total de sentencias desfavorables en el periodo*100</p> <p>Indicador de Efectividad: Nº de sentencias desfavorables causadas por falta en la defensa técnica/Total de sentencias desfavorables en el periodo*100</p> <p>OBSERVACION No se materializó el riesgo</p>	1. El Control identificado es efectivo, previene o detecta la causa del riesgo y es confiable. 2. El control define y cuenta claramente con responsable para ejecutar la actividad de control. 3. El control describe la periodicidad del control y esta es oportuna para la mitigación del riesgo. 4. Se evidencian los formatos de Control y Seguimiento de los meses de mayo, junio, julio y agosto. 5. Según las evidencias aportadas por el área y la medición de su indicador de efectividad, NO se materializó el riesgo en el periodo del presente seguimiento.	8	RIESGO 8
9 (AGOSTO 2020)	PROCESO DISCIPLINARIO	Posibilidad de no hacer un debido proceso, en el cumplimiento de los requisitos legales a fin de no dar trámite a la queja o beneficio propio o de un tercero.	CORUPCIÓN	amiguismo y clientelismo	POSIBLE	CATASTRÓFICO	EXTREMO	EVITAR	Acta de comité de queja	Jefe Oficina Control Interno Disciplinario	Mensual	<p>Indicador de Eficacia: Número de quejas con justificación legal de preferir auto inhibitorio en el acta de comité de queja / sobre total de autos inhibitorios * 100</p> <p>Indicador de Efectividad: Número de quejas con auto inhibitorio sin justificación legal /Número de autos inhibitorios *100</p>	La Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario realiza cada mes el Subcomité de Autocontrol y Mejoramiento, en el cual se evalúan los procesos y se decide cuáles serán los procesos que se archivarán para el periodo objeto del presente seguimiento (1) seguimiento comprendido entre el mes de Mayo a Agosto de 2020, NO se archivó ningún proceso disciplinario. A través de la MATRIZ DE RIESGO DE CORUPCIÓN de la Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario, se logra observar el seguimiento de los riesgos por cada mes, objeto de este segundo (2) seguimiento comprendido entre el mes de Mayo a Agosto de 2020, el cual se adjunta al presente seguimiento.	9	RIESGO 9
10 (AGOSTO 2020)		Posibilidad de no hacer un debido proceso, en el cumplimiento de los requisitos legales a fin de no continuar el proceso disciplinario a beneficio de un tercero.	CORUPCIÓN	amiguismo y clientelismo	IMPROBABLE	CATASTRÓFICO	EXTREMO	EVITAR	Acta de Subcomité de Autocontrol	Jefe Oficina Control Interno Disciplinario	Mensual	<p>Indicador de Eficacia: Número de procesos con justificación legal de preferir auto de archivo definitivo en el acta de autocontrol / total de autos de archivo definitivos * 100</p> <p>Indicador de Efectividad: Número de autos de archivo definitivo sin justificación legal / total de autos de archivo definitivos*100</p>	La Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario realiza cada mes el Subcomité de Autocontrol y Mejoramiento, en el cual se evalúan los procesos y se decide cuáles serán los procesos que se archivarán, para el periodo objeto del presente seguimiento (2) seguimiento comprendido entre el mes de Mayo a Agosto de 2020, NO se archivó ningún proceso disciplinario. A través de la MATRIZ DE RIESGO DE CORUPCIÓN de la Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario, se logra observar el seguimiento de los riesgos por cada mes, objeto de este segundo (2) seguimiento comprendido entre el mes de Mayo a Agosto de 2020, el cual se adjunta al presente seguimiento. Riesgo no materializado	10	RIESGO 10
11(ENERO 2020)		Posibilidad de pérdida por recepción de medicamentos con fecha de vencimiento menor a 18 meses sin carta de compromiso y con evidencias de los boletines para beneficiarios de un proveedor.	CORUPCIÓN	Recepción de medicamentos con fechas de vencimiento menor a 18 meses sin carta de compromiso.	PROBABLE	CATASTRÓFICO	EXTREMO	EVITAR	ACTA DE RECEPCIÓN TÉCNICA / ADMINISTRATIVA	Regente de farmacia	Mensual	<p>Indicador de Eficacia: Nº de actas de recepción técnica Administrativa con observaciones/Nº de comprobantes de entrada con medicamentos que no cumplen con los criterios asignados y sin cantidades disponible para un mes.</p> <p>Indicador de Efectividad: Número de medicamentos ingresados con fecha menor de 18 meses vencidos /Número total de medicamentos ingresados con fecha menor de 18 meses</p>	Durante el desarrollo del segundo cuatrimestre del año, se evidencia el ingreso de productos a la bodega de farmacia con sus debidos comprobantes de entrada por un número total de 548 discriminados mensualmente así: •Mayo 128 comprobantes •Junio 69 comprobantes •Julio 204 comprobantes •Agosto 147 comprobantes De los cuales para los 40,40,98 y 55 según los meses en mención contenían al menos 1 producto con fecha inferior a los 18 meses, así pues que el restante correspondiente a 88,20,106 y 92 según cronología de los meses no presentaron observaciones, puesto que los productos tenían fecha de vencimiento superior a los 18 meses. Cabe aclarar que de los 40,40,98 y 55 comprobantes de entrada, 10,15,12 y 8, venían con fecha inferior a los 18 meses de vencimiento, se requirió hacer anotaciones de control, basados en los otros comprobantes. El 100% de los comprobantes de entrada con al menos un producto con fecha inferior a 18 meses y que no tienen carta de compromiso, contrastan con la observación respectiva. Riesgo no materializado	11	RIESGO 11

