

Armenia, 16 de enero de 2023

**OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
E.S.E RED SALUD ARMENIA
INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL
CIUDADANO
DEL TERCER CUATRIMESTRE DEL AÑO 2022.**

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 Republica, y el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano formulado por la entidad para la Vigencia 2022, se elabora el presente informe de seguimiento y verificación del cumplimiento de las actividades ejecutadas, en el cuatrimestre Septiembre – diciembre de 2022, 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 2022, 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 2022, (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 2022, **RESOLUCIÓN N° 013 Enero 21 de 2022 - “Por medio del cual se Actualiza el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para Red Salud Armenia ESE 2022”**
- 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 2022, 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 2022.

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 Republica, 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 2022, 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 docencia servicio
- 7) Gestión Financiera
- 8) Gestión de las TIC
- 9) Gestión de Ambiente y Recursos Físicos
- 10) Gestión de Control Interno

Componente No. 01: Gestión del Riesgo de Corrupción Mapas de Riesgo

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 contruidos 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: 31-12-2022				
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 2022.
	Publicar en la página web institucional la política de Administración del Riesgo	X	100%	A esta actividad se le dio cumplimiento en el primer cuatrimestre de 2022.
	Actualizar el Mapa de riesgos de corrupción existente.	X	100%	A esta actividad se le dio cumplimiento en el primer cuatrimestre de 2022.
	Realizar seguimiento a las acciones planteadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (Componente riesgos de corrupción)	X	100%	Se realiza seguimiento cuatrimestral los primeros días después del Cuatrimestre evaluado, en este caso Septiembre - Diciembre de 2022.

Recomendaciones mapa de riesgos de corrupción:

1. Determinar la naturaleza de los controles:

- **Preventivos:** se orientan a eliminar las causas del riesgo para prevenir su ocurrencia o materialización.
- **Detectivos:** aquellos que registran un evento después presentado; sirven para descubrir resultados no previstos y alertar sobre la presencia de un riesgo.

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: 31-12-2022				
Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Componente No. 02: Racionalización de Trámites	Revisar y actualizar el inventario interno de trámites institucionales	X	100%	Este componente se revisó en el segundo cuatrimestre de 2022
	Actualizar los trámites inscritos en el SUIIT	X	100%	
	Socializar con el cliente interno, los trámites aprobado en el SUIIT	X	100%	
	Realizar automatización de los trámites aprobados en el SUIIT	X	100%	
	Realizar seguimiento a las acciones planteadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (Componente racionalización de Trámites)	X	100%	Se realiza seguimiento cuatrimestral los primeros días después del Cuatrimestre evaluado, en este caso Septiembre - Diciembre de 2022

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 2022 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. Trámites 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.

Recomendaciones racionalización de trámites:

1. Es de suma importancia que el o los responsable del **componente No 02 Racionalización de trámites** 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

Fecha seguimiento: 31-12-2022				Observaciones
Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	
Componente No. 03: Rendición de Cuentas	Publicar en la página web el informe de Gestión de la vigencia 2020.	X	100%	A esta actividad se le dio cumplimiento en el primer cuatrimestre de 2022.
	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 2022.
	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 segundo cuatrimestre de 2022.
	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 segundo cuatrimestre de 2022.
	Difundir en la página web institucional, el informe que se rendirá a la ciudadanía, en la audiencia pública	X	100%	A esta actividad se le dio cumplimiento en el segundo cuatrimestre de 2022.
	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 segundo cuatrimestre de 2022.
	Llevar a cabo la audiencia pública de rendición de cuentas	X	100%	A esta actividad se le dio cumplimiento en el segundo cuatrimestre de 2022.
	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 2022.
	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 2022.
	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 cuatrimestral los primeros días después del Cuatrimestre evaluado, en este caso septiembre - diciembre de 2022

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 VIGENCIA 2022: 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 2022, 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 RENDICION DE CUENTAS 2021 \(2021-01-01\)](#) : REGLAMENTO AUDIENCIA RENDICION DE CUENTAS 2021

[ESTRATEGIA RENDICION DE CUENTAS 2021 \(2021-01-01\)](#) : ESTRATEGIA RENDICION DE CUENTAS 2021

[INFORME DE GESTION 2021 \(2021-01-01\)](#) : INFORME DE GESTION 2021

[INVITACIÓN AUDIENCIA PUBLICA RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2021 \(2021-01-01\)](#) : INFORME DE GESTION 2021

