INFORME SEGUIMIENTO - RIESGOS ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO AGOSTO 2020

1. INTRODUCCÍON

La Ley 87 de 1993, en el artículo 12, literal d) "*Verificar que los controles asociados a cada una de las actividades de la organización, estén adecuadamente definidos, sean apropiados y se mejoren permanentemente, de acuerdo con la evolución de la entidad*", el Artículo 73 "*Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano"* de la Ley 1474 de 2011, el Decreto 1083 de 2015, el Decreto 124 de 2016 Articulo 2.1.4.6 *Mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo,* lo establecido en el documento "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción 2015" versión 2, se establece que las Oficinas de Control Interno, deben realizar seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y evaluación al Mapa de Riesgos de Corrupción al interior de sus entidades.

2. OBJETIVO

GENERAL

Seguimiento a las actividades consignadas en el Mapa de Riesgos de Corrupción de la Red de Salud de Ladera y evaluar el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia a junio 2020.

ESPECIFICOS

Verificar los resultados del análisis de riesgos de la Red, de acuerdo con los controles establecidos y recomendar en los casos que se requiera y ajustes a que hubiere lugar.

Establecer la eficacia de los controles del Mapa de Riesgos de la Entidad.

Analizar el cumplimiento de las actividades propuestas en el Plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano.

3. ALCANCE

Seguimiento el cual analiza la composición del mapa de riesgos de corrupción, la gestión de los controles y de los riesgos identificados, así como el cumplimiento de las actividades de control incluidas dentro del componente del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano *"Gestión del Riesgo – Mapa de Riesgos de Corrupción*" de la Red de Salud de Ladera, para el periodo 2020.

4. CRITERIOS

Ley 87 de 1993, establece: "El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad.

Ley 1474 de 2011, "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública".

Ley 1778 de 2016 "por la cual se dictan normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de corrupción transnacional y se dictan otras disposiciones en materia de lucha contra la corrupción"

Decreto 1083 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública".

Decreto 1081 de 2015, único de la Presidencia de la Republica, Artículo 2.1.4.1 y siguientes, señalan como metodología para elaborar la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, contenida en el documento "Estrategia para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".

Decreto 124 de 2016 Articulo 2.1.4.6 Mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo.

Red de Salud de Ladera - Mapa de Riesgos de Corrupción y Atención al Ciudadano 2019.

5. DESARROLLO

Auditorias Aseguradoras – Revisoría Fiscal e Internas deCalidad.

Teniendo en cuenta los resultados de las auditorias adelantadas por las diferentes aseguradoras, Revisoría Fiscal y auditorías internas de la Red en la vigencia fiscal 2020, se obtienen los respectivos informes, de los cuales se derivan los planes de mejoramiento por proceso; en consecuencia a continuación se presenta relación de los planes de mejoramiento originados de los respectivos informes y suscritos por la empresa con las diferentes aseguradoras, Revisoría Fiscal y a nivel interno con la oficina de Planeación y Calidad en la vigencia2019.

El siguiente cuadro indica el número de observaciones resultantes de las auditorías realizadas en la vigencia 2019 y a sept 10 de 2020, identificadas por cada proceso.

En relación a la aseguradora o proceso que ejecutó la auditoria, el resultado de observaciones detectadas es:

RED DE SALUD DE LADERA - E.S.E.
"INTELIGENTE POR LA VIDA"