12(ENERO 2020)	GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO	Posibilidad de pérdidas de medicamentos y dispositivos médicos por préstamos, en las condiciones mecánicas de distribución y pago oportunas a beneficio de otros usuarios.	CORUPCIÓN	Realización de préstamos de medicamentos y/o dispositivos médicos y sin las condiciones necesarias de disponibilidad y pagos oportunos.	IMPROBABLE	CATASTRICO	EXTREMO	EVITAR	El profesional Universitario del área de salud, cada vez que una institución solicite préstamo de medicamentos, verificará de acuerdo a las condiciones de operatividad del Servicio farmacéutico, como las cantidades existentes y comportamiento de préstamos, con el propósito de viabilizar el préstamo sin poner en riesgo el funcionamiento de la institución, se registrará en el formato de préstamo de mercancía, en el espacio de observaciones que "Se verificó las cantidades existentes y comportamiento de préstamos" En caso de no contar con las condiciones anteriormente mencionadas, no viabilizará el préstamo y lo informará al solicitante.	formato de préstamo de mercancía	Profesional Universitario del área de Salud	Mensual	Indicador de Eficacia: Nº de turnos que cumplen con el control/Nº de turnos revisados aleatoriamente Indicador de Efectividad: Nº de préstamos realizados de medicamentos y/o dispositivos médicos sin ser pagados / Total de préstamos mensuales de medicamentos y/o dispositivos médicos Durante el desarrollo del segundo cuatrimestre del año que va desde el 01 de mayo hasta el 31 de agosto se evidencia un efectivo control sobre las posibles causas de riesgo estipuladas dentro de la matriz, se observa el comportamiento de préstamos de salida así: MAYO : Durante el mes de mayo de 2020 no se realizó ningún préstamo de salida. JUNIO : Durante el mes de Junio de 2020 se realizó 5 préstamos, cuatro (4) a la CLINICA MEDILASER S A y un (1) préstamo a la Clínica Uros, los cuales fueron devueltos. JULIO: Durante el mes de Julio de 2020 se realizó 5 préstamos, cuatro (4) a la CLINICA MEDILASER S A y un (1) préstamo a la Clínica Uros, los cuales fueron devueltos. AGOSTO: Durante el mes de agosto de 2020 se realizó 7 préstamos, seis (6) a la CLINICA MEDILASER S A y un (1) préstamo a la Clínica EMCOSALUD, de los cuales solo queda pendiente uno realizado el 31 de agosto de 2020 a la Clínica Medilaser. Riesgo no materializado	12	RIESGO 12
13(ENERO 2020)		Posibilidad de pérdida de los medicamentos y/o dispositivos médicos, por préstamos a las unidades funcionales o cobro no registrado a beneficio de un usuario.	CORUPCIÓN	Dispensación de medicamentos y/o dispositivos médicos mediante préstamos a las unidades funcionales sin generación de registros.	IMPROBABLE	CATASTRICO	EXTREMO	EVITAR	E) Auxiliar de farmacia, cada vez que soliciten préstamos de medicamentos y/o dispositivos médicos por parte de las unidades funcionales, registrará en el libro de préstamos. (Nombre del producto, cantidades prestadas, el servicio, el nombre del paciente, nombre de quien presta y de quien recibe), con el fin de registrar posteriormente el cobro del producto prestado. En caso de que el producto halla sido registrado en el libro de préstamo y terminado el turno el responsable deberá entregarle al otro turno los préstamos con la identificación antes mencionada.	Libro de préstamo	Auxiliar de Farmacia	Mensual	Indicador de Eficacia: Nº de turnos que cumplen con el control/Nº de turnos revisados aleatoriamente Indicador de Efectividad: Nº de préstamos realizados de medicamentos y/o dispositivos médicos sin ser pagados / Total de préstamos mensuales de medicamentos y/o dispositivos médicos Desde la Farmacia Principal, se implementó un libro de préstamos, en el cual se plasma todo medicamento y/o dispositivo médico que es requerido por un servicio asistencial, así pues, se relaciona los préstamos realizados durante el transcurso del 2do cuatrimestre del año. Durante el mes de MAYO de 2020, se prestaron 177 ítems de Productos, los cuales fueron registrados en el libro. Durante el mes de junio de 2020, se prestaron 248 ítems de Productos, los cuales fueron registrados en el libro. Durante el mes de julio de 2020, se prestaron 264 ítems de Productos, los cuales fueron registrados en el libro. Durante el mes de agosto de 2020, se prestaron 261 ítems de Productos, los cuales fueron registrados en el libro. Del mismo modo se identifica el control que se realiza y que permite mitigar la causa del riesgo, se tiene un responsable con las competencias para la ejecución de la acción, también se nota un control que permite determinar la prioridad que es oportuna. Riesgo no materializado.	13	RIESGO 13

2. RACIONALIZACION DE TRÁMITES

PROPÓSITO: Facilitar al ciudadano y comunidad en general su interacción con la institución, atender las necesidades y expectativas del ciudadano asociadas a los trámites, fortalecer el control social y el seguimiento a la implementación de las mejoras propuestas.							SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO A 30 DE AGOSTO DE 2020					
SUBCOMPONENTE	No.	ACTIVIDADES	META/PRODUCTO	FECHA			RESPONSABLES	Actividades realizadas al 30 de Agosto de 2020	% DE AVANCE	ANOTACIONES	No. Acción	EVIDENCIA
				INICIO	FINAL							
Priorización de tramites a racionalizar	1	Consultar a los usuarios mediante encuesta de los tramites inscritos y publicados en la pagina web de la institución, indicando cuales de ellos requieren mejoras orientadas a disminuir los tiempos de respuesta, los requisitos y documentos, los costos.	Encuesta diseñada y en consulta por pagina web y redes sociales. Resultados de encuesta aplicada	1/01/2020	31/01/2020		Planeación	Desde el 09 de enero 2020, se diseñó y se puso en consulta la encuesta de los trámites inscritos y publicados en la pagina web de la institución, indicando cuales de ellos requieren mejoras orientadas a disminuir los tiempos de respuesta, los requisitos y documentos, los costos; aplicándose tres encuestas cuyos resultados se anexan. No obstante, se adelantó una gestión adicional a la Gestión de datos de operación que propone la guía para racionalizar los tramites de la Función Pública, con las siguientes variables: (Número de solicitudes efectuadas en línea (uso de medios electrónicos) El Número de solicitudes efectuadas parcialmente en línea" El Número de solicitudes efectuadas de forma presencial" El Número total de solicitudes recibidas"). Si bien no hubo mayor participación en la encuesta, hizo parte de una estrategia adicional para el cumplimiento de esta actividad; la cual se cierra, pero se sugiere a la Oficina de Planeación diseñar, para la próxima vigencia, nuevas estrategias para lograr acercamiento al usuario y poder captar la información con un número de encuestas que permita la toma de decisiones sobre una muestra representativa.	De 80 a 100%	Actividad Cumplida	1	ACT 1
	2	Coordinar reunión con líderes de tramites con el fin de definir la estrategia de racionalización de tramites para la presente vigencia.	Acta de reunión	1/01/2020	31/01/2020		Planeación	El 21 de enero de 2020, se convocó por parte de la oficina de planeación a los líderes de cada uno de los tramites, servicios y otros procedimientos administrativos con el fin de definir la estrategia de racionalización de tramites para la vigencia. Ver acta suscrita de la citada reunión.	De 80 a 100%	Acción Cumplida	2	ACT 2

