



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT. 891.900.343-6

VENTANILLA ÚNICA

Consecutivo: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Folios _____

Recibido: _____

110-29-46

COMUNICACIÓN INTERNA

PARA: Dr. MAURICIO SALDARRIAGA VINASCO – Gerente

DE: Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe Seguimiento Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano II cuatrimestre de 2019.

En cumplimiento de la Ley 87/1993, la Ley 1474/2011 y de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina, adjunto envío informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano correspondiente al II cuatrimestre del 2019.

VIVIANA ALVAREZ RINCON

Asesora Control Interno

Prueba electrónica: al recibir el acuse de recibo, se entenderá como aceptado y se recepcionará como documento prueba de la entrega del usuario. (Ley 527 del 18/08/1999) reconocimiento jurídico de los mensajes de datos en forma electrónica a través de las redes telemáticas.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT. 891.900.343-6

INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO II CUATRIMENSTRE DE 2019

OBJETIVO: Realizar seguimiento al desarrollo del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano, generar las observaciones a que haya lugar para el mejoramiento del mismo.

ALCANCE: Verificar el cumplimiento de las actividades suscritas teniendo en cuenta el cronograma para el cumplimiento del Plan.

AREAS INVOLUCRADAS: Subgerencia, Subdirección Científica, Talento Humano, SIAU, Coordinación de Sistemas, Contabilidad, Tesorería, Contratación, Almacén, Facturación, SG-SST.

SOPORTE SEGUIMIENTO:

- Ley 1474 de 2011
- Decreto 2641 de 2012
- Página WEB Hospital Departamental San Antonio ESE Roldanillo

RESULTADOS DE LA EVALUACION Y SEGUIMIENTO:

A continuación se muestra el resultado en cada uno de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano:



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT. 891.900.343-6

Componente 1: Planeación Estratégica

Etapa de Planificación Operacional							
Nº	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCION	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	% EJECUCION	OBSERVACIONES
PLANEACION ESTRATEGICA							
1	Deficiencia en la planeación. Desactualización de la Planeación Estratégica y Operativa	Seguimiento a plan estratégico y operativo.	Revisión por la alta dirección con el equipo operativo y Comité de control interno	Realización 2 asesorías de seguimiento a los indicadores de gestión, procesos y procedimientos de cada uno de las áreas	GERENTE	100%	Se evidencia listados de asistencia
2	Falta de Oportunidad en el reporte de la información necesaria para generar el cierre contable, los planes de mejoramiento, programas, productividad e informes de seguimiento.	Revisión a la autoevaluación y a la Autogestión.	Implementar cronogramas de seguimiento de los diferentes informes.	Se realizaron cronogramas de seguimiento y se realiza verificación al cumplimiento de la entrega de informes.	Área financiera.	100%	Se continúa el seguimiento al cumplimiento del cronograma de presentación de informes. Se anexa cronograma. En el año 2019 la información se ha presentado dentro de los tiempos establecidos.
			Evaluación de desempeño.	NA	Talento Humano	0%	No se realizaron actividades para este cuatrimestre
			Seguimiento trimestral a los informes de gestión por proceso.	realización del informe pormenorizado publicado en la página web de la institución	Oficina de Control interno	67%	Se evidencia informe y publicación en la página WEB de la institución
3	Dstrucción, vulnerabilidad en la integridad y confidencialidad de la información por pérdida o daños en la información digital de equipos y software de la entidad.	Realizar BACKUP DE LA INFORMACION a través de la oficina de sistemas con el fin de conservarla.	Registro de Información almacenada en el Backup.	Se realizan backups diarios de la información sensible de los servidores en dos discos de red de 2 TB, cada uno con las aplicaciones, conian backup e imperius backup. Con relación a la cuenta de correo de admisioneshdsa@gmail.com donde se envía los anexos y solicitudes de autorizaciones para atención de los usuarios y se reciben las respectivas autorizaciones, en sistemas se están archivando los mensajes enviados y recibidos por vigencia y mes,	Líder de Sistemas y Archivo de HC.	100%	Las utilidades de backup que se están utilizando es uso libre no requieren licenciamiento, se recomienda adquirir plan de backup en la nube.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT. 891.900.343-6