RED DE SALUD DE LADERA - ESTADO ACCIONES DE MEJORAMIENTO POR CADA PROCESO - Diciembre de 2019

Nombre del Proceso.	Responsable	Analisis de Indicadores	Auditoria Contraloria	Auditoria Icontec	Auditoria Medica	Comité de VigilanciaEpidemiológica	Interventorias E.P.S Coosalud	Priorizacion de Acreditacion	RevisoriaFiscal(Ambiental)	Seguridad del Paciente	Total general
SUBGERENCIA CIENTIFICA	Luz Karime Gaviria		3					2			5
SUBGERENCIA PYP	Ricardo Lopez L.		3					1			4
U.A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Luz Elena Muñoz							2			2
U.A ACTIVOS FIJOS	Andres Orobio		2							1	3
U.A FACTURACION	Carlos H. Aguilar		4		1						5
U.A FINANCIERO	Jorge E. Aguilar		3					1			4
U.A GESTION AMBIENTAL	Andres Orobio								10		10
U.A JURIDICO	Orlando Garcia		5								5
U.A PLANEACION	Steven Zapata		4				14	4			22
U.A RECURSOS FISICOS	Andres Orobio	1		1						1	3
U.A SIAU	Lina Varela			1				1			2
U.A SISTEMAS	Julio Cuero		2		1			1			4
U.A TALENTO HUMANO	Belsy Montaña		1								1
U.E.N APOYO DIAGNOSTICO	Yazmin Valencia	1								2	3
U.E.N ATENCION A LA INFANCIA	Stephania Ramirez	1			3	1				1	6
U.E.N ATENCION A LA MUJER GEST. Y PARTOS	Carolina Medina				10					1	11
U.E.N ATENCION MEDICA GENER Y ESPECIALIZ.	Luz Karime Gaviria	1									1
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	Carmen C. Gutierrez									2	2
U.E.N URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	Julian Villada			1	10					15	26
Total general		**4**	**27**	**3**	**25**	**1**	**14**	**12**	**10**	**23**	**119**

Fuente: Herramienta SIGES

Las observaciones o debilidades identificadas en la prestación de los servicios de salud en la Red, los procesos con mayor participación durante la vigencia 2019 son los procesos los asistenciales el 71% y los administrativos tienen una participación del 29%; los cuales surgen de la debilidad en el cumplimiento estricto de los protocolos establecidos en la normatividad que regula el sistema de salud y los procedimientos (POEs) Proceso Operativo Estándar, establecidos por la entidad a nivel

interno; debilidades observadas en el registro en la H.C., medición de indicadores, soporte de los mismos, acatamiento de tiempos, evidencia de actividades, cumplimiento de metas, entre otros.

RED DE SALUD DE LADERA - ESTADO ACCIONES DE MEJORAMIENTO POR CADA PROCESO - SEPTIEMBRE 10 2020

Nombre del Proceso	Responsable	Auditorias de Control (Interno)	InterventoriaSecretaria de Salud	RevisoriaFiscal(Administrativa)	Seguridad del Paciente	Total general
GESTION CLINICA	Shirley Moreno A.		1			1
U.A COMPRAS	Julian Vargas	1				1
U.A FACTURACION	Carlos H. Aguilar	1				1
U.A FARMACIA	Mara Torres	2				2
U.A FINANCIERO	Viviana Soto	3		7		10
U.A JURIDICO	Martha C, Lopez	2				2
U.A TALENTO HUMANO	BelsyMontaño		2			2
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	Julian Villada		1		5	6
Total general		**9**	**4**	**7**	**5**	**25**

Fuente: Herramienta SIGEs

En lo corrido del año 2020 la principal fuente de acciones de mejoramiento corresponde a las determinadas por la Auditorías Internas con el 36%, de la revisoría fiscal con el 28% que se podría catalogar como administrativas con el 64% y las que están relacionadas con la prestación de los servicios de salud con el 36%.

Resultados de las Auditorías realizadas por los entes de Control.

En el cuadro a continuación se relaciona las observaciones derivadas de las auditorias ejecutadas por la entidad de control en la vigencia del año 2019 año; hallazgos están relacionados principalmente con el proceso de contratación, registro y cobro de los servicios prestados e informes de interventoría que den cuenta del seguimiento al cumplimiento del objeto contractual por parte de quien tiene esta responsabilidad (supervisor e interventor).

RED DE SALUD DE LADERA - ESTADO ACCIONES DE MEJORAMIENTO ABIERTAS POR CADA PROCESO - DICIEMBRE DE 2019								
Nombre del Proceso	Análisis de Indicadores	Auditoria Contraloría	Auditoria Medica	Interventorías E.P.S Coosalud	Priorización de Acreditación	RevisoríaFiscal(Ambiental)	Seguridad del Paciente	Total general
SUBGERENCIA CIENTIFICA		3			2			5
SUBGERENCIA PYP		3			1			4
U.A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y SALUD PUBLICA					2			2
U.A ACTIVOS FIJOS		1						1
U.A FINANCIERO		2			1			3
U.A GESTION AMBIENTAL						4		4
U.A JURIDICO		5						5
U.A PLANEACION		1		14	4			19
U.A RECURSOS FISICOS	1						1	2
U.A SIAU					1			1
U.A SISTEMAS			1					1
U.A TALENTO HUMANO		1						1
U.E.N APOYO DIAGNOSTICO							1	1
U.E.N ATENCION A LA INFANCIA			1					1
U.E.N URGENCIAS Y HOSPITALIZACION			9				4	13
Total general	**1**	**16**	**11**	**14**	**11**	**4**	**6**	**63**