[COMUNICADO PARA LA AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA Y CONSTRUCCIÓN DE PAZ VIGENCIA 2021 \(2021-01-01\)](#) : COMUNICADO PARA LA AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA Y CONSTRUCCIÓN DE PAZ VIGENCIA 2021

[ENCUESTA DE LA RENDICIÓN PÚBLICA DE CUENTAS VIGENCIA 2021 \(2021-01-01\)](#) : ENCUESTA DE LA RENDICIÓN PÚBLICA DE CUENTAS VIGENCIA 2021

[Formato de Asistencia Rendición de Cuentas 2021 \(2021-01-01\)](#) : Formato de Asistencia Rendición de Cuentas 2021

[Formulación de preguntas audiencia pública de rendición de cuentas 2021 \(2021-01-01\)](#) : Formulación de preguntas audiencia pública de rendición de cuentas 2021

[Presentación Rendición de Cuentas 2021 \(2021-01-01\)](#) : Presentación Rendición de Cuentas 2021

[Encuesta Rendición de Cuentas 2021 \(2021-01-01\)](#) : Encuesta Rendición de Cuentas 2021

[ASISTENCIA RENDICIÓN DE CUENTAS VIG 2021 \(2021-01-01\)](#) : ASISTENCIA RENDICIÓN DE CUENTAS VIG 2021

[Video de Rendición de Cuentas 2021 \(2021-01-01\)](#) : Video de Rendición de Cuentas 2021

[Acta Rendición de Cuentas 2021 \(2021-01-01\)](#) : Acta Rendición de Cuentas 2021

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, vinculadas mediante contrato de prestación de servicios, una 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: 31-12-2022				
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	100,00%	Se realizaron 728 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, en un 98% en el Cuarto trimestre de la vigencia 2022.
	Presentar el resultado trimestral de las encuestas de satisfacción en el Comité de Mejoramiento Institucional.	X	100,00%	Se realizó análisis e informe el cual fue socializado en el comité de mejoramiento institucional, y en el comité de atención centrada en el usuario. El día 19 de Enero de 2023.
	Realizar apertura de buzones una vez a la semana en todos los puntos de atención	X	100,00%	Se realiza apertura a los buzones de PQRSDf, 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 PQRSD	X	100,00%	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.
	Elaborar y presentar informe mensual de PQRSD, al Comité de Ética	X	100,00%	Durante el periodo Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre 2022, mensualmente se se realizo el informe para ser presentado en el Comité de Ética el informe de las PQRSD. en este punto hay que tener presente que desde la oficina del SIAU se realizaron todos los informes, se alcanzo a socializar los de los meses de Septiembre y octubre; en lo correspondiente con Noviembre y diciembre no se realizaron reuniones motivo por la nueva conformación de los integrantes del Comité de Ética (Hospitalaria).
	Socializar en todas las áreas y servicios de la ESE, el plegable de derechos y deberes de los usuarios	X	100,00%	Se realizaron para el cuarto trimestre 352 socializaciones entre clientes internos y externos capacitados en el tema de derechos y deberes.
	Realizar seguimiento a las acciones planteadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (Componente Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano)	X	100,00%	Se realiza seguimiento cuatrimestral los primeros días después del Cuatrimestre evaluado, en este caso septiembre a diciembre de 2022.

Recomendaciones para mejorar la atención al ciudadano:

- ✓ Revisado el proceso de PQRSD, se evidencia que durante toda la vigencia 2022, el motivo de las quejas por **deficiencia en la atención al usuario y asignación de citas**, es constante, 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 promedio de siete (7) 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 59 felicitaciones recibidas durante el segundo semestre las cuales fueron constantes respecto del primer semestre con 57, 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 2.911 encuestas, y obteniendo como resultado un 95% de respuestas satisfactorias del servicio en general, alcanzando el nivel de satisfacción.
 - ✓ Durante el periodo septiembre, octubre, noviembre y diciembre 2022, mensualmente se realizó el informe para ser presentado en el Comité de Ética el informe de las PQRSD. en este punto hay que tener presente que desde la oficina del SIAU se realizaron todos los informes, se alcanzó a socializar los de los meses de Septiembre y octubre; en lo correspondiente con Noviembre y diciembre no se realizaron reuniones motivo por la nueva conformación de los integrantes del Comité de Ética Hospitalaria).
 - ✓ Durante el seguimiento en el tercer cuatrimestre 2022 del Componente No. 04: Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano del plan anticorrupción y atención al ciudadano, se han realizado 352 socializaciones entre clientes internos y externos capacitados en el tema de derechos y deberes.
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 para la vigencia 2023, Socializar 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: 31-12-2022				
Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Componente No. 05: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información	Publicar y actualizar contenidos acorde a la información requerida por la norma y que debe estar publicada en la página web institucional.	X	100,00%	A la fecha del seguimineto del informe el proceso de comunicaciones realizo la publicacion y actualizacion de contenidos de la informacion que fue recibida de los demas procesos de la ESE. Los cuales fueron publicados oportunamente en la fechas establecidas de acurdo a las evidencias presentadas para el Tercer cuatrimestre 2022, 50 publicaciones de 50 requeridas.
	Elaborar y ejecutar Plan de Acción, para dar cumplimiento a la Ley 1712 de 2014.	X	100%	se realizaron 4 meses de trabajo de las cuales se tiene como soporte las actas con fecha: Junio 02 de 2022 , Junio 23 de 2022 - Julio 26 de 2022 - Agosto 24 de 2022 - A los colaboradres se les socializó la ley y luego se realizó una encuesta sobre la ley 1712 de 2014. actividades realizadas en el cuatrimestre anterior.
	Diligenciamiento y cargue Matriz de Cumplimiento de Transparencia Activa de la Ley 1712 de 2014.	X	100%	Se realiza diligenciamiento de Matriz ITA, Evidencia Matriz ITA diligenciada en el cuatrimestre anterior.
	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 cuatrimestral los primeros días después del Cuatrimestre evaluado, en este caso septiembre - diciembre de 2022.

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 2022 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 2022.
- 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 2021 (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. Incorporar en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC vigencia 2023, el Componente iniciativas que la entidad considere necesarias para combatir la corrupción.
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 2023 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, al igual que implementar la mapa de riesgos de seguridad de la información.
5. Plantear requerimientos específicos al módulo en el Sistema TORRESOFT, que permita la radicación, seguimiento y trámite dentro de los términos de ley de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y felicitaciones (PQRSF), con el objetivo de cumplir con las normas legales, evitar la congestión administrativa y que le permita al usuario realizar seguimiento al trámite de su inconformidad, en aras de adelantar acciones encaminadas al proceso de acreditación.

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

Área asociada / Objetivo:

Planeación - Objetivo: Desarrollar actividades para la gestión integral de la planeación estratégica conforme a la normatividad vigente y las necesidades de la ESE.

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

Medición: 100%

Observaciones / análisis: Para el tercer trimestre del año 2022, se obtuvo un cumplimiento de 21.16%, frente a un programado de 21.32%, lo que significa que hubo una diferencia porcentual negativa de 0,16%. Lo anterior dado que no se cumplió con el porcentaje de cumplimiento en Fortalecimiento de la prestación del servicio (proporción de gestantes con tamización de sífilis) Gestión financiera y administrativa (Radicación oportuna de los servicios prestados por evento a las diferentes EAPB). y en la Gestión del Talento Humano en el porcentaje de ejecución de los Planes Institucionales de la gestión del Talento Humano (Dcto 612 de 2018) en la ejecución del Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Área asociada / Objetivo:

Proceso: Mercadeo - Objetivo: Ofertar los servicios de salud, centrados en el usuario y su familia; cumpliendo los atributos de calidad y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, pensando en la atención humanizada a todos los usuarios.

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

Medición: 100%

Observaciones / análisis: Durante el cuarto trimestre no se realizó contratación nueva con las EAPB. Se realizaron Otro Si a los contratos vigentes de acuerdo al decreto 441, con Asmet se adicióno al evento los certificados de defunción,

Proceso: Gestión de la Mejora Continua

Área asociada / Objetivo:

Mejora Continua - Objetivo: Verificar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en la Institución.

Riesgo: Servicios de salud prestados sin cumplimiento de requisitos de habilitación.