				simultáneamente se están reenviando copia oculta de los correos a una cuenta que se creó como backup (backup@hdsa.gov.co), esta cuenta es gestionada con Outlook y descargados los correos en el equipo de cómputo del auxiliar de sistemas.		
			Control en el manejo de H.C	Las historias clínicas son realizadas a través del sistema SIHOS , el cual realiza backup	100%	
		Políticas de la seguridad informática	1. Capacitación a todo el personal sobre seguridad informática.	Se realiza capacitación a los usuarios nuevos cuando ingresan a la institución y se les asigna el usuario y contraseña para ingresar a los sistemas de información Se envía con frecuencia por correo electrónico información relacionada con posibles vulnerabilidades que pueden llegar a presentarse por correos electrónicos fraudulentos con intención de robar información confidencial. (Gerencia, Secretaria de Gerencia y Tesorería)	60%	Pendiente capacitación a los líderes de procesos de la institución. Los usuarios con información sensible en sus procesos, tiene comunicación permanente, se les han dado las recomendaciones necesarias para cuando detecten algo anormal en su equipo de cómputo lo reporten inmediatamente y se da soporte inmediato para evaluar la posible vulnerabilidad en seguridad. Caso específico Tesorería.
			2. Asignación de usuarios y claves de acceso solo a personal responsable de la manipulación.	Para los usuarios administrativos que se encuentran registrados en el controlador de dominio está habilitada la directiva de contraseñas así: no permite almacenar contraseñas, historial de contraseñas no permite repetir las últimas 24 contraseñas utilizadas, longitud de las contraseñas 7 caracteres con nivel de complejidad, Vigencia máxima de las contraseñas 42 días. Para los sistemas de información SIHOS y R-Fast se tiene parametrizados los usuarios por grupos y perfiles, está habilitada la opción de cambio de contraseña en 60 días y no permite repetir las últimas 5 contraseñas. Para los usuarios que se encuentran en periodos de vacaciones o licencias se deshabilita el usuarios, para los que se retiran de la institución se deshabilita el usuario y se retiran los permisos asignados	100%	En el momento no se pueden inactivar los usuarios asistenciales del sistema de información sihos, porque al generar los informes tiene novedad de que si los usuarios se encuentran inactivos no reporta las actividades realizadas por estos. Por lo cual se tomó como alternativa crear un grupo inactivo que no tiene acceso a las funciones del sistema, y se cambia la contraseña de estos usuarios por contraseñas aleatorias para evitar el ingreso no autorizado de usuarios retirados de la institución. Esta novedad ya se ha reportado al proveedor del sistema de información.



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT. 891.900.343-6

				por grupo y perfil, y se les asigna el grupo de inactivos el cual no tiene acceso a ninguna de las opciones del sistema.			
			3-Adquisición de antivirus	Se adquiere licencia de antivirus McAfee Endpoint Security para 152 equipos incluidos los servidores periodo de la licencia del 12/04/2019 al 11/04/2020.		100%	El antivirus se encuentra instalado en los equipos de cómputo de la institución a excepción de los equipos que tienen sistemas operativos Windows XP y Vistas los cuales no tienen soporte. El soporte para Windows XP Sp3 venció el 08 de abril de 2014, Windows Vista 11 de abril de 2017.
4	La no publicación de la información de interés pública en la Página web de la Institución.	Dar información a los grupos de interés de los procesos mediante el uso de los canales de comunicación pública.	Cuadro de control.	Se realizan publicaciones en la página web a solicitud de los interesados que envían su solicitud de publicación en la página, se registra en la bitácora de actualizaciones y se reenvía por correo electrónico el enlace de la publicación al solicitante.	Líder de sistemas, líderes de procesos y alta dirección.	100%	Bitácora de publicaciones de la página web.
5	Incumplimiento en el reporte de la información financiera /CHIP) a la CGN y demás entes de control.	Seguimiento y verificación en el cumplimiento al cronograma para el reporte de la información financiera a la CGN y otros entes de control.	TABLEROS DE CONTROL DE REPORTES DE INFORMACION	se realiza verificación y seguimiento a la presentación de cada informe del área financiera	Área financiera	100%	en el año 2019 se ha dado cumplimiento a todos los informes del área financiera
6	No realizar conciliación entre las dependencias responsables del suministro de la información para la consolidación final (PARAMETRIZACIÓN)	Elaborar cronograma de conciliaciones entre las dependencias.	Conciliaciones realizadas	cada trimestre se realiza reunión para verificar los valores que se van a reportar y realizar las conciliaciones necesarias para que la información sea clara y muestre la razonabilidad financiera de la entidad	Área financiera	100%	adjunta copia de las actas de conciliación realizadas
7	No realizar una supervisión adecuada a la contratación.	N° de casos reportados con interventoría o supervisión inadecuada de contratos	Cumplimiento de interventorías.	NA	Contratación. Área Jurídica. Supervisores.	0%	



