

Armenia, 22 de enero de 2024.

**OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
E.S.E RED SALUD ARMENIA
INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL
CIUDADANO y AL MAPA DE RIESGOS
DEL TERCER CUATRIMESTRE DEL AÑO 2023.**

Introducción

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1474 de 2011 en sus artículos 73 al 76, los Decretos Reglamentarios, la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas 2020 Versión 5 del Departamento Administrativo de la función Pública y la Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción 2015 de la Presidencia de la República, y el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano formulado por la entidad para la Vigencia 2023, se elabora el presente informe de seguimiento y verificación del cumplimiento de las actividades ejecutadas, en el cuatrimestre Septiembre – diciembre de 2023, en desarrollo de dicho Plan.

Objetivo:

Verificar, el análisis y el seguimiento efectuado por parte de los responsables, a los avances y cumplimiento de las actividades formuladas en cada uno de los componentes del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano PAAC, encaminado al fortalecimiento de la confianza, transparencia y credibilidad ante los grupos de interés, para la Vigencia Septiembre – diciembre de 2023, de la Empresa Social del Estado Red Salud Armenia.

Alcance:

Evaluar el cumplimiento de las acciones adelantadas por la entidad en el tercer cuatrimestre de la vigencia 2023, (septiembre – diciembre), conforme con las actividades propuestas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano PAAC. Con el fin de lograr los objetivos específicos planteados así:

1. Promover el adecuado uso de los recursos en cumplimiento de las funciones de la ESE que facilite el control a las acciones de corrupción.

2. Institucionalizar en Red Salud Armenia ESE, las Prácticas de Buen Gobierno, la Ética, la Transparencia y la Lucha contra la Corrupción.

Criterios de la evaluación:

- Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano- PAAC, Red Salud Armenia Vigencia 2023, **RESOLUCIÓN N° 011 Enero 16 de 2023 - “Por medio del cual se Actualiza el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para Red Salud Armenia ESE 2023”**
- Decreto 2641 del 17 de diciembre de 2012.
- Ley 1474 de julio 12 de 2011.
- Decreto 124 de 2016.
- Ley 1712 de 2014.
- Decreto 103 de 2015.
- Decreto 3564 de 2015.
- La Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas 2020 Versión 5 del Departamento Administrativo de la función Pública y la Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción 2015 de la Presidencia de la Republica.

Metodología:

Para la elaboración de este informe, se revisaron las acciones ejecutadas en cuanto a la medición y análisis de controles de los mapas de riesgo de corrupción para el periodo septiembre-diciembre de la vigencia 2023, y el avance de las actividades propuestas en los demás componentes que conforman el Plan.

Las observaciones y recomendaciones descritas en este informe serán presentadas y comunicadas a cada uno de los responsables para su conocimiento y los ajustes a que haya lugar.

El informe del nivel de cumplimiento de las acciones formuladas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, es realizado por la Oficina de Control Interno, con base en los reportes de verificación efectuados por los Líderes de cada proceso, designados como responsables de implementar la Estrategia Anticorrupción en la Entidad.

Las evidencias documentales aportadas y los resultados del seguimiento realizado, se describen a continuación, detalladas por cada componente del “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano” – PAAC vigencia 2023.

Posteriormente, los resultados se consolidarán en una matriz, indicando el nivel de cumplimiento alcanzado en cada componente para el cuatrimestre evaluado, conforme con lo señalado en el documento Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas 2020 Versión 5 del Departamento Administrativo de la función Pública, Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Versión 2 y la Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción 2015 de la Presidencia de la República, el nivel de cumplimiento de las actividades del Plan, se medirá de acuerdo con el porcentaje de avance así:

De 0 - 59%	Rojo	Zona Baja
De 60 a 79%	Amarillo	Zona Media
De 80 a 100%	Verde	Zona Alta

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN:

1.) Primer componente: Gestión de riesgo de corrupción - mapa de Riesgos de corrupción:

Para el periodo septiembre - diciembre de la vigencia 2023, la entidad formuló mapa de riesgos de corrupción para los procesos o áreas de:

- 1) Direccionamiento y Gerencia
- 2) Gestión de la mejora continua
- 3) Gestión Jurídica
- 4) Gestión Talento Humano
- 5) Gestión de Atención a los usuarios
- 6) Gestión de Investigación en salud
- 7) Gestión docencia servicio
- 8) Gestión de la prestación de servicios de salud
- 9) Gestión Financiera
- 10) Gestión de las TIC
- 11) Gestión de Ambiente y Recursos Físicos
- 12) Gestión de la tecnología biomédica
- 13) Gestión de Control Interno
- 14) Gestión de Control Interno Disciplinario

PRIMER COMPONENTE: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Durante la vigencia se pudo evidenciar la ejecución de cada una de las actividades encaminadas al cumplimiento del componente, el cual permite identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción. Para la construcción del componente se revisaron los Mapas de riesgos con cada uno de los responsables los cuales fueron construidos en la vigencia anterior esto con el fin de determinar si estos identificaron los posibles riesgos que se pudieran presentar en la ESE y ajustarlos al documento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”, Versión 2. Adicionalmente se tuvo en cuenta las recomendaciones hechas por la oficina de Control Interno para la vigencia anterior.

Seguimiento 3 OCI				
Fecha seguimiento: 31-12-2023				
Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Componente No. 01: Gestión del Riesgo de Corrupción Mapas de Riesgo	Remitir a través de correo electrónico, la Política de administración del riesgo y el mapa de riesgos actualizado (incluidos riesgos de corrupción) con la herramienta para su seguimiento a los responsables de su tratamiento.	X	100%	A esta actividad se le dio cumplimiento en el primer cuatrimestre de 2023.
	Publicar en la página web institucional la Política de Administración del Riesgo	X	100%	Se publicó en la página WEB institucional la política de administración del riesgo el día 24 de enero, dándole así cumplimiento a esta actividad en el primer cuatrimestre de 2023.
	Actualizar el Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción existente.	X	100%	Se realizó la actualización del mapa de riesgos institucionales o de corrupción vigencia 2023 de forma participativa con cada uno de los líderes de los procesos a cargo incluyendo los riesgos de los procesos asistenciales.
	Elaborar el Mapa de Riesgos de Seguridad de la Información	X	100%	Se cumplió en el primer cuatrimestre 2023
	Realizar seguimiento a las acciones planteadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (Componente Gestión del Riesgo de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción)	X	100%	Se realiza seguimiento a las acciones planteadas en el tercer cuatrimestre Atendiendo la obligación de hacer visible la gestión pública en el cuatrimestre Septiembre - diciembre de 2023.

Recomendaciones mapa de riesgos de corrupción:

1. Determinar la naturaleza de los controles:

- ✓ Control preventivo: control accionado en la entrada del proceso y antes de que se realice la actividad originadora del riesgo, se busca establecer las condiciones que aseguren el resultado final esperado.
- ✓ Control detectivo: control accionado durante la ejecución del proceso. Estos controles detectan el riesgo, pero generan reprocesos.
- ✓ Control correctivo: control accionado en la salida del proceso y después de que se materializa el riesgo. Estos controles tienen costos implícitos.

2. Monitorear permanentemente la gestión del riesgo y la efectividad de los controles establecidos en cada uno de los procesos como **mecanismo de autocontrol**, brindando insumos importantes a la Oficina de Control Interno para poder verificar si los controles propuestos son eficaces o no.