Racionalización de trámites	3	<p>Revisar los trámites institucionales inscritos en el SUII http://hospitalneiva.gov.co/atencion-ciudadano/tramites-hospital/ y realizar análisis respecto a las siguientes variables:</p> <p>1. Uso del trámite (Reportar de manera trimestral a la oficina de planeación por cada uno de los trámites los siguientes datos y el resultado por cada mes así) (enero- febrero – marzo- abril- mayo- junio- julio- agosto, septiembre- octubre- noviembre- diciembre):</p> <p>1.1 Número de solicitudes resueltas parcialmente en línea 1.2 Número de solicitudes resueltas de forma presencial 1.3 Número de PQRSD recibidas</p> <p>2. Identificar y gestionar mejoras a implementar si aplica dejando evidencia en actas de subcomité de autocontrol.</p> <p>3. Divulgar los trámites inscritos a través de los canales de comunicación institucional.</p>	<p>1. Reporte trimestral por cada trámite a la Oficina de planeación, según las variables definidas.</p> <p>2. Actas de autocontrol con el registro de la gestión realizada y seguimiento a misma.</p> <p>3. Evidencia de la divulgación de los trámites a través un canal de escucha para los usuarios en el servicio al que está adscrito el trámite (Carteretas, volantes entre otros).</p>	1/02/2020	31/12/2020					<p>Líder de cada uno de los trámites:</p> <p>Servicios ambulatorios: (Terapia (Examen de laboratorio clínico, Entrega de resultados de exámenes, Radiología e imágenes diagnósticas, Asignación de cita para la prestación de servicios en salud)</p> <p>Urgencias: (Atención Inicial de Urgencias)</p> <p>Servicio Farmacéutico: (Dispensación de medicamentos y dispositivo médicos)</p> <p>Sistemas de Información: Certificados de defunción Certificado de defunción</p> <p>Gestión Documental, SIAU: Historia Clínica</p>	<p>1. ESTADO EN EJECUCIÓN: Se realiza el reporte trimestral por cada trámite a la Oficina de planeación, según las variables definidas.</p> <p>2. ESTADO EN EJECUCIÓN: Se realiza seguimiento en las actas de autocontrol con el registro de la gestión realizada.</p> <p>3. ESTADO CUMPLIDO: Se realiza dispositivos donde se evidencia la divulgación de los trámites de certificados de nacido vivo y certificado de defunción y fue publicado en la página web institucional.</p>	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	3	ACT 3
-----------------------------	---	--	--	-----------	------------	--	--	--	--	---	---	-------------	---------------------------------	---	-----------------------

3. RENDICIÓN DE CUENTAS

PROPÓSITO: La rendición de cuentas es una expresión de control social que comprende acciones de petición de información y explicaciones, así como la evaluación de la gestión institucional.

SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO A 30 DE AGOSTO DE 2020

ELEMENTOS	No.	ACTIVIDADES	META/PRODUCTO	ETAPAS DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS					CUATRIMESTRE			FECHA		DEPENDENCIA RESPONSABLE	SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO A 30 DE AGOSTO DE 2020					
				APRESTAMIENTO	DISEÑO	PREPARACIÓN	EJECUCIÓN	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	1	2	3	INICIO	FINAL		Actividades realizadas al 30 de Agosto e 2020	% DE AVANCE	ANOTACIONES	No. Acción	EVIDENCIA	
Subcomponente 1 Información	1.1	Conformar el equipo Líder de la Rendición de Cuentas.	Equipo líder de la Rendición de cuentas conformado	x					x				1/01/2020	31/01/2020	Gerencia Planeación	Desde la vigencia anterior fue conformado el equipo que lidera la Rendición de cuentas en la institución y en comité MIPG del mes de noviembre de 2019, se definió la fecha de la Audiencia para la vigencia 2020 y también que continuaba el mismo equipo líder.	De 80 a 100%	Actividad cumplida	4	ACT 4
	1.2	Realizar autodiagnóstico para identificar el estado actual en Rendición de Cuentas	Autodiagnóstico de la Rendición de Cuentas	x					x				1/01/2020	28/02/2020	Planeación Equipo Líder	El 17 de febrero de 2020 se realizó reunión de logística con el equipo líder en la sala de juntas de la gerencia, en la que se definieron temas como: Convocatoria a la ciudadanía, rueda de prensa, informe (cartilla) de rendición de cuentas, lugar, fecha y hora del evento, definiéndose el 20 de marzo de 2020 en el recinto de la Asamblea Departamental del Huila como fecha definitiva. Se diseñaron y divulgaron por los canales de comunicación las siguientes piezas gráficas: 1 folleto de reglamento de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 1 tarjeta de invitación a color para Banner de página web 1 tarjeta formal de invitación física para personalidades 1 pauta gris para medios impresos 4 infografías para incentivar a la participación 1 afiche a color para medios virtuales y carteretas físicas. 1 infografía sobre el Plan Anticorrupción Para el diseño de la cartilla del informe de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas se realizó el siguiente registro fotográfico *Planeación: Presenta la realización del Auto Diagnóstico en la herramienta suministrada por el MIPG	De 80 a 100%	Actividad cumplida	5	ACT 5
	1.3	Consolidar el informe de gestión de la Institución vigencia 2019 y publicarlo en la página web institucional, Sección Rendición de Cuentas y demás canales institucionales que aplique.	1 Informe de gestión consolidado y publicado en la página web	x		x			x				2/01/2020	31/01/2020	Planeación	Se solicitó a las diferentes unidades la información para consolidar el informe de gestión de la Institución vigencia 2019 y se procedió a publicarlo en la página web institucional, Sección Rendición de Cuentas. Así mismo se consolidó un informe adicional con los logros más representativo vigencia 2012 - 2020. Ver informes vigencia 2019 y Vigencia 2012 - 2020	De 80 a 100%	Actividad cumplida	6	ACT 6
	1.4	Realizar avance cuatrimestral del desarrollo de los proyectos definidos para la vigencia y publicar informe en página web institucional	Un avance Cuatrimestral (Tres Avances)	x					x	x	x		30/04/2020	31/12/2020	Asesor de Gerencia	En la página web de la entidad, link https://hospitalneiva.gov.co/entidad/politicas-programas-y-proyectos/seguimiento-a-programas-y-proyectos-institucionales/ , se encuentra publicado el seguimiento del segundo cuatrimestre, para cada uno de los ocho (8) proyectos de inversión.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79% quedando pendiente de evaluar el corte a diciembre 31	7	ACT 7