Medición: 100%

Observaciones: 31 de diciembre de 2022

Autoevaluación del SUH: Se obtuvo como resultado de la autoevaluación un cumplimiento del 53%. Se adjunta Excel con los resultados de la autoevaluación.

Plan de mejoramiento: Se formularon 348 acciones para los estándares y criterios que presentaron hallazgos. Se socializan los resultados del seguimiento en el comité de mejoramiento. Se adjunta de octubre y noviembre 2022.

Seguridad del paciente: Se realizo seguimiento al programa de seguridad del paciente, se socializan los resultados en cada comité de mejoramiento en el punto denominado ejes de acreditación. Se adjuntas actas del último trimestre.

PAMEC: Se realizo seguimiento al PAMEC, obteniendo los siguientes resultados: Completo: 92%, En desarrollo: 2%, atrasado el 6%, No iniciado: 0%. Se adjunta el acta del comité de noviembre de 2022.

Análisis de indicadores: Se cuenta con un tablero de control para los indicadores obligatorios en cumplimiento de la resolución 256, al cual se realiza seguimiento mensual, en el caso de identificar desviaciones se requiere al responsable del indicador para la formulación del plan

de mejoramiento respectivo. Se adjunta cuadro de seguimiento.

Proceso: Gestión Jurídica

Área asociada / Objetivo:

Jurídica - Objetivo: Propender por el acatamiento de las disposiciones normativas y constitucionales para lograr la adecuada defensa judicial de la entidad.

Gestión Jurídica

Riesgo: Vencimiento de términos en la contestación de demandas

Medición: 100%

Observación: TOTAL 82 PROCESOS JUDICIALES

Clasificados de la siguiente manera :

33- Acción de nulidad y restablecimiento del derecho

24- Acción de reparación directa

3- Acciones de Repetición

22 - Procesos Inactivos Pendiente Tramite Ante el Fondo de Pensiones

Evidencias: Informe interventoría contrato P.S 059/2022 Integral Jurídico JUNIO-DICIEMBRE cuadro Excel procesos Judiciales Informe 2193 IV trimestre, análisis y certificación.

Área asociada / Objetivo:

Contratación - Objetivo: Adelantar los procesos contractuales que requiera la entidad para satisfacer las necesidades de las diferentes áreas.

Riesgo: Publicación extemporánea de la contratación realizada por la entidad.

Medición: 100%

Observación: Relación contratos:

Orden de compra No 13

Prestación de Servicios No 36

No 1

Arrendamiento No 4

Suministro: 0

Contrato Seguros: 0

Compraventa

TOTAL: 54 pantallazos publicados en el SECOP 2 -(documento pdf)

Proceso: Gestión de Talento Humano

Área asociada / Objetivo:

Talento Humano- Objetivo: Desarrollar y evaluar la Gestión del Talento Humano en aras de contribuir al mejoramiento de sus competencias, capacidades, conocimientos, habilidades y calidad de vida.

Riesgo: Falta de inducción a la totalidad de personal nuevo.

Medición: 100%

Observación: Para el Tercer Cuatrimestre de la vigencia 2022, el are de Talento Humano realizó a través de la Plataforma de Torresof 4 Inducciones generales en el mes de Septiembre, en el mes de Octubre se realizó 12 Inducción a trabajadores en Misión contratados a través de Soluciones Efectivas, en el mes de Noviembre 17 Inducciones al personal en Misión y en el mes de Diciembre 6 Inducciones generales.

Área asociada / Objetivo:

Control Disciplinario - Objetivo: Garantizar la apertura de la acción disciplinaria y el debido proceso a que haya lugar por incumplimiento de los deberes y obligaciones de los servidores públicos, ejerciendo a cabalidad el cumplimiento de las disposiciones normativas y fines constitucionales.

Riesgo: Prescripción de la acción disciplinaria.

Medición: 100%

Observación: Proceso de Indagación Previa SPI 03 DE 2022 - En Terminación
Proceso disciplinario SPI 01 DE 2022 - En terminación. Se realiza el seguimiento mensual de los procesos disciplinarios por parte del funcionario encargado dejando constancia de los avances en los cuadros de seguimiento de cada proceso.