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT. 891.900.343-6

8	Deficiencia en el Plan de Adquisidores	Plan de compras aprobado y ejecutado.	Seguimiento a la elaboración y ejecución del plan de adquisiciones.	El plan de Adquisidores se encuentra aprobado y reportado al SECOP II	Almacén; Gerencia y subgerencia administrativa	100%	Se evidencia publicación en la página WEB y en el SECOP II
9	No cumplir con los términos de radicación de cuentas según las normas.	Consolidación oportuna de las cuentas. Entregas de cuentas en las fechas establecidas.	Seguimiento a fechas de radicación.	NA	Líder de Facturación y cartera	0%	No se realizaron actividades para este cuatrimestre
10	No iniciar acciones disciplinarias conforme a lo previsto en la norma.	Seguimiento al debido proceso de las acciones iniciadas.	Cumplimiento del proceso.	No se han iniciado procesos disciplinarios	Comité disciplinario - Asesor jurídico.	100%	
11	Ejecutar actividades sin ser reportadas para su respectivo cobro.	Verificación de ejecución de actividades.	Seguimiento a la ejecución de actividades y gasto de suministros.	NA	Subdirección científica, coordinador y auditor médico.	0%	No se realizaron actividades para este cuatrimestre
12	No dar cumplimiento a las políticas descritas en el manual SARLAFT del Hospital.	Capacitación sobre ética, y código de buen gobierno.	Seguimiento al plan de acción por la transparencia y lucha contra la corrupción.	Cada líder en las reuniones del proceso realiza la socialización y estudio de cada uno de los valores descritos en el código de ética	Oficial de Cumplimiento Revisoría Fiscal Asesor de control interno y Asesor de Calidad.	100%	Se evidencia actas de reuniones de los grupos de cada proceso donde se tratan los temas
		Formato juramentado. Cumplimiento normas SARLAFT.		En la minuta de los contratos existe una cláusula sobre el cumplimiento de las normas SARLAFT		100%	minutas de contratos

Componente 2: Modelo Integrado Control Financiero

MODELO INTEGRADO DE CONTORL FINANCIERO							
Nº	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCION	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	% EJECUCION	OBSERVACIONES
1	RIESGO APROPIACIÓN DE DINEROS PÚBLICOS: Riesgo que funcionarios públicos apropien dineros puestos	Registro diario de arqueo de cajas del hospital	Realización de arqueos de caja a responsables del manejo de recursos públicos: Cajeros, Caja Menor, etc. (Preventivo) Exigir soportes documentales para	Diariamente se realiza el arqueo a las cajas de la entidad, lo anterior se encuentra en el registro manual que se encuentra bajo custodia en la oficina de Tesorería.	Tesorería. Cajeros. Subgerencia administrativa.	100%	Se evidencia los soportes de cada una de las actividades de tesorería



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT. 891.900.343-6

	bajo su confianza tales como: Copagos de servicios de salud, dineros de caja menor, etc. Sustracción del dinero de las cajas	todos los movimientos de dineros de la institución. (Preventivo) Socialización del código de ética institucional. (Preventivo) Denuncia inmediata de casos detectados a todas las autoridades competentes. (Correctivo) Contar con pólizas de seguros que cubran los recursos financieros del hospital. (Preventivo)	• Para la realización de pagos siempre se verifica el cumplimiento de los soportes documentales los cuales acompañan cada egreso. • A la fecha no han existido casos de hurto que tengan que ser denunciados. • La entidad cuenta con una póliza con el amparo de manejo global que incluye el área de Tesorería.	Control interno.		
				Revisoría fiscal.		
TOTAL AVANCE					100%	