	1,3	Presentar ante el comité de Gestión y Desempeño en forma semestral el informe relacionado con PQRSD y Satisfacción del Usuario.	Evidencia de la socialización ante el comité.	1/01/2020	31/12/2020	Atención al Usuario	Se solicitó a Planeación espacio para presentar el informe ante comité de MIPG, pero no se realizó comité. Está pendiente de programación acorde con la agenda Gerencial.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	23	ACT 23
2) Fortalecimiento de los canales de atención	2.1	Gestionar la posibilidad técnica de incluir dentro de la página web el Link del centro de relevo.	Link implementado en la página web de la institución de acuerdo a los análisis técnicos	1/01/2020	30/06/2020	Sistemas de Información Hospitalaria	Se realizó la solicitud al centro de relevo, con el fin de que pudiéramos disponer el Link dentro de la página web, solicitud que fue no admitida por parte del centro de relevo	De 80 a 100%	Actividad cumplida	24	ACT 24
	2.2	Ajustar el AU-IOU-M-001A MANUAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO DE LA E.S.E HUHMPI, incluyendo los lineamientos de Atención a Población LGTBI.	Documento ajustado y evidencia de la gestión para aprobación.	1/01/2020	1/05/2020	Atención al Usuario	Se revisó y actualizó el Manual de Atención al Ciudadano v4, incluyendo protocolo para atender población LGTBI. Este fue aprobado con resolución N° 583 de mayo 29 de 2020	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	25	ACT 25
	2.3	Reorientar al cliente interno (Servicios de cara al usuario) con el fin de implementar el Manual de Atención al ciudadano.	Listado de asistencia y evaluación de colaboradores asistentes a la socialización.	1/03/2020	31/12/2020	Atención al Usuario	Se socializó y evaluó el manual de Atención al Ciudadano V4 al personal del SIAU	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	26	ACT 26
	2.4	Hacer seguimiento a los mecanismos implementados para evaluar la consistencia de la información que se entrega al ciudadano a través de los diferentes canales de atención.	Un informe anual de evaluación de satisfacción del cliente corporativo de la vigencia anterior.	1er Trimestre del año	1er Trimestre del año	Mercadeo	Se elaboró y socializó por medio del Comité de MIPG el Informe de Satisfacción del Cliente Corporativo vigencia 2019.	De 80 a 100%	Actividad cumplida	27	ACT 27
Un informe anual de satisfacción de los proveedores			1/02/2020	30/11/2020	Suministros	La Oficina de Suministros presenta las 76 encuestas realizadas, aun no se genera el informe	0 a 59%	Actividad con avance esperado para el cuatrimestre, 59%	28	ACT 28	
			Un informe anual de satisfacción de estudiantes que se encuentran rotando por la institución y además un informe semestral de satisfacción de instituciones educativas, todo lo anterior con el objetivo de conocer la percepción respecto al proceso académico, instalaciones locativas y aspectos organizacionales al final de la rotación.	1/06/2020	30/12/2020	Educación Médica	Se elaboró el informe semestral reportados e el consolidado de las encuestas de satisfacción virtual que aplicaron las instituciones educativas que enviaron estudiantes durante el primer semestre del 2020, obteniéndose una satisfacción del 100% en el escenario de práctica. LINK DE ENVUESTA VIRTUAL https://forms.office.com/Pages/DesignPage.aspx?origin=hell&formid=17_kkdl3KEI-UICgB1-d8bgtM3UGFH50zLmNHSUOE1WUlyYDFW51yMDvYtTt1c50pMS4u&Preview=%7B%22PreviousTopView%22%3A%22None%22%7D&TopView=Preview	De 60 a 100%	Actividad Cumplida	29	ACT 29
3. Talento Humano	3.1	Fortalecer las competencias de los servidores públicos que atienden directamente a los ciudadanos a través de procesos de cualificación (Preparación necesaria para el desempeño de una actividad)	Dar continuidad a la gestión que permita certificar a los colaboradores de la institución en competencias tales como: Administración de medicamentos, Atención al usuario y control de infecciones.	1/03/2020	31/12/2020	Talento humano	Como avance y cumplimiento cuatrimestral para la vigencia 2020, la entidad ha continuado con la gestión para certificar a los colaboradores en competencias de Control de Infecciones, orientación a personas y administrar inmunobiología y control de acceso a áreas, certificando un total de 85 personas. La información está plasmada en el informe de Bienestar Laboral correspondiente al segundo cuatrimestre del 2020.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	30	ACT 30
	3.2	Gestionar actividades de educación continua de acuerdo a la normatividad vigente con el fin de fortalecer las competencias del personal asistencial que labora en la institución.	Evidencia de la gestión realizada ante los servicios solicitando las actividades de educación continua para la vigencia.	1/03/2020	30/12/2020	Educación Médica	En el mes de julio del 2020 se realizó gestión ante los servicios asistenciales a través del canal de comunicación correo institucional, solicitando las actividades de educación continua a desarrollar durante la vigencia	De 80 a 100%	Actividad cumplida	31	ACT 31
			Evidencia de la ejecución de las actividades de educación continua realizadas en la vigencia.	1/02/2020	30/12/2020	Educación Médica	La Oficina de Educación Médica ha gestionado y realizado capacitaciones presenciales y virtuales tendientes a fortalecer diferentes competencias del personal asistencial de la entidad, especialmente asociadas a la actual contingencia derivada del Covid 19.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	32	ACT 32
	3.3	Diseñar un plan anual de capacitación institucional y gestionar su aprobación donde se prioricen algunos de los siguientes temas: Gestión del Talento Humano, Integración Cultural, Relevancia internacional, Buen Gobierno, Contratación Pública, Cultura organizacional, Derechos Humanos, Gestión administrativa, Gestión de las tecnologías de la información, Gestión documental, Gestión Financiera, Gobierno en Línea, Innovación, Participación ciudadana, Servicio al ciudadano, Derecho de acceso a la información, día de servidor público y divulgarlo en la página web institucional.	1. Plan Institucional de Capacitación elaborado, aprobado y publicado en pag web institucional.	1/02/2020	1/12/2020	Talento humano	1er cuatrimestre: La oficina de Bienestar Laboral realizó, elaboró y presentó para la aprobación el PIC para la vigencia 2020. Adicionalmente, publicó a través de la Pag web institucional	De 80 a 100%	Actividad cumplida	33	ACT 33
2. Avance y ejecución del Plan de capacitación.			1/02/2020	1/12/2020	Talento humano	La oficina de Bienestar Laboral presenta el Segundo avance del cumplimiento del PIC de la entidad, el cual se encuentra en un 42% de cumplimiento. La información está plasmada en el Informe de Bienestar Laboral correspondiente al segundo cuatrimestre del 2020.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	34	ACT 34	
3.4	Recomendar a los funcionarios sujetos de evaluación del desempeño laboral para que suscriban dentro de las competencias de la vigencia 2020 la de "Orientación al usuario y al ciudadano", con el fin de contribuir en la satisfacción de las necesidades e intereses de los usuarios (internos y externos) y de los ciudadanos, de conformidad con las responsabilidades públicas asignadas a la entidad.	Recomendación por parte de la Oficina de Talento Humano a los servidores sujetos de evaluación.	1/01/2020	1/12/2020	Talento humano	A través de los canales de comunicación con los que cuenta la entidad, la oficina de Talento Humano realizó recomendación de la fijación de la competencia "Orientación al usuario y al ciudadano" para que fuera parte de la concertación en la vigencia 2020	De 80 a 100%	Actividad cumplida	35	ACT 35	
4.1	Capacitar y evaluar el personal encargado de recibir las peticiones. (Personal de radicación de correspondencia)	1. Evidencia de una capacitación semestral dirigida al personal del SIAU y personal de Correspondencia.	1/01/2020	31/12/2020	Atención al Usuario	Se capacitó al personal de Archivo y correspondencia, en proceso de PQRSD	0 a 59%	Actividad con avance esperado para el cuatrimestre, 59%. No se realizó la capacitación en el periodo a evaluar (MAYO-AGOSTO)	36	ACT 36	
		2. Evidencia de la medición de la adherencia del personal del SIAU y correspondencia, al proceso de PQRSD.	1/01/2020	31/12/2020	Atención al Usuario	Se evaluó al personal de Archivo y correspondencia, en proceso de PQRSD	0 a 59%	Actividad con avance esperado para el cuatrimestre, 59%. No se realizó la capacitación en el periodo a evaluar (MAYO-AGOSTO)	37	ACT 37	