Macroproceso: Misional

Proceso: Gestión de Atención al usuario

Área asociada / Objetivo:

Sistema de Información y Atención al Usuario - Objetivo: Medir el grado de satisfacción del usuario y responder con oportunidad y calidad en sus requerimientos.

Riesgo: Vencimiento del término de respuesta 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 7 días.

Para el tercer Cuatrimestre de Septiembre a Diciembre de 2022 y se Decepcionaron 136 PQRS.

Proceso: Gestión docencia servicio

Área asociada / Objetivo:

Convenios Docencia-Servicios - Objetivo: Desarrollar prácticas formativas de los diferentes programas académicos que tengan lugar en las instalaciones y servicios de Red Salud Armenia ESE, en las sedes habilitadas.

Riesgo: No cumplimiento con los requisitos de afiliación a la ARL en cobertura y vigencia por parte de la Institución Educativa.

Medición: 100%

Observación:

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO:

Medicina: 32 estudiantes, ARL Positiva 32.

Enfermería: 54 estudiante, ARL Positiva 54.

Gerontología: 3 estudiantes , ARL Positiva 3.

UNIVERSIDAD CUE ALEXANDER VON HUMBOLDT

Medicina: 68 estudiantes, ARL Sura 68.

Enfermería: 54 estudiantes, ARL Sura 54.

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES:

Bacteriología: 2 estudiantes, Arl Sura 2.

SENA:

Regencia de Farmacia: 18 estudiantes, ARL Positiva 18 .

INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACION Y CAPACITACION " INEC"

Técnico Auxiliar de Enfermería: 25 estudiantes, ARL Colmena 25.

Técnico Auxiliar de Higiene Oral: 6 Estudiantes, ARL Colmena 6

SALUD PLUS:

Técnico Auxiliar de Higiene Oral: 6 estudiantes, ARL Colpatria 6.

INSTITUTO TECNICO FRANCISCO DE PAULA SANTANDER:

Técnico Auxiliar en Enfermería: 8 estudiantes , ARL Sura 8.

Macroproceso: Apoyo

Proceso: Gestión Financiera

Área asociada / Objetivo:

Subgerencia de Planificación Institucional – Tesorería - Objetivo:

Garantizar la buena gestión y control de los ingresos y egresos de dinero, salvaguardando los recursos financieros de la entidad, promoviendo la eficiencia, eficacia y control de la gestión financiera con el fin de atender de forma adecuada las solicitudes de pago de los diferentes compromisos contraídos por la entidad.

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, cheques, claves)

Medición:

1. 99,91%
2. 100%

Observación:

1. Durante el periodo se realizaron 1178 comprobantes de egreso, de los cuales 5 corresponden a anulación de recibos de caja General, 35 a Caja Menor y 1,138 a pagos de Red Salud.
2. Se programaron tres (3) verificaciones de las cuales se realizaron tres (3) verificaciones dando cumplimiento a la actividad programada.

Área asociada / Objetivo:

Contabilidad – Objetivo: Garantizar que el registro contable de las operaciones financieras se realicen de acuerdo a la normatividad vigente, reflejando la realidad económica de la Entidad y sirva de insumo para una adecuada toma de decisiones.

Riesgo:

1. Estados financieros no razonables
2. Extemporaneidad en la presentación de informes a organismos de control

Medición:

1. 100%
2. 100%

Observación:

1. Se programaron diez (10) conciliaciones y se realizaron diez (10) conciliaciones dando cumplimiento a la actividad programada.
2. Para el cuatrimestre se programaron 13 informes, siendo enviados satisfactoriamente, dando cumplimiento al 100%

Área asociada / Objetivo:

Facturación - Objetivo: Garantizar la facturación de los servicios de salud, prestados en Red Salud Armenia ESE, de manera oportuna, pertinente y efectiva

Riesgo: Disponibilidad de recursos insuficientes

Medición: 95%

Observación: Dentro de este periodo se generaron 146.214 facturas, de las cuales 7.411 facturas fueron anuladas correspondiente al 5,06%. Es decir que se cumplió con el 95%

Área asociada / Objetivo:

Costos - Objetivo: Generar información confiable que sirva de apoyo para la toma de decisiones de la alta gerencia

Riesgos: Costos irreales de los servicios

Medición: 100%

Observación: Para este trimestre se cambia el enfoque en lo cual las actividades se encaminan a la parametrización del módulo de costos en dinámica gerencial . En lo que solo quedan pendientes 216 actividades por realizar y parametrizar

Área asociada / Objetivo:

Cartera - Objetivo: Realizar gestión de cobro y recuperación de cartera en forma permanente, así como la conciliación y depuración de la misma.