Fuente: Herramienta SIGES

Durante el 2019 como se registro en el informe anterior, se presentaron las observaciones con incidencia disciplinaria, originadas por la falta de registro oportuno, gestión de cobro y debilidad en seguimiento del supervisor e interventor al cumplimiento del objeto contractual, mediante informes y soportes que de forma clara contribuyan a verificar el cumplimiento por parte de la parte contratista al objeto delcontrato.

Igualmente, en el informe de Riesgos anticorrupción y atención al Ciudadano una de la principales observación presentada, el contratista dio cumplimiento al objeto contractual mediante la entrega del producto objeto del contrato, solo que el supervisor/interventor del contrato, no presentó dentro de los informes, soportes, evidencias, análisis respectivo, el cual permita conocer el seguimiento realizado por parte de este, y así garantizar a la Red de Salud de Ladera, la eficacia de la acción del interventor osuperior.

Se prestan dos observaciones relacionadas con la rendición de la cuenta, es de anotar que la Red, consolidó y rindió la información en los formatos cargados en la página de la entidad de control, sin embargo se genera la observación administrativa.

RED DE SALUD DE LADERA - ESTADO ACCIONES DE MEJORAMIENTO ABIERTAS POR CADA PROCESO - SEPTIEMBRE DE 2020			
Nombre del Proceso	Auditorias de Control (Control Interno)	InterventoríaSecretaria de Salud	Total general
GESTION CLINICA		1	1
U.A COMPRAS	1		1
U.A FACTURACION	1		1
U.A FARMACIA	2		2
U.A FINANCIERO	3		3
U.A JURIDICO	1		1
U.A TALENTO HUMANO		2	2
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION		1	1
Total general	**8**	**4**	**12**
Fuente: Herramienta SIGES			

Inicialmente, es importante mencionar que debido a la emergencia social, económica y sanitaria originada por la pandemia del COVID 19, la Contraloría General del Municipio Santiago de Cali anuncio que la auditoria regular de cada vigencia se aplazo para el año 2021.

En el cuadro anterior se observa que el 67% de las acciones abiertas corresponde a las establecida por auditorias de Control Interno y el 37% las de interventoría que realiza la Secretaria de Salud

Auditoria SSPM, a tres IPS Cañaveralejo, Terrón Colorado y Siloé.

Las acciones de mejoramiento presentadas en la evaluación de los servicios de urgencias y laboratorio de la Red durante el año 2019, describen observaciones principalmente identificadas en los servicios prestados; en laboratorio, urgencias y consulta médica; sin dejar de reconocer que existen otros procesos vinculados como son atención al usuario, activos, planeación y otros programas de promoción y prevención.

Para el año 2020 como se registro en el cuadro anterior. Las cuatro acciones abiertas correspondientes al 36% de los mismos, relacionadas con auditorías realizadas por la SSPM.