4. Normativo y Procedimental	4.2	Establecer un Manual para la gestión, trámite y respuesta de las peticiones, quejas y reclamos	Manual para la gestión, trámite y respuesta a las peticiones, quejas y reclamos.	1/06/2020	31/12/2020	Atención al Usuario	Se elabora y presenta borrador del manual y se envía a Jurídica, con copia a control interno, para revisión y aportes.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	38	ACT 38
	4.3	Actualizar el normograma correspondiente al área, incluyendo Normas Externas e Internas, según novedades normativas y divulgarla a los colaboradores según alcance.	Normograma actualizado por área y reportado a la oficina jurídica para su depuración y consolidación. Evidencia de la divulgación de las normas según alcance y registro de las novedades en actas de subcomité de autocontrol Punto 3.6.1	1/01/2020	1/12/2020	Líderes de áreas funcionales Jurídica	Algunas dependencias mantienen actualizado en normograma de sus procesos, sin embargo, no se evidencia una consolidación de normas internas y externas	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	39	ACT 39
5. Relacionamiento con el ciudadano	5.1	Medir mensualmente la percepción de los ciudadanos respecto a la calidad y el servicio recibido, e informar los resultados, al nivel directivo con el fin de identificar oportunidades y acciones de mejora.	Aplicar encuestas mensualmente de Evaluación De La Satisfacción Del Usuario	1/01/2020	31/12/2020	Atención al Usuario	Mensualmente se aplican encuestas para medir la satisfacción de usuarios que hicieron uso de los servicios de la institución.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	40	ACT 40
			Generar un informe mensual de satisfacción y divulgarlo a los jefes de áreas, coordinadores y nivel directivo.	1/01/2020	31/12/2020	Atención al Usuario	Se elaboró y reportó el informe ejecutivo mensual de PQRSD y satisfacción de usuarios del mes de MAYO, JUNIO, JULIO Y AGOSTO	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	41	ACT 41
	5.2	Realizar una Publicación semestral en el NotiUsuarios, página web de los mecanismos de escucha. (1 en el primer semestre y la otra en el segundo semestre).	Evidencias de publicaciones , NotiUsuarios y Pagina WEB.	1/06/2020	31/12/2020	Atención al Usuario	Desde el primer semestre se ha venido enviando a comunicaciones artículos para ser publicado en noti usuarios, pero no se hizo la publicación de este boletín informativo.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	42	ACT 42
	5.3	Realizar tres (3) seguimientos al Proceso PQRSD de la Institución, dando cumplimiento al Numeral 3º de la Circular Externa N° 001 del 2011 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del orden nacional y territorial y según la ley de transparencia y acceso a la información pública.	Informe de Seguimiento cuatrimestral (3)	1/01/2019	31/12/2019	Oficina Asesora de Control Interno	* Informe de Auditoría del Proceso Trámite Derechos de Petición - 2do. Semestre de 2019, mediante ACI-231 del 6-05-2020. * Informe de Auditoría del Proceso Gestión y Trámite de PQRSF Internas - 2do. Semestre de 2019, mediante ACI-229 del 6-05-2020. * Informe de Auditoría del Proceso Gestión y Trámite de PQRSD SIAU - 2do. Semestre de 2019, mediante ACI-230 del 6-05-2020. * Informe de Auditoría del Proceso Gestión y Trámite de PQRSF Internas - 1er. Semestre de 2020, del 3-08-2020. * Informe de Auditoría del Proceso Gestión y Trámite de PQRSD SIAU - 2do. Semestre de 2019, del 18-08-2020.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	43	ACT 43
	5.4	5.4 Adelantar las investigaciones en caso de: 5.4.1 Incumplimiento a la respuesta de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos en los términos contemplados en la ley. 5.4.2 Quejas contra los servidores públicos de la Entidad.	5.4.1 Reportar a la Oficina de Control Interno Disciplinario los líderes que incumplan los tiempos de respuesta de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos en los términos contemplados en la ley y proceso establecido. 5.4.2 Adelantar el trámite correspondiente frente al incumplimiento a las respuestas de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos en los términos contemplados en la ley. 5.4.3 Evidencia de quejas instauradas en la oficina Control Interno Disciplinario y el trámite a seguir.	1/01/2020 1/01/2020	31/12/2020 31/12/2020	Atención al Usuario Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario	Se reportó a la oficina de Control Interno Disciplinario, los líderes que incumplan los tiempos de respuestas de las PQRSD La Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario conforme a lo establecido en esta actividad, en la cual se establece que la Oficina de Atención al Usuario deberá reportar a este Despacho los líderes que incumplan los términos establecidos por la Ley para dar respuesta de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos. Por lo cual para este segundo (2) seguimiento comprendido entre el mes de Mayo a Agosto de 2020, se reportó a este Despacho, tres (3) quejas mediante oficio remitido por parte de la Profesional Universitaria FRANCY ELENA ROJAS RODRÍGUEZ, las cuales fueron estudiadas y analizadas en el Comité de Quejas de la siguiente manera: 1. Comité de Quejas No. 007 del 06 de mayo de 2020, queja No. 015 suscrita por la Profesional Universitaria FRANCY ELENA ROJAS RODRÍGUEZ, por incumplimiento en los términos establecidos en la Ley para dar respuestas PQRSD, se ordenó apertura una Investigación Preliminar en averiguación de responsables bajo radicado No. 974 - 2020. 2. Comité de Quejas No. 013 del 30 de julio de 2020, queja No. 029 suscrita por la Profesional Universitaria FRANCY ELENA ROJAS RODRÍGUEZ, por incumplimiento en los términos establecidos en la Ley para dar respuestas PQRSD, se ordenó apertura una Investigación Preliminar en averiguación de responsables bajo radicado No. 982 - 2020. 3. Comité de Quejas No. 012 del 14 de agosto de 2020, queja No. 038 suscrita por la Profesional Universitaria FRANCY ELENA ROJAS RODRÍGUEZ, por incumplimiento en los términos establecidos en la Ley para dar respuestas PQRSD, se ordenó apertura una Investigación Disciplinaria en contra del señor LUIS CARLOS ALVAREZ MATOS bajo radicado No. 987 - 2020.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	44	ACT 44 ACT 45
5.5	Llevar un registro sistemático de las observaciones presentadas por las veedurías ciudadanas recepcionadas en la oficina de Atención al Usuario.	Evidencia de las observaciones presentadas por las veedurías en el SIAU.	1/01/2020	31/12/2020	Atención al Usuario	A partir de abril de 2020 NO se están realizando encuentros presenciales con las veedurías, por lo tanto se abrió la ventana de encuentros virtuales para canalizar hallazgos mediante correos electrónicos y/o reuniones virtuales.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	46	ACT 46	

5. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

PROPOSITO	El componente se enmarca en los lineamientos del primer objetivo del CONPEP 167 de 2013 "Estrategia para el mejoramiento del acceso y la calidad de la información pública", que tiene dentro de sus acciones la implementación de la Ley de Transparencia y Acceso a Información Pública Nacional 1712 de 2014. Este componente esta cargo de la Secretaría de Transparencia como entidad líder del diseño, promoción e implementación de la Política de Acceso a la Información Pública	SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO A 30 DE AGOSTO DE 2020
-----------	--	--