Riesgos:

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

Medición:

1. 91%
2. 100%

Observación:

1. Durante los meses de abril a julio se facturaron \$ 8.428.503.852 los cuales se radicaron \$7.660.509.256, para un cumplimiento del 91%, es de aclarar que la facturación por evento no toda se radica durante él mes, si no al mes siguiente.
2. Durante el segundo trimestre se envió de manera mensual la cartera al área de jurídica vía correo electrónico, para un cumplimiento del 100%.

Área asociada / Objetivo:

Glosas - Objetivo: Dar respuesta oportuna a las objeciones presentadas por las diferentes EAPB, de los servicios prestados por evento, corrigiendo de fondo la causa de las mismas.

Riesgo: Aceptación de glosas justificadas por parte de la ESE.

Medición: 71%

Observación: El total de glosas recepcionadas fueron 7,648, de las cuales se encuentran extemporáneas 2,180, es decir el 28,50%. Se anexa certificación.

Área asociada / Objetivo:

Presupuesto - Objetivo: Velar por la consistencia presupuestal entre las solicitudes realizadas por parte del ordenador del gasto y las solicitudes registradas en el sistema Dinámica.Net

Riesgo: Desfinanciación de rubros presupuestales.

Medición: 100%

Observación: De acuerdo a las solicitudes presupuestales no se presentaron modificaciones.

Proceso: Gestión de las TIC

Área asociada / Objetivo:

Tecnología, Información - Objetivo: Definir e implementar estrategias TI (Tecnologías de información) alineadas con las necesidades de la ESE, que permitan orientar la administración de las tecnologías de la información dentro de los lineamientos de gobierno digital y mejores prácticas

Riesgos:

1. Pérdida de Información de las bases de datos del Sistemas de Información Institucional Dinámica Gerencial .Net

Medición: 100%

Observación: Se realizaron todas las copias de seguridad de las bases de datos del sistema de información institucional de acuerdo a lo establecido al manual de copias de seguridad. Las evidencias reportan en el servidor principal en la ruta G:\Copias de Seguridad

2. Ausencia de registros administrativos y asistenciales en el sistema de información.

Medición: 98,8%

Observación: Durante el cuatrimestre se estuvo sin disponibilidad del sistema durante un tiempo aproximado de 32 horas.

3. Pérdida de Información de servidores y equipos de cómputo.
Encriptación, Secuestro y/o Manipulación de la información digital del Hospital

Medición: 100%

Observación: Se realizaron todas las copias de seguridad de las bases de datos del sistema de información institucional de acuerdo a lo establecido al manual de copias de seguridad, también se tienen programadas copias de seguridad en la nube diariamente.

Las evidencias reportan en el servidor principal en la ruta G:\Copias de Seguridad y en la Nube mediante el software Xoper.

Se tiene contrato vigente para el licenciamiento del Antivirus con la empresa Aplinsoft y UTM - Gestión Unificada de Amenazas - con la empresa Mediacommerce SAS.

4. Manipulación de los datos e Información de los equipos de cómputo.
Inconvenientes derivados del Desconocimiento de política de confidencialidad y seguridad de la información.

Medición: 100%

Observación: Durante el presente año se realizó la socialización de las Políticas de seguridad, y Privacidad de la información por medio de la página web institucional en el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información el cual fue publicado el 31-01-2022.

Link: <https://www.redsaludarmenia.gov.co/v2/contenido-index-cat-110.htm>

Se tiene contrato vigente para el licenciamiento del Antivirus con la empresa Aplinsoft y UTM - Gestión Unificada de Amenazas - con la empresa MediacommerceSAS.

Área asociada / Objetivo:

Comunicaciones - Objetivo: Coordinar el conjunto de actividades administrativas y técnicas, relacionadas con los recursos de información y comunicación, de tal forma que se garantice oportunidad y veracidad en la información de la organización y su divulgación efectiva, contribuyendo al sostenimiento y mejora continua.