En esta fase de Seguimiento se deberá:

- Garantizar que los controles son eficaces y eficientes.
- Obtener información adicional que permita mejorar la valoración del riesgo.
- Analizar y aprender lecciones a partir de los eventos, los cambios, las tendencias, los éxitos y los fracasos.
- Detectar cambios en el contexto interno y externo.
- Identificar riesgos emergentes.

Componente No. 02: Racionalización de Trámites

Seguimiento 3 OCI				
Fecha seguimiento: 31-12-2023				Observaciones
Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	
Componente No. 02: Racionalización de Tramites	Revisar y actualizar el inventario interno de trámites institucionales	X	100,00%	Se Actualizan los 4 trámites en la plataforma SUIT y se realizan mesas de trabajo para incentivar la racionalización de trámites, logrando en Diciembre proyectar un equipo de trabajo para el 2024.
	Actualizar los trámites inscritos en el SUIT	X	100,00%	
	Socializar con el cliente interno, los trámites aprobado en el SUIT	X	100,00%	
	Realizar automatización de los trámites aprobados en el SUIT	X	100,00%	
	Realizar seguimiento a las acciones planteadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (Componente Racionalización de Trámites)	X	100%	Se realiza seguimiento a las acciones planteadas en el tercer cuatrimestre Atendiendo la obligación de hacer visible la gestión pública en el cuatrimestre Septiembre - diciembre de 2023.

La política de **racionalización de tramites** tiene como objetivo facilitar al ciudadano el acceso a los procesos y otros procedimientos administrativos que brinda la administración pública, por lo que cada entidad debe implementar acciones normativas, administrativas o tecnológicas que tiendan a simplificar, estandarizar, eliminar, que mejoren la ejecución del mismo, todo lo anterior en el marco del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y a los requerimientos procedimentales y operacionales del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Es importante aclarar que el alcance de las alternativas de racionalización de trámites podrá variar dependiendo de algunos factores externos y restricciones de presupuesto, limitaciones de recursos humanos, restricciones normativas, entre otras

Durante la vigencia 2023 se realizaron actualizaciones en la plataforma SUIT, actualmente se tienen 4 trámites en el SUIT:

- ASIGNACIÓN DE CITA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD - Solicitud de cita para prestación de servicios en salud.
- CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN - Para expedir/solicitar certificado de defunción. Tramites que se encuentran enlazados con la página web de la entidad <https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/index.php?module=175>
- CERTIFICADO DE NACIDO VIVO - Certificado de nacido vivo.
- SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA - Para solicitar historias clínicas. La socialización se realizó mediante un video institucional.



Sistema
Único de
Información
de Trámites

INTERFAZ CON SUI

Mostrar registros por pagina Buscar:

TRÁMITE	DESCRIPCIÓN	LINK SUI
ASIGNACIÓN DE CITA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD	Solicitud de cita para prestación de servicios en salud	Ver en SUI
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	Para expedir/solicitar certificado de defunción	Ver en SUI
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	Certificado de nacido vivo	Ver en SUI
SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA	Para solicitar historias clínicas	Ver en SUI

Mostrando pagina 1 de 1 << < 1 > >>

Pagina web de la entidad:
<https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/index.php?module=175>

Recomendaciones racionalización de trámites:

1. Es de suma importancia que el o los responsable del **componente No 02 Racionalización de tramites** den cumplimiento a la Política de Racionalización de Trámites, y realicen el respectivo seguimiento a las acciones a desarrollar, con el objeto de tener claridad sobre la medición de los avances realizados en el periodo, donde se pueda observar claramente

la identificación y elaboración del inventario interno de los trámites institucionales, e implementar acciones que conlleven al mejoramiento continuo de los servicios prestados por la E.S.E. garantizando transparencia y eficacia, así mismo, este responsable debe elaborar todo el proceso, planear los objetivos y estrategias de acuerdo con los lineamientos normativos y administrativos; así como los requerimientos de los clientes y usuarios.

- **Hacer**, corresponde a la ejecución de lo planeado.
 - **Verificar**, se comprueba la ejecución de lo planeado, se realiza seguimiento a lo implementado, medición y evaluación de los resultados.
 - **Actuar**, definir acciones de mejoramiento, se corrigen problemas identificados, se estandarizan las modificaciones, se monitorea y se generan las mejoras.
2. Implementar acciones normativas, administrativas o tecnológicas que tiendan a simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar los trámites existentes, que sean operantes, dichas acciones o medidas de carácter legal deberán estar encaminadas para mejorar los trámites, asociadas a la modificación, actualización o emisión de normas, entre ellos:
- Eliminación de trámites
 - Eliminación por norma
 - Traslado de competencia otra entidad
 - Fusión de trámites
 - Eliminación o reducción de requisitos por disposición legal.
3. Implementar Acciones o medidas de mejora (racionalización) que impliquen la revisión, reingeniería, optimización, actualización, reducción, ampliación o supresión de actividades de los procesos y procedimientos asociados al trámite u otros procedimientos administrativos, tener en cuenta los más destacados como:
- Reducción de tiempo de duración del trámite.
 - Extensión de horarios de atención.
 - Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano
 - Ampliación de puntos de atención.
 - Reducción de pasos para el ciudadano.
 - Ampliación de canales de obtención del resultado.
 - Estandarización de trámites o formularios: Supone establecer trámites o formularios equivalentes frente a pretensiones similares que pueda presentar una persona ante diferentes autoridades.
 - Optimización de los procesos o procedimientos internos asociados al trámite.

Socializar ampliamente los trámites implementados con la comunidad en general, donde tengan claridad de los pasos a seguir en cada uno de ellos, realizar seguimientos a la operatividad de cada uno para los respectivos ajustes.

Componente No. 03: Rendición de Cuentas

Seguimiento 3 OCI				
Fecha seguimiento: 31-12-2023				
Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Componente No. 03: Rendición de Cuentas	Publicar en la página web el informe de Gestión de la vigencia 2022.	X	100%	A esa actividad se le dio cumplimiento en el primer cuatrimestre de 2023.
	Reportar a la Superintendencia Nacional de Salud, la fecha de programación y lugar de la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas, de la vigencia anterior.	X	100%	A esta actividad se le dio cumplimiento en el primer cuatrimestre de 2023.
	Publicar en la página web institucional, la fecha de programación y lugar de la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas.	X	100%	A esta actividad se le dio cumplimiento en el primer cuatrimestre de 2023.
	Realizar convocatoria a la audiencia pública de rendición de cuentas a través de página web y todos los canales de comunicación de la ESE.	X	100%	A esta actividad se le dio cumplimiento en el primer cuatrimestre de 2023.
	Difundir en la página web institucional, el informe que se rendirá a la ciudadanía, en la audiencia pública de rendición de cuentas.	X	100%	A esta actividad se le dio cumplimiento en el primer cuatrimestre de 2023.
	Promover el diálogo con los ciudadanos a través de 2 reuniones realizadas por el Gerente, una con los usuarios y otra con las instituciones educativas con las que se tenga Convenio Docencia Servicio.	X	100%	A esta actividad se le dio cumplimiento en el primer cuatrimestre de 2023.
	Llevar a cabo la audiencia pública de rendición de cuentas	X	100%	A esta actividad se le dio cumplimiento en el segundo cuatrimestre de 2023
	Elaborar y aplicar las encuestas de la Rendición Pública de Cuentas	X	100%	A esta actividad se le dio cumplimiento en el segundo cuatrimestre de 2023
	Publicar en la página web institucional el acta de realización de la audiencia pública de rendición de cuentas.	X	100%	A esta actividad se le dio cumplimiento en el segundo cuatrimestre de 2023
Realizar seguimiento a las acciones planteadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (Componente Rendición de Cuentas)	X	100%	Se realiza seguimiento a las acciones planteadas en el tercer cuatrimestre atendiendo la obligación de hacer visible la gestión pública en el cuatrimestre Septiembre - diciembre de 2023.	