Componente 3: Atención al Ciudadano

ATENCIÓN AL CIUDADANO							
Nº	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCION	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	% EJECUCION	OBSERVACIONES
1	Falta de oportunidad en las citas Medicas	Crear estrategias para disminuir colas.	Disponer funcionario para otorgar citas por teléfono	Se cuenta con un PBX al cual le ingresan 8 llamadas simultaneas	Subgerencia administrativa	70%	A pesar de que se cuenta con un funcionario para la atención del PBX se requiere de un funcionario mas
2	Pérdida de tiempo por el trámite de facturación	Dar preferencia a la población vulnerable como mujeres en embarazo ,ancianos niños y discapacitados	Optimizar tiempo de facturadores con el fin de disminuir colas y dar trato digno a la población vulnerable.	Se cuenta con una nueva área de facturación la cual brinda la comodidad tanto para usuario con pareia los funcionarios.	Subgerencia administrativa y Facturadores	100%	Área de Facturación
3	Falta de información y orientación al usuario en los diferentes servicios.	Validación de derechos. Gestión ante dificultades administrativas	Dictar charlas a usuarios sobre derechos y deberes	NA	SIAU	0%	No se realizaron actividades para este cuatrimestre



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT. 891.900.343-6

4	Falta unificación de información dada al usuario	Brindar información clara y oportuna al usuario. Asistencia a reuniones de comité de ética. Reuniones con facturación.	Realizar inducción específica al personal que ingresa a la ESE. Informar cambios o novedades contractuales al personal.	se realiza inducción al personal que ingresa a la institución tanto de la parte administrativo como misional	SIAU	100%	No se realizaron actividades para este cuatrimestre
5	Que no se logre la convocatoria de los integrantes del Comité de ética.	Cronograma de reuniones Comité de Ética.	Realización comité de ética.	la entidad tiene conformado el comité de ética, el cual tiene establecido reunirse cada tres meses	Coordinador médico. - SIAU	75%	Actas comité de ética
TOTAL AVANCE						69%	

Componente 4: Estrategias de Rendición de Cuentas:

ESTRATEGIAS DE RENDICIÓN DE CUENTAS							
Nº	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCION	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	% EJECUCION	OBSERVACIONES
1	Que no se cumpla con el ejercicio de participación social y la comunidad no participe efectivamente en los procesos de la ESE	Publicación de convocatoria a rendición de cuentas en medios de comunicación de alta difusión.	Cuñas radiales. Volantes. Página web. Carteleras. Etc.	Se realizó la programación de la rendición de cuentas de acuerdo a las directrices plantadas por la normatividad vigente. Se realizó la publicación de la invitación en la página web, además de la invitación personal a miembros y representante de la comunidad, se publicó a demás en las redes sociales del HDSA, y en las carteleras de la entidad.	Alta gerencia	100%	Se evidencia publicaciones realizadas en la página WEB de todo el proceso de rendición de cuentas
2	No realizar seguimiento a las peticiones realizadas por los usuarios en la rendición de cuentas.	Dar cumplimiento a las peticiones realizadas por los usuarios	Responder por el total de peticiones realizadas	durante la rendición de cuentas no se presentó ninguna petición	Gerencia y Subgerencias	100%	No se registraron peticiones en la audiencia de rendición de cuentas
TOTAL AVANCE						100%	



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT. 891.900.343-6

Componente 5: Mecanismo para mejorar la atención al ciudadano:

MECANISMO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO							
Nº	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCION	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	% EJECUCION	OBSERVACIONES
1	Falta de seguimiento y control de las PQRS	Dar respuestas oportunamente a la PQRS de los ciudadanos	Responder el total de quejas y reclamos que presentan los ciudadanos al Hospital Departamental San Antonio	Se han recibido un total de 55 de las cuales se han tramitado 49	Oficina del SIAU	89%	se evidencia informe SIAU
2	No relacionar ni informar sobre las PQRS.	Elaborar un informe mensual sobre el comportamiento de reclamos que presentan los ciudadanos al Hospital Departamental San Antonio.	En las Reuniones del Comité de Control Interno	De acuerdo a la normatividad vigente el informe de PQRS se realiza cada seis meses y es publicado en la página WEB de la entidad.	Oficina del SIAU	100%	Se evidencia informe del SIAU
3	Falta de capacitación a los funcionarios sobre la importancia y obligación de la atención y respuesta oportuna de las PQRS a los usuarios	Campañas de difusión sobre la importancia y obligación de la atención oportuna a las peticiones de los ciudadanos	Programación de Capacitación	se realizó elaboración y ejecución del plan institucional de capacitaciones	Talento Humano - Oficina del SIAU	100%	se evidencia PIC
TOTAL AVANCE						96%	