Riesgo: Incumplimiento del cronograma del Plan de Comunicaciones.

Medición: 100%

Observación: Se realizaron las actividades programadas para el cumplimiento del Plan de

Comunicaciones vigencia 2022, mediante videos, afiches, impresiones y socializaciones internas virtuales a través de Torresoft, correo electrónico y whatsapp.

Área asociada / Objetivo:

Información y Registro - Objetivo: Garantizar la disponibilidad de la información, oportuna y confiable, necesaria para el seguimiento y control de la empresa y para la toma acertada de decisiones.

Riesgos:

1. Inconsistencia en el registro individual de prestación de servicios de salud (RIPS)

Medición: 100%

Observación: Para el tercer cuatrimestre se 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 publica en la biblioteca virtual.

2. Incumplimiento en la entrega oportuna de la información

Medición: 100%

Observación: Los Registros individuales de Prestación de Servicios (RIPS), deben de 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. (Los archivos planos (RIPS) Evento son generados y reportados por Mundo Salud.

Proceso: Gestión de Ambiente y Recursos Físicos

Área asociada / Objetivo:

Bienes y servicios - Objetivo: Gestionar la adquisición de bienes, suministros y servicios de tal forma que se pueda propiciar el óptimo funcionamiento de las diferentes áreas de la institución.

Riesgos:

1. Incumplimiento en el cronograma de mantenimiento hospitalario

Medición: 100%

Observación: De acuerdo al último cuatrimestre comprendido desde 01 de septiembre al 31 de diciembre del 2022, se realiza informe de seguimiento a la Ejecución Presupuestal del Plan de Mantenimiento Hospitalario. Como evidencia se anexa el formato donde se le realiza seguimiento al PMH.

2. Pérdida de bienes

Medición: 100%

Observación: De acuerdo al último cuatrimestre comprendido desde 01 de septiembre al 31 de diciembre del 2022, se realiza informe de seguimiento a la Ejecución Presupuestal del Plan de Mantenimiento Hospitalario. Como evidencia se anexa el formato donde se le realiza seguimiento al PMH.

3. Falta de insumos necesarios para la adecuada prestación de los servicios

Medición: 100%

Observación: De acuerdo al último cuatrimestre comprendido desde 01 de septiembre al 31 de diciembre del 2022, se realiza informe de seguimiento a la Ejecución Presupuestal del Plan de Mantenimiento Hospitalario. Como evidencia se anexa el formato donde se le realiza seguimiento al PMH.

Área asociada / Objetivo:

Gestión Ambiental - Objetivo: Desarrollar las actividades necesarias para minimizar el impacto al medio ambiente, producto de la operatividad de la ESE, mediante la ejecución del PGIRASA

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 2022 se presentó una necesidad de compra de insumos para garantizar el manejo adecuado de los residuos generados por la ESE

(bolsas para residuos), las cuales fueron efectuadas.

2. Inadecuada recolección de residuos generados en la ESE

Medición: 100%

Observación: Durante el tercer cuatrimestre del 2022 se programaron y desarrollaron diferentes socializaciones al personal de servicios generales en cuanto al manejo adecuado de residuos (movimiento interno de residuos, desactivación de residuos, , PGIRASA, nuevo código de colores para separación de residuos, segregación adecuada de residuos, clasificación de los residuos generados en la atención en la salud, , gestión integral de residuos)) con el fin de llevar a cabo una gestión integral de los mismos.

Macroproceso: Control

Proceso: Gestión de Control Interno

Área asociada / Objetivo:

Control Interno - Objetivo: Realizar la evaluación independiente y objetiva de la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles establecidos en los procesos y de la Gestión Institucional, generando valor agregado, y contribuyendo al mejoramiento continuo, en el marco del cumplimiento de las metas y objetivos de la entidad.

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

Medición: 100%

Observación: Se dio cumplimiento al plan anual de auditorías y al reporte de la información de ley de la vigencia 2022, al seguimiento de los planes de mejoramiento internos y de la CMA VIGENCIA 2021 Y 2022.

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 continuar con este tipo de acciones con el fin de generar procesos de mejoramiento continuo en la entidad y promover un buen servicio a los grupos de valor y partes interesadas que interactúan con la entidad.

Atentamente,



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