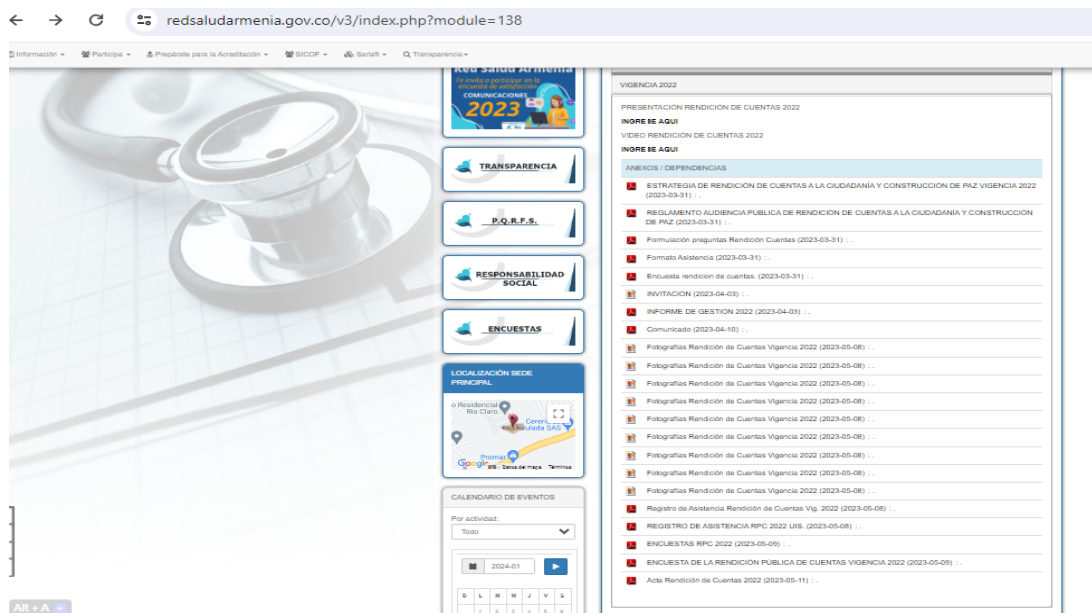
Recomendaciones rendición de cuentas:

Evaluación interna y externa del proceso de rendición de cuentas:

1. Dar cumplimiento a la ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA Y CONSTRUCCIÓN DE PAZ para la vigencia: Es así como Red Salud Armenia ESE, comprometida con la transparencia y la participación ciudadana, presenta su estrategia de rendición de cuentas con enfoque basado en derechos humanos y paz y lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión –(MIPG) para la vigencia, la cual busca crear espacios que permitan a los grupos de interés acercarse a la gestión institucional y misional de la entidad.
2. IDENTIFICACIÓN DEL NIVEL ACTUAL DEL CONTEXTO ORGANIZACIONAL FRENTE AL PROCESO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA: ESPACIOS DE DIÁLOGO, RENDICIÓN DE CUENTAS (ANÁLISIS DOFA): La identificación del estado actual en Rendición de Cuentas de la ESE, es un balance interno del proceso que se constituye en la línea base, ya que permite evaluar el ejercicio realizado por la entidad durante la vigencia anterior en materia de Rendición de Cuentas, identificando fortalezas, retos y aspectos a mejorar en el nuevo ciclo. El punto de partida del proceso de Rendición de Cuentas incluye la identificación de recursos, experiencias, requerimientos, limitaciones y fortalezas, así como la evaluación de la situación actual del ejercicio. Con este punto inicial se garantiza la Rendición de Cuentas como un proceso de aprendizaje sucesivo y permanente.
3. IDENTIFICACIÓN DEL RETO DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS (AUTOEVALUACIÓN): Comprende la realización del autodiagnóstico del proceso de Rendición de Cuentas, con la herramienta establecida por MIPG, para determinar el estado actual y avance en los procesos.
4. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE EN EL PROCESO DE RENDICIÓN DE CUENTAS: El seguimiento y la evaluación de la estrategia de Rendición de Cuentas son transversales, inicia y finaliza con la elaboración del auto diagnóstico, ya que este brinda las bases para definir los indicadores y evidenciar el avance en la entidad.
5. INDICADORES PARA LA RENDICIÓN DE CUENTAS CON ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS Y PAZ: Red Salud Armenia ESE utiliza aquellos indicadores que le permitan medir el cumplimiento de los objetivos trazados en su estrategia, para Cuantificar el impacto de las acciones de rendición de cuentas para divulgarlos a la ciudadanía.

Se cuentan con las respectivas evidencias publicadas en la página web de la entidad:

<https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/index.php?module=138>



REGLAMENTO AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA Y CONSTRUCCIÓN DE PAZ (2023-03-31) : REGLAMENTO AUDIENCIA RENDICION DE CUENTAS 2022.

ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA Y CONSTRUCCIÓN DE PAZ VIGENCIA 2022 (2023-03-31) : ESTRATEGIA RENDICION DE CUENTAS 2022.

INFORME DE GESTION 2022 (2023-04-03) : INFORME DE GESTION 2022.

INVITACIÓN (2023-04-03) : INVITACIÓN 2022.

Comunicado (2023-04-10) : COMUNICADO PARA LA AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA Y CONSTRUCCIÓN DE PAZ VIGENCIA 2022.

ENCUESTAS RPC 2022 (2023-05-09) :
ENCUESTA DE LA RENDICIÓN PÚBLICA DE CUENTAS VIGENCIA 2022 (2023-05-09) :
ENCUESTA DE LA RENDICIÓN PÚBLICA DE CUENTAS VIGENCIA 2022.

Registro de Asistencia Rendición de Cuentas Vig. 2022 (2023-05-08) : Registro de Asistencia Rendición de Cuentas vigencia 2022.

Encuesta rendición de cuentas. (2023-03-31): Formulación de preguntas audiencia pública de rendición de cuentas 2022.

PRESENTACIÓN RENDICIÓN DE CUENTAS 2022
VIDEO RENDICIÓN DE CUENTAS 2022

Acta Rendición de Cuentas 2022 (2023-05-11) : Acta Rendición de Cuentas 2022.

Componente No. 04: mecanismos para mejorar la atención al ciudadano:

La Institución cuenta con un mecanismo de participación ciudadana con el objetivo de constituir los espacios de participación con la comunidad brindando una adecuada atención al Ciudadano, garantizando la pronta respuesta a los requerimientos, peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones (PQRSF) en el marco del cumplimiento de los principios Constitucionales.

La entidad dispone de una Oficina de Atención al Usuario (SIAU), la cual depende de la Subgerencia Científica y funciona con tres (3) personas, 2 vinculadas mediante contrato de prestación de servicios, y una persona vinculada por provisionalidad (auxiliar administrativa, una profesional Líder de Oficina y una profesional en Trabajo Social), quien apoya actividades de la Oficina y realiza la atención de consulta en los diferentes servicios y programas de la entidad.