SUBCOMPONENTE	No.	ACTIVIDADES	META/PRODUCTO	FECHA		RESPONSABLE	Actividades realizadas a 30 de Agosto de 2020	% DE AVANCE	ANOTACIONES	No. Acción	EVIDENCIA
				INICIO	FINAL						
	1.1	Dar a conocer a los grupos de interes la información dispuesta en la pagina web a través de una infografía.	Una Infografía por Cuatrimestre divulgada en canales de comunicación	1/01/2020	31/12/2020	Mercadeo	Se diseñaron tres infografías con la información que los usuarios pueden encontrar en la página web. Dichas infografías se divulgaron por medio de las redes sociales Instagram, Facebook, Twitter y correo electrónico de comunicaciones, lo cual se puede evidenciar en los siguientes enlaces: www.hospitalneiva.gov.co www.hospitalneiva.gov.co www.facebook.com/huhmpn www.twitter.com/Huneiva www.instagram.com/hospital_universitario_neiva	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	47	ACT 47

1.Lineamientos Transparencia Activa
(Disponibilidad medios físicos y electrónico)

1.2	Actualizar la información de los tramites y otros procedimientos administrativos en el sistema unico de información de tramites SUIT, Según necesidad	Actualizar los tramites identificados e inscritos en el SUIT según necesidad. Evidencia de la actualización	1/01/2020	31/12/2020	Oficina de Planeación	Desde la oficina de Planeación se realiza monitoreo y registro de datos en la plataforma del SUIT de acuerdo al reporte realizado por cada líder de tramite, ver evidencias correspondientes al Segundo trimestre de la vigencia 2020.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	48	ACT 48
1.3	Realizar divulgación de las mejoras implementadas a los tramites que se han racionalizado "Examen de laboratorio clínico", "Terapia, Historia Clínica, radiología e imágenes diagnosticas, Asignación de cita para la prestación de servicios de salud".	Evidencia de la divulgación realizado por cada responsable del tramite	1/01/2020	31/12/2020	Laboratorio Servicios Ambulatorios Rehabilitación (Terapias) Gestión Documental SAU	En la pagina web de la institucion se realizó la publicación de la información de apertura de los servicios de consulta externa, el traslado de la consulta de farm y carguro a la casa donde funcionaba terapias ambulatorias y el laboratorio clínico continua el despacho de los resultados de laboratorio por medio de la pagina web en tramites suit, con un resultado bajo por la suspensión de la atención de pacientes ambulatorios desde el mes de marzo por pandemia Covid-19. Imagenología realiza por whatsapp la gestión de información al usuario de los tramites y tambien quedan en Suit. Es de anotar que el servicio de terapias ambulatorio quedo suspendido y solo se estan realizando las terapias intrahospitalarias.Anejo soportes de publicaciones. envio el link donde se publicó en el facebook: https://www.facebook.com/huhmpi/photos/a.904307053022490/2927807657339076/?type=3&theater	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	49	ACT 49
1.4	Publicar información contractual en SECOOP (Contratos)	100% de contratos de adquisición de bienes y servicios publicados en el SECOOP durante la vigencia fiscal. No Contratos publicados en SECOOP/ No. Contratos legalizados*100	1/01/2020	31/12/2020	Contratación	Resultado: 20 / 20 *100 = 100% En el periodo comprendido entre el 1 de mayo y 31 de agosto del año en curso, la ESE suscribió 20 contratos, los cuales se encuentran publicados en la plataforma del SECOOP 1, tal y como puede ser verificado en el vínculo de la plataforma: https://www.contratos.gov.co/consultas/inicioConsulta.do	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	50	ACT 50
1.5	Realizar monitoreo y seguimiento semestral al cumplimiento de la actualización e información cargada por los servidores al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP.	Dos Informes (un informe semestral al cumplimiento de la actualización de la información cargada por los servidores públicas al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP.	1/01/2020	31/12/2020	Talento Humano	1er cuatrimestre: Se realizará luego de la terminación de primer semestre de 2020 2do cuatrimestre: La oficina de Talento Humano realizó el informe del primer semestre de 2020, el cual se presenta en el segundo cuatrimestre de 2020.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	51	ACT 51
1.6	Realizar monitoreo y seguimiento semestral al cumplimiento de la actualización e información cargada por los contratista al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP.	Dos Informes (un informe semestral al cumplimiento de la actualización de la información cargada por los contratista al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP.	1/01/2020	31/12/2020	Contratación	Se realizó el primer monitoreo y seguimiento semestral al cumplimiento de la actualización e información cargada por los contratistas al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	52	ACT 52
1.7	Gestionar la Publicación de los contenidos propios de cada unidad, acorde a los lineamientos a la ley 1712 de 2014 y la Matriz de Cumplimiento V.3, diseñada por la Procuraduría General de la Nación.	Información Publicada en la web	1/01/2020	31/12/2020	Gerencia. Subgerencia Financiera, Subgerencia Administrativa, Subgerencia Técnica. Oficinas Asesoras (Planeación, Jurídica, Control Interno Oficina de Contratación Oficina de Talento Humano S.I.H	Sub. Admón Según concepto técnico de evaluación de fecha 18 de febrero de 2020 y acta No. 003 de 2020, Concejo Departamental de Archivo del Departamento del Huila, convalido las tablas de retención documental de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Se anexa certificado del 12 de Junio de 2020. Pendiente de proyectar acto administrativo, para que el Comité de Desempeño del Hospital, adopte las tablas de retención validadas y se puedan colgar en la página WEB. Sub Técnico científico En coordinación con el área de comunicaciones y con el apoyo de la oficina de educación médica, se llevaron a cabo diversas publicaciones relacionadas con actividades propias de esta unidad como son: jornadas de donación de Sangre, Capacitaciones live streaming a través de Facebook: Acceso a radioterapia, Socialización del protocolo de comunicación institucional para pacientes y familias en medio de la pandemia por COVID-19, Manual de disposición de cadáveres, Funcionamiento de la UC. Pediatría de la Torre Materno Infantil, Capacitación del personal de Laboratorio Covid, en tema de pruebas PCR para Covid, Traslado de la UCI Neonatal al primer piso de la Torre Materno Infantil, Celebración Jornada mundial de lactancia materna y Jornadas de promoción estilos de vida saludable y autocuidado S.I.H Se realizan las publicaciones solicitadas por los líderes de cada unidad funcional de forma mensual, estos registrados den la plataforma para gestionar solicitudes. CONTRATACION En el periodo comprendido entre el 1 de mayo y 31 de agosto del año en curso, la Oficina de Contratación publicó en la página web institucional, los contenidos propios de esta área, tal y como puede verificarse en los ítems No. 3,5 y 8 del siguiente vínculo: http://hospitalneiva.gov.co/atencion-al-ciudadano/transparencia/	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	53	ACT 53
1.8	Publicar la información remitida por el líder y coordinador de cada unidad funcional y gestionar la actualización técnica de la página web según lo establecido en la ley 1712 de 2014 y en la Matriz de Autodiagnóstico para el cumplimiento de la ley 1712 de 2014, diseñada por la Procuraduría General de la Nación.	Página web Institucional actualizada	1/01/2020	31/12/2020	Sistemas de Información	Se realizan las publicaciones solicitadas por los líderes de cada unidad funcional de forma mensual, estos registrados den la plataforma para gestionar solicitudes.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	54	ACT 54