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT. 891.900.343-6

Componente 6: Otros:

OTROS							
Nº	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACCION	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	% EJECUCION	OBSERVACIONES
1	Incumplimiento de las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Nº Charlas de socialización y actas de compromiso	Cumplimiento al plan anual de trabajo del SG-SST 2019	se encuentre ejecutado 8 actividades del plan anual de SG-SST	Gestión del GAGAS	80%	Las actividades pendientes por cumplimiento: 1. Indicadores del SG-SST que se elaboran de forma anual en el mes de diciembre. 2. Revisión por la alta dirección que está presupuestado para el mes de diciembre 2019.
2	Daño intencional de los equipos o desperdicio intencional de insumos médicos	Registro de mantenimientos correctivos por daños intencionales de los equipos	MONITOREO RIESGOS A	Se estableció el plan de mantenimiento preventivo y correctivo para la vigencia 2019 el cual se ha cumplido en un 85%	Subgerencia Administrativa	85%	se evidencia plan de mantenimiento
3	Negligencia en la atención	Altos índices de productividad.	Seguimiento a la productividad y POE. Índice de satisfacción.	se realiza seguimiento al POE en las auditorías internas, a la fecha solo 7 de los 12 procesos tienen el registro de la producción en PIN	Líderes de los procesos.	58%	se evidencia infancino en la carpeta de CALIDAD
			Tramite oportuno de quejas.	* Se realizan planes de mejoramiento en conjunto con el coordinador médico * Se hace el respectivo proceso de investigación de los hechos para la solución de las PQRS * Responder oportunamente al usuario su petición, queja o reclamo	SIAU	100%	En el transcurso del año 2019 como plan de mejoramiento se prescindió del talento humano especializado.
			Implementación y seguimiento a protocolos de atención.	Se realiza cada miércoles y jueves reunión del personal médico y asistencia en el cual se realizan capacitación de los protocolos de atención	Sub Directora Científica. Coordinador médico.	73%	Asistencia y actas de reunión
4	Mala atención al paciente	Aplicar protocolos de atención	Índice de satisfacción de usuarios.	* Se realiza la encuesta de satisfacción al usuario en los diferentes servicios de manera aleatoria; con el fin de mejorar la satisfacción global de la institución	SIAU	100%	Se realizan mensualmente un aproximado de 525 encuestas en los diferentes servicios



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT. 891.900.343-6

		Formato de PQRS	Trámite oportuno de quejas.	* Se realiza recepción de los formatos de PQRS y se les da su respectivo trámite con respuesta oportuna	SIAU – Sub Directora Científica Coordinador Médico	100%	El usuario cuenta con fácil acceso a la oficina del SIAU y sus canales de comunicación
			Implementación y seguimiento a protocolos de atención.	* Acogiéndose a la normatividad ordenada por el Ministerio de Salud se diligencias los protocolos para la atención al usuario	SIAU	100%	
5	Ausencia no justificada de los funcionarios a las capacitaciones	Agenda de capacitaciones institucionales PAC (Plan Anual de Capacitaciones)	Plan institucional de capacitación aprobado y socializado.	87	Oficina de Talento humano.	71,26%	se evidencia PIC
6	Que se presenten soportes incapacidades médicas falsas para justificar una ausencia.	Trámite de incapacidades médicas y/o permisos remunerados.	Registro por ausentismo laboral.	9 meses	Oficina de Talento humano.	75%	registro de salidas y permisos
7	Falta de Fortalecimiento de los valores institucionales.	Socialización del código de ética y política de buen gobierno.	Realizar en los comités operativos temas sobre el código de ética, política de buen gobierno y SARLAFT.	Cada líder en las reuniones del proceso realiza la socialización y estudio de cada uno de los valores descritos en el código de ética	Líderes de procesos	100%	listados de asistencia y actas de reunión
8	Ausencia de cronograma de reuniones del comité de antijurídico.	Elaborar cronograma de reuniones	N° de actas y reuniones realizadas.	El comité ha realizado el cumplimiento de las reuniones estipuladas en el acto administrativo	Gerencia. Asesor Jurídico.	75%	listados de asistencia y actas de reunión
9	Incumplimiento del plan de Auditorías Integrales a los procesos misionales y de apoyo.	Elaboración de plan de Auditorías aprobadas por el comité de control Interno	Tablero de control	Se elabora el plan de auditorías y fue publicado en la página web de la entidad	Asesor de Control Interno.	100%	Plan de Auditorías aprobado y publicado