Seguimiento 3 OCI				
Fecha seguimiento: 31-12-2023				
Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Componente No. 04: Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano	Medir la percepción de la satisfacción de los usuarios en los diferentes servicios, a través de la aplicación de encuestas de satisfacción.	x	100%	Se realizaron 623 encuestas distribuidas en todos los centros de atención, De acuerdo a los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas, se determina que la satisfacción del servicio en general de Red Salud Armenia ESE, se ubicó en un 98% en el cuarto trimestre de la vigencia 2023.
	Presentar el resultado trimestral de las encuestas de satisfacción en el Comité de Atención Centrada en el Usuario.	x	100%	Los resultados serán presentados en el comité de Atención Centrada en el usuario y familia, el próximo comité el día 18 de enero de 2024 en la sala de juntas de la Unidad Intermedia del Sur.
	Realizar apertura de buzones una vez a la semana en todos los puntos de atención.	x	100%	Se realiza apertura a los buzones de PQRSF, 2 veces a la semana los días martes y viernes a los centros de salud y en la UIS, el día miércoles al centro de salud del Caimo. Las actas de apertura, reposan en la oficina del SIAU.
	Diligenciar Matriz AP-AU-FO-003 Recepción e Informe PQRSF.	x	100%	Se evidencia que la Matriz Recepción e Informe PQRSF AP-AU-FO-003, y la MI-AU-FO-003 Recepción e Informe PQRSF mediante la cual se le realiza seguimiento al trámite oportuno de las PQRS, se encuentra actualizada.
	Elaborar y presentar informe mensual de PQRSF, al Comité de Ética.	x	100%	Durante el período Septiembre- Diciembre de 2023, realizaron tres reuniones en el mes de sept, oct, nov, pendiente esta por realizarse la del mes de diciembre que se realiza venciada en el mes de enero de 2024. Ante el Comité de Ética el informe de las PQRSF fue presentado en cada mes realizada la reunión.
	Socializar en todas las áreas y servicios de la ESE, el plegable de derechos y deberes de los usuarios.	x	100,00%	Se han realizado 1056 socializaciones este caso desde SEPTIEMBRE - DICIEMBRE de 2023, entre clientes internos y externos capacitados en el tema de derechos y deberes. La evidencia de registro de asistencia reposa en la oficina del SIAU Y LA DTA, Archivo físico.
	Realizar seguimiento a las acciones planteadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (Componente Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano)	x	100%	Se realiza seguimiento a las acciones planteadas en el tercer cuatrimestre Atendiendo la obligación de hacer visible la gestión pública en el cuatrimestre Septiembre - diciembre de 2023.

Recomendaciones para mejorar la atención al ciudadano:

- ✓ Revisado el proceso de PQRSF, se evidencia que durante toda la vigencia 2023, los motivos que generan mayor cantidad de quejas se encuentran la atención al usuario brindada por auxiliares y profesionales, de igual forma los usuarios se quejan de la dificultad para acceder a la asignación de citas y citas mal agendadas, por lo que se recomienda, realizar una revisión minuciosa para determinar las causas que están ocasionando tanta inconformidad en los usuarios y establecer acciones de mejora.
 - ✓ Así mismo, revisar las obligaciones contractuales con el proveedor que tiene a su cargo el proceso de facturación, con el objetivo que se revisen los canales de atención con los que cuenta la entidad y realicen los ajustes y correcciones necesarias en pro de buscar la satisfacción de los usuarios en la asignación de las citas.
 - ✓ En cuanto a la oportunidad en las respuestas, es de resaltar que esta se encuentra en el tiempo promedio de 5 días, sin embargo, se sugiere hacer revisión de las respuestas de fondo que logren dar respuesta satisfactoria a las solicitudes y quejas de los usuarios, e implementar un mecanismo de retroalimentación con los usuarios frente a las respuestas.
 - ✓ Es de destacar las 260 felicitaciones recibidas durante el segundo semestre las cuales aumentaron respecto del primer semestre con 72, ya que pese a la inconformidad que refieren algunos usuarios con ciertos servicios recibidos, también manifiestan expresiones de satisfacción, complacencia y agrado en ciertas atenciones brindadas por parte de Red Salud Armenia ESE.
 - ✓ Acerca de la medición sobre la satisfacción por los servicios prestados, se dio cumplimiento respecto a la meta establecida en cuanto a la aplicación de 623 encuestas distribuidas en todos los centros de atención, De acuerdo a los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas, se determina que la satisfacción del servicio en general de Red Salud Armenia ESE, se ubicó en un 98% en el cuarto trimestre de la vigencia 2023.
 - ✓ Durante el periodo Septiembre- Diciembre de 2023, realizaron 4 reuniones en el mes de sept, oct, nov, Dic. Y se presentó ante el Comité de Ética el informe de las PQRSF.
 - ✓ Durante el seguimiento en el tercer cuatrimestre 2023 del Componente No. 04: Se han realizado 1056 socializaciones este caso desde SEPTIEMBRE - DICIEMBRE de 2023, entre clientes internos y externos capacitados en el tema de derechos y deberes. La evidencia de registro de asistencia reposa en la oficina del SIAU Y LA DTA , Archivo físico.
1. Fortalecer de los canales de atención:
- Implementar instrumentos y herramientas para garantizar la accesibilidad a la página web de la entidad.

- Implementar sistemas de información que faciliten la gestión y trazabilidad de los requerimientos de los ciudadanos.
 - Implementar nuevos canales de atención de acuerdo con las características y necesidades de los ciudadanos para garantizar cobertura, en el caso de **asignación de citas**.
2. Formular acciones para fortalecer el talento humano en materia de sensibilización, cualificación, vocación de servicio y gestión.
 3. Se recomienda continuar para la vigencia 2024, la socialización en todas las áreas y servicios de la ESE, el plegable de derechos y deberes de los usuarios estableciendo un cronograma de socialización y un seguimiento adecuado al mismo con las evidencias correspondientes.
 4. Formular acciones para asegurar su cumplimiento normativo, en temas de tratamiento de datos personales, acceso a la información, Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y felicitaciones (PQRSF).

Componente No. 05: mecanismos para la transparencia y acceso a la información

Seguimiento 3 OCI				
Fecha seguimiento: 31-12-2023				Observaciones
Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	
Componente No. 05: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información	Elaborar y ejecutar Plan de Acción, para dar cumplimiento a la Ley 1712 de 2014.	X	100%	Actividad ya cumplida en el segundo cuatrimestre
	Diligenciamiento y cargue Matriz de Cumplimiento de Transparencia Activa de la Ley 1712 de 2014.	X	100%	Actividad ya cumplida en el segundo cuatrimestre
	Realizar seguimiento a las acciones planteadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (Componente Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información)	X	100%	Se realiza seguimiento a las acciones planteadas en el tercer cuatrimestre Atendiendo la obligación de hacer visible la gestión pública en el cuatrimestre Septiembre - diciembre de 2023.

En cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 de Transparencia y del derecho de acceso a la información pública Nacional, Red Salud Armenia E.S.E., cuenta en su página web con el Link Transparencia y acceso a la información pública <https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/>

Visibilización: Atendiendo la obligación de hacer visible la gestión pública, en el cuatrimestre septiembre – diciembre del 2023 la Oficina de Control Interno elaboró y publicó los siguientes informes:

- Reporte Evaluación Control Interno Contable –CHIP (Contaduría General de la Nación).
- Seguimiento Mapas de Riesgo.
- Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.
- Seguimiento y publicación de avances de los planes de Mejoramiento Contraloría Municipal.
- Seguimiento y publicación de avances de los planes de Mejora internos de gestión.
- Seguimiento a la adopción e implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG.
- Consolidación del Informe de Austeridad en el Gasto Público.
- Informe de seguimiento al trámite de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias primer y segundo semestre 2023.
- Seguimiento al SIA OBSERVA – SECOP
- Seguimiento al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público "SIGEP", incluye declaración de bienes y rentas
- Seguimiento a los procesos de conciliación jurídica y defensa judicial
- Rendición Electrónica de la Cuenta 2022 (formatos habilitados e informes complementarios - plataforma SIA CONTRALORIA)

Recomendaciones Generales:

1. Promocionar y divulgar del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano dentro de su estrategia de rendición de cuentas.
2. Elaborar el PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA – PTEP.
3. Con respecto al código de ética y buen gobierno, la entidad cuenta con las políticas institucionales, adoptado mediante Resolución N° 305 de octubre 13 de 2021 versión 2 Del Código De Ética Y Buen Gobierno De Red Salud Armenia ESE.