	1,9	Realizar seguimiento al cumplimiento de la Matriz de Cumplimiento V.3 establecida por la Procuraduría General de la Nación, para el cumplimiento de la ley 1712 de 2014.	Generar tres (3) Informes de seguimiento cuatrimestral (Mayo (Corte a 30 de abril), Septiembre (Corte a 31 de agosto) Enero (Corte a 31 de diciembre)	Mayo (Corte a 30 de abril).	Enero (Corte a 31 de diciembre).	Oficina Asesora Control Interno	La Oficina de Control Interno realiza el Informe cuatrimestral de Seguimiento de la Matriz 1712, publicándolo en la página web y realizando análisis y reporte a la Gerencia: *Informe de Seguimiento con corte a 31 de Diciembre de 2019 *Informe de Seguimiento con Corte a 30 de Abril de 2020 Se está estructurando el informe de seguimiento con corte a agosto 31 de 2020	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	55	ACT 55
2. Lineamientos de Transparencia Pasiva (obligación de responder las solicitudes)	2,1	Gestionar la respuesta a las solicitudes de acceso a la información en los términos establecidos en la ley	Responder de forma oportuna el 100% de los requerimientos de información conforme a los términos establecidos en la ley. Proporción de requerimientos de información respondidos de forma oportuna	1/01/2020	31/12/2020	Atención al Usuario Talento Humano Jurídica	La oficina de Talento Humano respondió oportunamente los requerimientos de información conforme a los términos establecidos en la ley, como se puede evidenciar la publicación de la gestión en la Pag Web Institucional. Se adjunta link https://hospitalneiva.gov.co/pqrsd/ SIAU Mensualmente se mide indicador que evidencia el cumplimiento oportuna a las PQRSD.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	56	ACT 56
	2,2	Publicar Informe de Solicitudes de Información (Conforme a lo dispuesto en el Art. 52 Decreto 103 de 2015)	Informe consolidado cuatrimestral publicado	1/02/2020	31/12/2020	Oficina Asesora de Control Interno	La Oficina de Control Interno, hace la verificación de la publicación de los informes de Solicitudes de Información, en la página web del Hospital.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	57	ACT 57
3. Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información	3,1	Solicitar a cada unidad funcional la actualización de los activos de información. Una vez allegada la información consolidar y publicar en página web.	Solicitud de actualización de activos de información a líderes de unidades funcionales. Consolidado de activos y publicación en página web.	1/06/2020	1/12/2020	Sistemas de Información	Se realizan reuniones para el mejoramiento en cuanto al formato establecido para los activos de información de la institución.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	58	ACT 58
	3,2	Realizar la revisión de PLAN ESTRATEGICO DE TIC con el fin de determinar si se debe realizar actualización.	Evidencia de la realización de la revisión y/o actualización del PETIC (Acta donde se consigne la revisión y las conclusiones al mismo)	1/06/2020	31/12/2020	Sistemas de Información	La Oficina de Sistemas de Información viene adelantando la actualización del PETIC	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	59	ACT 59
	3,3	Actualizar el esquema de Publicación de Información	Esquema de Publicación de Información actualizado	1/06/2020	31/12/2020	Sistemas de Información	Se realizó la actualización de los esquemas para el mes de febrero; se publicó en la página web institucional.	De 80 a 100%	Actividad cumplida	60	ACT 60
4. Criterio diferencial de accesibilidad Facilitar que poblaciones específicas accedan a la información que las afecta	4,1	Gestionar la actualización de la página web institucional basado en los criterios de accesibilidad y las directrices de usabilidad	Gestión realizada para obtener los recursos necesarios	1/07/2020	31/12/2020	Sistemas de Información	La Oficina de Sistemas de Información elaboró los estudios previos para la contratación de la actualización de la página Web Institucional, contratación que se encuentra en trámite	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	61	ACT 61
	4,2	Diseñar y ejecutar tres actividades que impacten la accesibilidad física a los ciudadanos en su condición de discapacidad de acuerdo con la NTC 6047	Una estrategia diseñada e implementada.	1/01/2020	31/12/2020	Subgerencia Administrativa	En Subcomite de Autocontrol del mes de Febrero de la Subgerencia Administrativa se diseñaron las tres (3) actividades para atender el cumplimiento de lo exigido en la norma NTC 6047 así: 1.*Instalar barandas para discapacitados en los baños del 5 y 6 piso. Plazo: a Diciembre de 2020. Resultado Esperado: Barandas para discapacitados instaladas en todos los baños pisos 5 y 6. 2.*Instalar cintas antiderrapantes en los baños para discapacitados de los pisos 5 y 6. Plazo: A Diciembre de 2020. Resultado esperado: Cintas antiderrapantes en baños para discapacitados de los pisos 5 y 6. 3.Señalización en braille para cualquier intervención que se realice de señalización en el sótano y el primer piso. Diseño e instalación de la señalización en braille de las intervenciones realizadas en el sótano y 1er piso. Plazo: diciembre de 2020. A la fecha se está programando la ejecución de dichas actividades. Por la contingencia del Covid-19, no se han logrado ejecutar a la fecha las actividades, sólo se realizó al mes de Agosto el diseño de la señalización con lenguaje braille para el primer y el área de toma de muestras en la Torre Materno Infantil!	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	62	ACT 62
5. Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5,1	Elaborar un consolidado PQRSD de manera mensual que contenga como mínimo, la siguiente información: 1. El tema o asunto que origina la petición o la consulta. 2. Fecha de recepción o radicación. 3. Término para resolverla 4. Dependencia responsable del asunto 5. Fecha de respuesta 6. Número de oficina de respuesta Adicional se consolida en el mismo documento cuadro resumen con la siguiente información: 1.No. De solicitudes recibidas por la entidad 2.No. De solicitudes contestadas por la entidad dentro de los términos legales 3.No. De solicitudes contestadas por la entidad sin entregar la información solicitada 4. No. de solicitudes que ha contestado la entidad sin entregar la información solicitada por inexistencia de la misma Gestionar su publicación en la página web institucional, Sección Atención al Ciudadano, Menú Transparencia y Acceso a la Información Pública.	Reporte mensual (5 primeros días calendario) a SIAU con los criterios definidos y en el formato establecido. Consolidado Mensual de SIAU y las unidades que reportan (Talento Humano, Jurídica) de PQRSD los criterios definidos y evidencia de gestión de la publicación en la página web.	1/01/2020	31/12/2020	Talento Humano Jurídica Atención al Usuario	T.H 2do cuatrimestre: La Oficina de Talento Humano reportó durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2020, el consolidado de las PQRSD a la Oficina de SIAU. SIAU Mensualmente se publica en página web, botón de transparencia los consolidados de PQRSD de cada mes.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	63	ACT 63

6. INICIATIVAS ADICIONALES - CÓDIGO DE INTEGRIDAD

PROPOSITO	Guiar el comportamiento del servidor público, así mismo es una herramienta de cambio cultural que busca un cambio en las percepciones que tienen los servidores públicos sobre su trabajo, basado en el enaltecimiento, orgullo y vocación por su rol al servicio de los ciudadanos y en el entendimiento de la importancia que tiene su labor para el país y específicamente para la coyuntura actual; también busca cambio en los hábitos y comportamientos cotidianos de los servidores en su trabajo diario, basados en el fortalecimiento de su quehacer íntegro, eficiente y de calidad.	SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO a 30 DE AGOSTO DE 2020
-----------	--	--