RED DE SALUD DE LADERA - ESTADO ACCIONES DE MEJORAMIENTO S.S.P.M. DE SANTIAGO DE CALI - DICIEMBRE DE 2019						
N°	PROCESO	RESPONSABLE	IPS CAÑAVERALEJO	IPS TERRON COLORADO	IPS SILOÉ	TOTAL POR PROCESO
1	ACTIVOS	ANDRÉS OROBIO	7			7
2	ADULTO MAYOR	ISABEL URRUTIA	1			1
3	ATENCIÓN AL USUARIO	LINA VARELA	6			6
4	ATENCIÓN AL USUARIO JEFE DE ZONA	LINA VARELA ZORANGE PUNGO	4			4
5	CALIDAD	GEOVANY ESCOBAR	2	1	1	4
6	LABORATORIO	YAZMÍN VALENCIA	9	8	7	24
7	PLANEACIÓN	STEVEN ZAPATA	6			6
8	PROCESO PSICOSOCIAL	MERY CABALLERO	1			1
9	PROGRAMA MUJER Y GESTANTE	CAROLINA MEDINA	4			4
10	REFERENTE CÁNCER	CAROLINA AMAYA	1			1
11	RESPONSABLE DE FARMACIA	MARA TORRES	2			2
12	SALUD OCUPACIONAL	DIANA IBARRA	1			1
13	SEGURIDAD AL PACIENTE	SHIRLEY MORENO	1			1
14	SERVICIO DE URGENCIAS	JULIÁN VILLADA	7	3	2	12
15	SUBGERENCIA ASISTENCIAL	LUZ KARIME GAVIRIA	6	2	2	10
16	TALENTO HUMANO	MARLY VARELA	2			2
17	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	LUZ ELENA GARZÓN	5			5
TOTAL			**65**	**14**	**12**	**91**

Fuente: Herramienta SIGES

Mapa de Riesgos Anticorrupción

El objetivo del Plan Anticorrupción se define como la contribución en la lucha contra la corrupción, a través de la implementación de un plan que permita desarrollar estrategias y prácticas para la prevención y disminución de situaciones o actos de corrupción, orientándose hacia una gestión íntegra y transparente, con principios y valores éticos frente a todos sus grupos de interés, garantizando la aplicación de lo dispuesto en la normatividad vigente.

El Seguimiento Mapa de Riesgos de Corrupción se encuentra enmarcado en el componente de Administración del Riesgo del Modelo Estándar de Control Interno-MECI definido en la 7ª Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, denominada Dimensión Control Interno; este seguimiento obedece a la responsabilidad que tiene la Oficina de Control Interno como Tercera Línea de Defensa, de: "Asesorar en metodologías para la identificación y administración de los riesgos en coordinación con la Segunda Línea de Defensa, Revisar la efectividad y la aplicación de controles y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad"; es de anotar que el Mapa de Riesgos de Anticorrupción 2019, se encuentra publicado en la página Web de la Red de Salud de Ladera.

El grupo de Planeación, Control Interno y Lideres de proceso, evalúan el Mapa de Riesgos de la Red, identifica y clasifica los riesgos por proceso, con análisis y valoración de los mismos, controles existentes, acciones tomadas, acciones a tomar y opciones de manejo; con el fin de efectuar los ajustes respectivos en los manuales de funciones y procedimientos de la entidad.