4. Se sugiere para la vigencia 2024 implementar la metodología establecida en la guía de administración de riesgos del Departamento Administrativo de la función pública, Matriz de Riesgos Operativos y Matriz de Riesgos de Corrupción e incluir los riesgos de tipo fiscal, al igual que implementar el mapa de riesgos de seguridad de la información.

Después de la publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, durante el respectivo año de vigencia, se podrán realizar los ajustes y las modificaciones necesarias orientadas a mejorarlo, los cambios introducidos deberán ser motivados, justificados e informados a la oficina de control interno, los servidores públicos y los ciudadanos; se dejarán por escrito y se publicarán en la página web de la entidad.

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONALES O DE CORRUPCIÓN:

Macroproceso: Estratégico

Proceso: Direccionamiento y Gerencia:

OBJETIVO: Definir la proyección organizacional a través de las organizaciones y lineamientos pertinentes que permitan operativizar el desarrollo de las actividades propias de Red Salud Armenia ESE, con el fin de garantizar el cumplimiento de la visión con el uso óptimo y eficiente de los recursos. Orientar la acción de los colaboradores para administrar el riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva y reporte de información.

Área asociada: Planeación

Riesgo: Planes institucionales adoptados sin seguimiento en la ejecución de metas

Medición: 100%

Observaciones / análisis: Se realizó la solicitud del seguimiento a cada uno de los responsables. El Plan de Desarrollo para la vigencia 2023 de Red Salud Armenia E.S.E. fue aprobado por la Junta Directiva a través del Acuerdo No. 02 del 27 de febrero de 2023. el cual consta de 7 Líneas Estratégicas. Las líneas de acción se desagregan en Planes Operativos Anuales (POA), y a su vez en los Planes de acción, los cuales detallan las actividades y/o tareas a realizar por cada área o servicio de la entidad en el año, es a través de este instrumento que se hace seguimiento al Plan de Desarrollo. Para el tercer trimestre del año 2023, se obtuvo un cumplimiento de 19.21%, frente a un programado de 20.25%, lo que significa que hubo una diferencia porcentual negativa de -1.04%. Lo anterior dado que no se

cumplió con el porcentaje de cumplimiento en la línea estratégica prestación de servicios de salud basado en el modelo de atención institucional componente: Fortalecimiento de la prestación del servicio (proporción de gestantes con tamización de sífilis) línea estratégica Red Salud sostenible y eficiente en su componente Gestión financiera y administrativa (Radicación oportuna de los servicios prestados por evento a las diferentes EAPB) y en la línea estratégica la investigación en salud, como aporte al bienestar de la humanidad componente POA Gestión de proyectos de investigación clínica con un porcentaje acumulado hasta el tercer trimestre de 67,5 % de 68.58% programado. quedando pendiente el seguimiento del cuarto trimestre el cual se realizará en el mes de enero de 2024.

Área asociada: Mercadeo

Riesgo: No legalización de los contratos oportunamente con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

Medición: 100%

Observaciones / análisis: Durante el periodo de Septiembre a Diciembre no se realizó firmas de contratos, por revisiones de las minutas.

Proceso: Gestión de la Mejora Continua

OBJETIVO: Definir mecanismos para la planificación, implementación, mantenimiento y mejoramiento del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la ESE, mejorando la eficacia, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios y la satisfacción de las necesidades de las partes interesadas.

Área asociada: Mejora Continua

Riesgo: Reportes inoportunos de indicadores al Ministerio.

Medición: 100%

Observaciones: 31 de diciembre de 2023 Se realiza revisión de los datos que conformar los indicadores de reporte, no se identifican desviaciones en la generación de la información. Se anexa el cargue al ministerio.



Proceso: Gestión Jurídica:

OBJETIVO: Asesorar al gerente y a los diferentes actores que conforman la ESE en asuntos jurídicos, gestionando los procesos judiciales, extrajudiciales, contractuales y administrativos velando por preservar los intereses de la entidad.

Área asociada: Jurídica

Riesgo: Vencimiento de los términos en la contestación de las demandas.

Medición: 100%

Observación: TOTAL 86 PROCESOS JUDICIALES:

Clasificados de la siguiente manera:

34- Acción de nulidad y restablecimiento del derecho

27- Acción de reparación directa

3- Acciones de Repetición

22 - Procesos Inactivos Pendiente Tramite Ante el Fondo de Pensiones

Evidencias: Contrato P.S 047/2023 Integral Jurídico SAS Interventoría 2-pago abril-diciembre, cuadro Excel procesos Judiciales, Informe IV trimestre 2023, análisis y certificación I trimestre 2023.

Área asociada: Contratación

Riesgo:

1. Idoneidad en la escogencia del contratista.
2. Publicación extemporánea de la contratación realizada por la entidad.

Medición:

1. 100%
2. 100%

Observación:

1. Revisión de documentación, perfil e identidad del contratista con el formato de hoja de ruta.
2. Relación de contratos de la vigencia:

TERCER CUATRIMESTRE Relación contratos:

Orden

de compra No 4

Orden de servicios No 3

Prestación



de Servicios No 29

Compraventa

No 5

Arrendamiento No 0

Suministro:

6

Contrato Seguros:

0

Consultoría : 1

TOTAL:

48

pantallazos

publicados en el SECOP 2 -(documento pdf)

Proceso: Gestión de Talento Humano

OBJETIVO: Garantizar y mantener el Talento Humano más competente del sector, comprometido, con un clima laboral adecuado, satisfecho y humanizado

Área asociada: Talento Humano

Riesgo: Falta de inducción y reintroducción al personal de la institución.

Medición: 100%

Observación: Se evidencia en la oficina de talento humano los registros, fotográficos de las Inducciones realizadas y las encuestas de satisfacción diligenciadas por los participantes a dichas inducciones. "formatos autorización ingreso a terceros" y se maneja el mismo procedimiento para los nombramientos de planta, se ha realizado inducción durante el tercer trimestre del 2023 . con una participación de (37) colaboradores. En el mes de septiembre del 2023, se realizó la Inducción Presencial, con la participación de 16 nuevos colaboradores. El 27 de Octubre del 2023, se realizó las Jornada de inducción con la participación de 13 colaboradores nuevos . y para el 24 de noviembre se realizó la inducción con la participación de 8 colaboradores. En el EPM se hace el seguimiento en conjunto con los responsables de recurso humano de los terceros con el fin de evaluar la adherencia al programa de inducción y reintroducción. El proceso de Inducción para la vigencia 2023, se realizó de acuerdo al cronograma establecido para la vigencia.

Área asociada: SG – SST

Riesgo: Sanciones y demandas laborales

Medición: 100%

Observación: Para los meses Septiembre, octubre, noviembre y diciembre se cumplió con el 100% de actividades del plan de trabajo anual. Se cumplió con el plan de capacitaciones.