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT. 891.900.343-6

10	Falta de seguimiento a los planes de mejoramiento o no cumplimiento de los planes de mejoramiento resultado de las auditorías internas o externa.	Verificación del cumplimiento y seguimiento a la ejecución de los Planes de mejoramiento en el PIN.	Seguimiento a los planes de mejoramiento	La OCI cuenta con el plan de auditorías en la cuales se realiza el seguimiento al os planes de mejoramiento	Líderes de los procesos Asesor de Control Interno y de calidad	50%	seguimiento en la carpeta de Calidad
11	Incumplimiento de las reuniones de los Comités de obligatorio cumplimiento.	Programar reuniones de cada comité de obligatorio cumplimiento.	Elaborar cronogramas y para comités de obligatorio cumplimiento y socializarlo.	Se cuenta con el cronograma de reuniones de los comités de obligatorio cumplimiento dentro de la entidad, tanto de los comités gerenciales como los comités misionales.	Presidentes y secretarios de cada comité de obligatorio cumplimiento.	100%	Actas y asistencia de cada uno de los comités
12	Debilidad en el control de procedimientos en el despacho de insumos y medicamentos.	Seguimiento a medicamentos e insumos entregados.	Adecuando procesos que permitan el control en el despacho y entrega de medicamentos a las diferentes áreas de la institución.	En el mes de febrero se socializa horario de atención a todo el personal con el fin de organizar las entregas. Se está tratando de no hacer entregas manuales sino digitadas en el sistema con el fin de estar al día en las cantidades de los insumos. Se revisó los centros de costos con el fin de que los pedidos sean autorizados por el jefe del área. El auxiliar tiene como compromiso verificar los lotes y fechas de vencimiento de todos los insumos que ingresen al almacén. Se hace seguimiento en pedidos muy considerables.	Almacén y Farmacia.	60%	Hasta la fecha no se ha realizado el inventario físico se tiene planeado para el 26 y 27 de septiembre del 2019
13	Falta de control de ingreso y egreso a la ESE de los vehículos institucionales.	Realizar Control ingreso y egreso de vehículos.	Seguimiento al ingreso de los vehículos institucionales.	Se realizó instalación de cámaras de seguridad en la parte exterior del parqueadero y en la zona derecha del hospital hacia la bodega de desechos para mayor control de ingreso de vehículos.	Subgerencia Administrativa.	100%	
TOTAL AVANCE						80%	



CUMPLIMIENTO PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN ANTICORRUPCION HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO ESE ROLDANILLO	
Componente 1: Planeación Estratégica	75%
Componente 2: Modelo Integrado Control Financiero	100%
Componente 3: Atención al Ciudadano	69%
Componente 4: Estrategias de Rendición de Cuentas	100%
Componente 5: Mecanismo para mejorar la atención al ciudadano:	96%
Componente 6: Otros:	80%
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	87%

RECOMENDACIONES GENERALES:

Implementar estrategias para el desarrollo de las actividades no realizadas que permitan el total cumplimiento del plan, teniendo en cuenta el cronograma planteado para su ejecución.

Continuar con el cumplimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano del HDSA.

Aplicar por parte de los responsables de cada proceso, la cultura del autocontrol, en el cumplimiento de las actividades propuestas.

Atentamente,


VIVIANA ALVAREZ RINCON
Asesora de Control Interno