SUBCOMPONENTE	No.	ACTIVIDADES	META/PRODUCTO	FECHA		RESPONSABLE	Actividades realizadas a 30 de Agosto de 2020	% DE AVANCE	ANOTACIONES	No. Acción	EVIDENCIA
				INICIO	FINAL						
	1	Liderar la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del plan de gestión de la integridad, y coordinar las diferentes actividades que en éste se establezcan.	Plan de Gestión de la integridad Formulado, ejecutado y con reporte del cumplimiento del plan a la oficina de control interno de manera cuatrimestral.	1/01/2020	31/12/2020	Talento Humano	2do cuatrimestre: La Oficina de Talento Humano presenta avance de cumplimiento en la Formulación del Plan de Gestión de la Integridad el cual fue aprobado por la Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional bajo el código GTM-TM-M-008	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	64	ACT 64
	2	Difundir los valores del código de integridad por medio de infografías, a los grupos de valor a través de los canales de comunicación institucional (redes sociales, correo electrónico institucional y otros canales de comunicación).	Infografías diseñadas y divulgadas a través de los canales de comunicación institucional a los diferentes grupos de valor ínteres de la institución.	1/02/2020	1/05/2020	Oficina de Mercadeo y Comunicaciones	Se diseñó presentación en PowerPoint y se divulgó por los canales de comunicación de la institución, cabe resaltar que la información se encuentra de manera permanente en la página web institucional.	De 80 a 100%	Actividad Cumplida	65	ACT 65

CÓDIGO DE INTEGRIDAD	3	Difundir a grupos de valor de la institución el código de buen gobierno y el código de integridad.	Evidencia de la divulgación el código de integridad y código de buen gobierno a los grupos de valor de la institución. La oficina de suministros realizará la divulgación a los proveedores una vez al año a través de correo electrónico. La oficina de Mercadeo realizará la divulgación a los Clientes Corporativos. La oficina de Talento Humano realizará la divulgación al cliente interno a través del correo electrónico. La oficina de SAU realizará la divulgación a la organización de participación constituida legalmente a través de correo electrónico y/o físico.	1/02/2020	30/12/2020	Talento Humano Contratación Suministros Educación Médica SAU	Mediante los correos electrónicos del cliente interno, la Oficina de Talento Humano divulgó el documento de Código de Integridad y Código de Buen Gobierno.	De 80 a 100%	Actividad con avance esperado para el cuatrimestre, 59%	66	ACT 66
	4	Realizar el seguimiento y el control a la implementación y a los avances de las actividades consignadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	Primer seguimiento: Con corte al 30 de abril. En esa medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de mayo. Segundo seguimiento: Con corte al 31 de agosto. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de septiembre. Tercer seguimiento: Con corte al 31 de diciembre. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero.	30/04/2020	31/12/2020	Oficina Asesora Control Interno	La Oficina de Control Interno realiza el Informe cuatrimestral de Seguimiento del PAAC, publicándolo en la página web y realizando análisis y reporte a la Gerencia: *Informe de Seguimiento con corte a 31 de Diciembre de 2019 publicado en Enero *Informe de Seguimiento con corte a 30 de Abril Publicado en Mayo Informe de Seguimiento al PAAC con corte a 31 de agosto de 2020, publicado en septiembre	De 60 a 79%	Actividad con avance del 79%	67	ACT 67
			Aplicar la prueba de percepción sobre integridad a los colaboradores de la institución, generar y socializar informe acerca de los resultados de este.	1/02/2020	31/12/2020	Oficina Asesora Control Interno	Se diseñó la herramienta para la percepción del código de integridad, la cual está pendiente de cargar al forms y aplicarla	De 60 a 79%		68	ACT 68
	5	Definir un cronograma en el cual se establezcan actividades que busquen sensibilizar a los colaboradores en prácticas de buen gobierno, declaración de conflictos de intereses	Cronograma elaborado y evidencia de la ejecución.	1/02/2020	31/12/2020	Control Interno Disciplinario	El Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario en cumplimiento de esta actividad, brinda unas capacitaciones sobre el CÓDIGO DE INTEGRIDAD de la Institución, CÓDIGO GENERAL DISCIPLINARIO (LEY 1852 DE 2019) y en las prácticas de un buen gobierno a los funcionarios de este Despacho.	De 60 a 79%	Actividad con avance esperado para el cuatrimestre, 59%	69	ACT 69
	6	Establecer un procedimiento para denunciar las conductas irregulares que puedan afectar los intereses de la entidad.	Procedimiento para denunciar las conductas irregulares que puedan afectar los intereses de la entidad.	1/02/2020	31/12/2020	Oficina Asesora Control Interno Oficina Asesora Control Interno Disciplinario SAU	SAU En junio se participó de reunión convocada por Control Interno para ejecución de responsabilidad. D.A.E.L.D El Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario en cumplimiento de esta actividad, acordaron entre la Oficina Asesora de Control Interno y SAU realizar una mesa de trabajo, donde la primera (1) mesa se llevo a cabo el 01 de junio de 2020 donde se establecieron unas tareas las cuales son las siguientes: 1. La Oficina de Control Interno enviara solicitud a la Gerencia de la entidad para la designación de Oficial de Transparencia. 2. Cada oficina analizara desde su rol, cuál es su intervención dentro de la recepción y trámite de denuncias. 3. La Oficina de Planeación orientara sobre que documentos es el idónea para incluir. 4. La Oficina de Control Interno enviara a los participantes de la mesa de trabajo, mediante correo electrónico los enlaces para referenciación con la página del ICBF, con el fin que estos se referencien. Se sugiere referenciación en página web de otras entidades. 5. La próxima reunión se adelantará el 09 de junio de 2020. En cumplimiento de las tareas asignadas, se realizaron las siguientes acciones: 1. La Oficina de Control Interno informo que envió Oficio a la Gerencia para la Asignación de un funcionario como Oficial de Transparencia, compromiso cumplido en junio 12 de 2020, mediante oficio con radicado N° 2020CS004421-1 y ACI-321. 2. La Oficina de Control Interno envió correo electrónico el 05/06/2020, anexando los enlaces para referenciación ICBI línea de denuncias. 3. Cada Oficina deberá presentar su análisis en la próxima reunión de cuál será su rol dentro de la recepción y trámite de denuncias. 4. Se está a la espera que se programe la próxima mesa de trabajo, previo cumplimiento de la asignación del Oficial de Transparencia por parte de la Dra. Constanza Sastoque – Gerente. Se está a la espera que Gerencia asigne el Oficial de Transparencia para realizar la siguiente Mesa de Trabajo y continuar con las tareas asignadas para avanzar con esta actividad.	De 60 a 79%	Actividad con desempeño del 79%	70	ACT 70

DR. MILLER LEON ROA
Jefe Oficina de Control Interno