Macroproceso: Misional

Proceso: Gestión de Atención al usuario

OBJETIVO: Garantizar que desde la oficina del SIAU se pueda informar y orientar adecuadamente a los usuarios permitiendo el acceso a los servicios de salud con calidad, calidez y oportunidad. Igualmente se debe garantizar que se dé trámite y se ofrezca respuesta oportuna a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones que sean de competencia de Red Salud, formuladas por los usuarios y sus familias y partes interesadas de conformidad con la normatividad.

Área asociada: Sistema de Información y Atención al Usuario

Riesgo: Vencimiento del término de las respuestas a las PQRSD

Medición: 100%

Observación: Se evidencia que la Matriz Recepción e Informe PQRSD AP-AU-FO-003, mediante la cual se le realiza seguimiento al trámite oportuno de las PQRS, se encuentra actualizada y los términos de respuesta se están dando de manera oportuna, con en el cuatrimestre se tuvo una oportunidad de respuesta de 8 días.

Para el segundo Cuatrimestre de septiembre hasta diciembre de 2023 se Recepcionaron 436 PQRS.

Proceso: Gestión de Investigación en salud

OBJETIVO: Promover la innovación científica en el campo de la salud a través de la investigación, con el fin de mejorar las condiciones de vida de la población.

Área asociada: Investigación en salud

Riesgo: falta de cumplimiento normativo, ausencia de responsables para la mejora del proceso de investigación, falta de patrocinadores para el desarrollo de procesos de

investigación en la ESE

Medición: 100%

Observación: Dando cumplimiento al seguimiento del plan de riesgo Institucional en su línea 9, III cuatrimestre, diciembre 2023. Se firma convenio entre Comité de Ética en Investigación de Oncólogos de Occidente y Red Salud Armenia. Pago a INVIMA, de solicitud de Certificación en Buenas Prácticas Clínicas para la Unidad Intermedia del Sur y Sede Piloto Uribe, en sus servicios de Consulta Externa, laboratorio Clínico y Servicios Farmacéuticos. Se ingresará la solicitud a INVIMA de Certificación en Buenas Prácticas Clínicas, en sus servicios de Consulta Externa, laboratorio Clínico y Servicios Farmacéuticos, antes del 29 de diciembre 2023. La gestión con instituciones aliadas para desarrollar investigaciones en salud, queda 100% pactada con la Uniquindio, al dar respuesta el Gerente de Red Salud Armenia E.S.E. a la propuesta de trabajo de la universidad.

Proceso: Gestión docencia servicio

OBJETIVO: Contribuir a la gestión del conocimiento y compartir experiencias de aprendizaje, mediante la formación de un nuevo talento humano en salud, competente, responsable, con sentido ético y compromiso social; asegurar espacios para la docencia e investigación y la participación de estudiantes de pregrado y posgrado para aportar al desarrollo de la región.

Área asociada: Convenios Docencia-Servicios

Riesgo: Ejecutar convenios sin el lleno de requisitos legales

Medición: 100%

Observación: Del total de 11 instituciones educativas postuladas solo el 64 % (7) cumplen con el Registro Calificado o Registro del programa y certificado por la entidad competente. Se cumple con un 100% del criterio de legalidad exigidos en el Decreto 2376 de 2010. El resultado de bajo riesgo permite continuar desarrollando prácticas formativas con instituciones de educación superior con la formación del talento humano en salud - La interpretación hace referencia aquellas IE solicitantes no inician prácticas por no cumplir requisitos normativos. Las 8 habilitadas corresponde al 100% de quienes están activas. Es decir las no habilitadas no hacen parte de jornadas de inducción ni permanencia en los centros de práctica de la ESE. 11 IE que solicitan a la ESE, denota que Red Salud ESE, tiene buen nombre en el sector de educación superior, para esta vigencia se espera aumenten las solicitudes pero no todas se

aprueban.

Proceso: Gestión de la prestación de servicios de salud

OBJETIVO: Brindar atención oportuna, segura y humanizada a todos los pacientes que soliciten los servicios de salud con el fin de estabilizar, mejorar y mantener la condiciones de salud.

Área asociada: Servicio farmacéutico

Riesgo:

1. Falta de planeación en la adquisición y selección de medicamentos y dispositivos médicos
2. Faltantes en los inventarios físicos vs en el sistema de información institucional

Medición:

1. 100%
2. 100%

Observación:

1. Los medicamentos se compran basados en la necesidad de adquisición del servicio farmacéutico, estos se aprueban por la subgerencia científica y el auditor del contrato para ser presentados ante el comité mensual de farmacia. Durante el periodo se solicitaron 1013/1013=100 %.
2. Para el cuatrimestre se programan 12 inventarios ambulatoria : 3 - farmacia de urgencias: 3 - farmacia ambulatoria 3 y se hizo aleatorio bodega 3. Se anexa evidencia del último inventario realizado completo en el mes de diciembre 2023.

Área asociada: servicios asistenciales y de apoyo diagnóstico y terapéutico

Riesgo: Falta de control de los servicios que se tienen a cargo

Medición:

1. 100%

Observación: Se realiza informe de producción en las áreas de medicina, odontología y enfermería de las diferentes sedes así como el análisis de la capacidad instalada y su

aprovechamiento.

Dicho informe se anexa como soporte por parte de la Dirección Técnica Ambulatoria DTA - el informe de gestión de la dirección técnica ambulatoria correspondiente al año 2023. Se presenta INFORME DE GESTION DE LA DTH inmerso en el informe de todo el año 2023 , presentan Productividad, indicadores y satisfacción de servicio, en relación con el talento humano contratado además se hacen comparativos con años anteriores.

Macroproceso: Apoyo

Proceso: Gestión Financiera

OBJETIVO: Consolidar la información de los hechos económicos institucionales, con el fin de aportar los datos para el análisis y toma de decisiones de la alta dirección que conlleven a la búsqueda de la sostenibilidad económica de la Institución.

Área asociada: Subgerencia de Planificación Institucional – Tesorería

Riesgo:

1. Error en el pago en cuanto al beneficiario o el monto a pagar.
2. Pérdida de elementos de acceso al manejo de los recursos (Token, sellos, cheques, claves).

Medición:

2. 100%
3. 100%

Observación:

1. Todo pago se hace bajo la autorización de Gerente, con el visto bueno de la Subgerencia, en la tesorería se hace la dispersión y en la Subgerencia previa revisión se autoriza el pago.
2. Se realizaron 4 verificaciones, así: el 06/09/2023 - 05/10/2023 - 06/11/2023 y 04-12-2023.

Área asociada: Contabilidad

Riesgo:

1. Estados financieros no razonables.

2. Extemporaneidad en la presentación de informes a organismos de control

Medición:

1. 100%
2. 100%

Observación:

1. De las 6 conciliaciones que se programaron para el cuatrimestre se realizaron 6, cumpliendo con el 100% de las acciones.
2. De los 18 informes programados para el primer cuatrimestre, se presentaron 18, cumpliendo con el 100% de las acciones.

Área asociada: Facturación

Riesgo:

1. Servicios prestados no facturados o facturación inoportuna.
2. Recaudo inoportuno de los recursos cobrados por los facturadores a los usuarios por los servicios prestados.
3. Disponibilidad de recursos insuficientes.

Medición:

1. 99.89%
2. 100%
3. 98%

Observación:

1. En el período de septiembre a diciembre se prestaron 205.967 actividades, de las cuales a la fecha se han facturado 205.940, lo que equivale a un 99,89% de efectividad en el cierre de las facturas. Los 27 servicios que se encuentran sin facturar son ingresos que están en revisión para posterior cierre. Se anexa certificación.
2. En el período de septiembre a diciembre se generaron 35 recaudos los cuales se entregaron en su totalidad; dicho recaudo lo entrega el área de facturación al área de tesorería y se realiza la validación con el software institucional Dinámica Gerencial.Net. Se anexa certificación.
3. En el período de enero a abril se generaron 130590 facturas, de las cuales se anularon 2458 correspondiente al 2%, obedeciendo a motivos de responsabilidad de la ESE y del proceso de facturación; sin embargo, se mantiene en un porcentaje de error tolerable. Se anexa certificación.



Área asociada: Costos

Riesgos: Costos irreales de los servicios

Medición: 100%

Observación: Se realiza actualización y puesta en marcha del Manual de Costos Código: AP-GF-MA-003. Dicho manual muestra el funcionamiento de herramienta en Excel, la cual se trabaja para la presentación de informe último cuatrimestre del 2023. No hay medición en el momento, hasta contar con todos los cierres administrativos y financieros, para reporte de información acertada y comparable.

Área asociada: Cartera

Riesgos:

1. Falta de pago por parte de las EAPB.
2. Concentración de la cartera mayor a 360 días.

Medición:

1. 99%
2. 100%

Observación:

1. Durante los meses de enero a diciembre de 2023 se ha facturado \$29.068.871.754 de los cuales se radicaron \$28.780.046.903, para un cumplimiento del 99%, es de aclarar que la facturación por evento no toda se radica durante él es mes, si no al mes siguiente
2. Durante los meses de enero a diciembre se envió de manera mensual la cartera al área de jurídica vía correo electrónico, para un cumplimiento del 100%.

Área asociada: Glosas

Riesgo: Respuestas extemporáneas y aceptación de glosas injustificadas.

Medición: 100%

Observación: Durante el periodo de septiembre a diciembre de 2023 se dio respuesta a 7331 ítems que corresponden a 2638 facturas glosadas, las cuales fueron respondidas en su

totalidad dentro de los tiempos normativos. Se anexa certificación.

Área asociada: Presupuesto

Riesgo: Desfinanciación de rubros presupuestales.

Medición: 100%

Observación: De acuerdo a las solicitudes presupuestales recibidas no se presentaron inconsistencias con respecto al registro del sistema de Dinámica por parte del personal de presupuesto.

Proceso: Gestión de las TIC

OBJETIVO: Implementar, gestionar y administrar el recurso tecnológico contenido entre hardware y software, que garantice la seguridad y contribuya a la captura, confidencialidad, operación y comunicación de la información, entre todos los procesos organizacionales, logrando que la información sea oportuna y confiable para la toma de decisiones en Red Salud Armenia ESE.

Área asociada: Comunicaciones

Riesgo: Incumplimiento del cronograma del Plan de Comunicaciones.

Medición: 100%

Observación: A la fecha del seguimiento del informe el proceso de comunicaciones realizó la publicación, socialización, difusión y actualización de contenidos de la información requerida por cada uno de los procesos de la ESE. Los cuales fueron publicados oportunamente en la fechas establecidas de acuerdo a las evidencias presentadas para el 3er cuatrimestre 2023, de 230 publicaciones requeridas fueron socializadas 230.

Área asociada: Información y Registro - Objetivo

Riesgos:

1. Falta de revisión, seguimiento y análisis y toma de decisiones de la información generada por parte de las direcciones técnicas.

Medición: 100%

Observación: Para el tercer cuatrimestre el DIR realizó el 100% de las actividades, en cuanto al reporte de facturas de consulta sin código de diagnóstico e inconsistencias en la calidad del dato. El reporte de facturas sin código de diagnóstico se envían por correo electrónico a los diferentes centros de salud y urgencias, y las inconsistencias en la calidad del dato, se envían a las áreas implicadas en la calidad del dato. En reunión con la Dirección Técnica Ambulatoria, se determinó, realizar llamados de atención a los profesionales que sean repetitivos en el error.

2. Incumplimiento en la entrega oportuna de la información.

Medición: 100%

Observación: Los Registros individuales de Prestación de Servicios (RIPS), deben validarse en las diferentes plataformas a la cual se les envía los archivos planos, y que sirven como soporte a la cuenta de cobro de prestación de servicios.

Proceso: Gestión de Ambiente y Recursos Físicos

OBJETIVO: Garantizar el suministro de bienes y servicios de forma oportuna permitiendo el desarrollo de los procesos asistenciales y administrativos.

Área asociada: Bienes y servicios

Riesgos:

1. Incumplimiento en el cronograma de mantenimiento hospitalario

Medición: 100%

Observación: En el intervalo de tiempo comprendido entre el 01 de Septiembre del 2023 al 31 de Diciembre del 2023, se realizan las actividades del Plan de Mantenimiento Hospitalario. Es de aclarar que a la fecha no se ha rendido el Plan de Mantenimiento Hospitalario, ya que por periodicidad se rinde en el mes de Febrero del 2024, este se encuentra en elaboración.

2. Pérdida de bienes

Medición: 100%

Observación: En el tercer y último cuatrimestre del 2023, se lleva a cabo ejecución de los inventarios de acuerdo a programación del cronograma establecido.

3. Perdidas de insumos del almacén general

Medición: 100%

Observación: En el tercer cuatrimestre del año 2023, se llevaron a cabo inventarios aleatorios mensuales, realizados al almacén general de la entidad, verificación de la cual se anexan las respectivas evidencias. Para el mes de Diciembre del 2023, no se lleva a cabo inventario aleatorio ya que se realiza el inventario general.

Área asociada: Gestión Ambiental

Riesgos:

1. Incumplimiento al Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades del PGIRASA

Medición: 100%

Observación: Durante el tercer cuatrimestre del 2023 se realizaron compra de insumos (bolsas para segregación de residuos) para garantizar el manejo adecuado de los residuos generados por la ESE, la cual fue efectuada con el proveedor Comercializadora AXM S.A.S

2. Inadecuada recolección de residuos generados en la ESE

Medición: 100%

Observación: Durante el tercer cuatrimestre del 2023 se programaron y desarrollaron diferentes capacitaciones al personal de servicios generales, las cuales se realizaron de manera virtual y en acompañamiento del personal del contratista LAIMAQ.

Proceso: Gestión de la Tecnología biomédica

OBJETIVO: Realizar la gestión para la planeación, adquisición, instalación, funcionamiento y manejo seguro, monitorización, traslado, evaluación de la tecnología, disposición final, reposición y renovación de la tecnología biomédica de la institución

Área asociada: Biomédica

Riesgo: Ocurrencia de atenciones inseguras a causa de la tecnología biomédica

Medición: 100%

Observación: A corte 31 de diciembre de 2023 se han realizado 34 servicios de mantenimiento preventivo de 34 servicios programados, en el mantenimiento preventivo del segundo semestre. Se llegó al 100% de cumplimiento con el plan de capacitaciones vigencia 2023, en el cual se incluye el entrenamiento de equipo biomédico en los servicios hospitalarios.

Se realiza notificación al INVIMA de manera trimestral y puntual sobre los reportes de incidentes y eventos adversos presentados en la ESE. Adicional, se realiza la base de datos de mantenimientos correctivos que ingresan como reporte de atención insegura (recomendación de SSD)

Macroproceso: Control

Proceso: Gestión de Control Interno

OBJETIVO: Evaluar de manera independiente, objetiva y oportuna la gestión organizacional, a través de seguimientos y auditorías, generando alertas tempranas que contribuyan con el mejoramiento continuo en la gestión de Red Salud Armenia, que sirva como apoyo a la toma de decisiones del nivel directivo

Área asociada: Control Interno

Riesgo: Incumplimiento al Cronograma y/o Plan de Trabajo de la Oficina de Control Interno

Medición: 100%

Observación: Se cumplió en su totalidad el cronograma y plan de trabajo aprobado en el comité de control interno. Se realizó IV comité de control interno el Septiembre 14 de 2023 - V Comité de Control Interno el 5 de diciembre 2023.

Área asociada: Control Disciplinario

Riesgo: No cumplimiento de la normatividad y el debido proceso

Medición: 100%

Observación: Para la vigencia 2023, se abrió un proceso preliminar previo SPI 01 DE 2023 y se encuentra en terminación.

Se abrió un proceso de Investigación disciplinaria SC 01 DE 2023, se encuentra en seguimiento.

MAPA DE RIESGOS 2023.

https://www.redsaludarmenia.gov.co/v3/archivos/1/files/SEGUIMIENTO_MR_3_CUATRIMES_TRE_2023.pdf

Red Salud Armenia E.S.E.		Informe de Seguimiento		Módulo de Seguimiento		Módulo de Seguimiento		Módulo de Seguimiento		Módulo de Seguimiento		Módulo de Seguimiento		Módulo de Seguimiento		Módulo de Seguimiento	
Identificación	Descripción	Impacto	Gravedad	Probabilidad	Riesgo	Indicador	Medida de Mitigación	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Estado	Observaciones	Indicador	Medida de Mitigación	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término
1
2
3
4
5
6

Red Salud Armenia E.S.E.		Informe de Seguimiento		Módulo de Seguimiento		Módulo de Seguimiento		Módulo de Seguimiento		Módulo de Seguimiento		Módulo de Seguimiento		Módulo de Seguimiento		Módulo de Seguimiento	
Identificación	Descripción	Impacto	Gravedad	Probabilidad	Riesgo	Indicador	Medida de Mitigación	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Estado	Observaciones	Indicador	Medida de Mitigación	Responsable	Fecha de Inicio	Fecha de Término
1
2



Red Salud Armenia E.S.E.		APROBACIÓN DE PLANES DE ATENCIÓN DE URGENCIAS	
NOMBRE DEL PLAN		FECHA DE APROBACIÓN	
NOMBRE DEL PLAN		FECHA DE APROBACIÓN	
1	PLAN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS - SERVICIO DE EMERGENCIAS	05/11/2020	05/11/2020
2	PLAN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS - SERVICIO DE EMERGENCIAS	05/11/2020	05/11/2020
3	PLAN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS - SERVICIO DE EMERGENCIAS	05/11/2020	05/11/2020
4	PLAN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS - SERVICIO DE EMERGENCIAS	05/11/2020	05/11/2020
5	PLAN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS - SERVICIO DE EMERGENCIAS	05/11/2020	05/11/2020

Red Salud Armenia E.S.E.		APROBACIÓN DE PLANES DE ATENCIÓN DE URGENCIAS	
NOMBRE DEL PLAN		FECHA DE APROBACIÓN	
NOMBRE DEL PLAN		FECHA DE APROBACIÓN	
1	PLAN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS - SERVICIO DE EMERGENCIAS	05/11/2020	05/11/2020
2	PLAN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS - SERVICIO DE EMERGENCIAS	05/11/2020	05/11/2020
3	PLAN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS - SERVICIO DE EMERGENCIAS	05/11/2020	05/11/2020
4	PLAN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS - SERVICIO DE EMERGENCIAS	05/11/2020	05/11/2020
5	PLAN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS - SERVICIO DE EMERGENCIAS	05/11/2020	05/11/2020

Red Salud Armenia E.S.E.		APROBACIÓN DE PLANES DE ATENCIÓN DE URGENCIAS	
NOMBRE DEL PLAN		FECHA DE APROBACIÓN	
NOMBRE DEL PLAN		FECHA DE APROBACIÓN	
1	PLAN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS - SERVICIO DE EMERGENCIAS	05/11/2020	05/11/2020
2	PLAN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS - SERVICIO DE EMERGENCIAS	05/11/2020	05/11/2020

VIGILADO Supersalud
 Por la defensa de los derechos de los usuarios
 Línea Gratuita Nacional 018000513700

Red Salud Armenia ESE		Informe de Seguimiento		Evaluación de Riesgos	
Identificación de Riesgos		Análisis de Riesgos		Mitigación de Riesgos	
Proceso	Actividad	Nivel de Riesgo	Impacto	Probabilidad	Medidas de Mitigación
Proceso de Atención al Ciudadano	Atención al Ciudadano	Alto	Medio	Medio	Implementar acciones de mitigación...
	Atención al Ciudadano	Medio	Bajo	Bajo	Implementar acciones de mitigación...
	Atención al Ciudadano	Bajo	Bajo	Bajo	Implementar acciones de mitigación...
	Atención al Ciudadano	Bajo	Bajo	Bajo	Implementar acciones de mitigación...
Proceso de Gestión de Recursos	Gestión de Recursos	Alto	Medio	Medio	Implementar acciones de mitigación...
	Gestión de Recursos	Medio	Bajo	Bajo	Implementar acciones de mitigación...
	Gestión de Recursos	Bajo	Bajo	Bajo	Implementar acciones de mitigación...
	Gestión de Recursos	Bajo	Bajo	Bajo	Implementar acciones de mitigación...
Proceso de Gestión de Negocios	Gestión de Negocios	Alto	Medio	Medio	Implementar acciones de mitigación...
	Gestión de Negocios	Medio	Bajo	Bajo	Implementar acciones de mitigación...
	Gestión de Negocios	Bajo	Bajo	Bajo	Implementar acciones de mitigación...
	Gestión de Negocios	Bajo	Bajo	Bajo	Implementar acciones de mitigación...

CONCLUSIÓN

Se evidencia compromiso por parte de las áreas que intervienen en el desarrollo y seguimiento a la gestión al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y la implementación de acciones al Mapa de Riesgos Institucionales o de Corrupción, con el fin de minimizar los riesgos que se pueden estar presentando y que se han identificado en la entidad en cada uno de los macroprocesos y procesos.

Se recomienda para la vigencia 2024 la matriz de riesgos con la directriz dada en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6. “Se mantiene estructura conceptual para la administración del riesgo. Se incluye capítulo específico sobre **riesgo fiscal**, que se complementa con el Anexo denominado catalogo indicativo de puntos de riesgo fiscal para facilitar el análisis en el marco del modelo de operación por procesos.”

<https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/como-operar-mipg>, ingresa a la Dimensión Control Interno, en la pestaña Herramientas e Instrumentos Técnicos.

Se recomienda Integrar en el **Programa de transparencia y ética pública** actividades que promuevan la cultura de la legalidad, la transparencia y atención al ciudadano; midiendo, controlando y monitoreando constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad en concordancia con los presupuestos definidos en el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022.

Integrar diferentes estrategias que permitan a la entidad identificar y monitorear de manera oportuna los riesgos de corrupción presentes en ella.



Se recomienda continuar con el seguimiento de acuerdo a la normatividad vigente del plan anticorrupción y atención al ciudadano y la matriz de riesgos institucional por cada uno de los procesos; seguimiento que debe contener los soportes o evidencias, con el fin de disminuir las causas (raíz e inmediata) que genera el riesgo identificado.

Atentamente,

Lina Marcela Sierra Correa
Jefe de la Oficina Asesora Control Interno
Red salud Armenia E.S.E