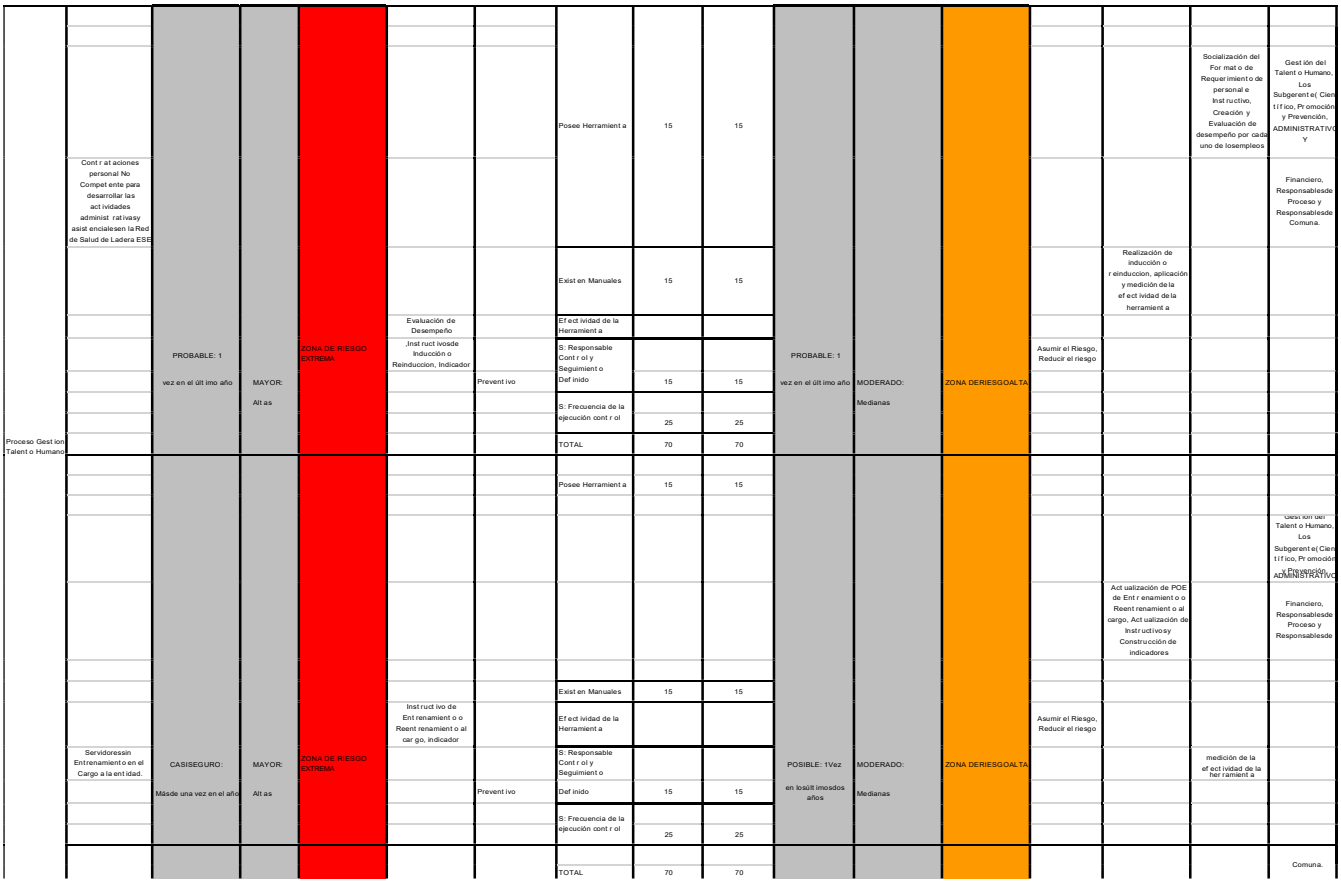
Dando cumplimiento al Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, la Red de Salud Ladera publica en su sitio Web oficial un enlace de Atención al Ciudadano para que se cuente con un espacio para presentar quejas, reclamos y denuncias de los actos de corrupción realizados por servidores públicos o que desarrollen funciones públicas de la entidad.

Entre los riesgos de corrupción establecidos con mayor impacto y al aplicar los controles diseñados para su mitigación quedan con riesgo residual de impacto de riesgo alto, son:

- Manejo inapropiado de la inversión del anticipo.
- Incumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato; incluido pago de multas y clausulaspecuniarias.
- Falta de calidad y estabilidad de la obra.
- Deficiencia en la prestación del servicio.
- Fraude.
- Fallas en la calidad de la atención en salud

RED DE SALUD DE LADERA · E.S.E.
"INTELIGENTE POR LA VIDA"

Nombre del Proceso		CALIFICACION		EVALUACION DEL RIESGO	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL	VALORACION CONTROL			CALIFICACION			OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES TOMADAS	RESPONSABLE	INDICADOR
proceso	RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO				Criterios	Probabilidad	Impacto	PROBABILIDAD	IMPACTO					
							Posee Herramienta		15			NUEVA EVALUACION				
							Existen Manuales		15					Pólizadeduan manejo y cor r ectainver sión del anticipo/ Designaciónde Supervisor		
					Gar antía del buenmanejo y cor r ectainver sión del anticipo		Efectividaddela Her r amienta		30				Reducir , evitar , compartir transferir			Opor tunidad en la legalización de los contr atos.
	Manejo inadecuado de la inversión del anticipo.	Raro	Mayor	ZONA DE RIESGO ALTA		Pr eventivo	S:Responsable Control y Seguimiento Def inido		15	Raro	Menor	ZONA DE RIESGO BAJA			Of icina Jur ídica - Supervisor	
							S: Fr ecuencia de la ejecución contr ol		25							
							TOTAL		100							
							Posee Herr amienta		15							
	Incumplimiento de las obligaciones sur gidas del contrato establ incluyendo ene lase l pago de multas y cláusulaspenal pecuniar ia, cuando eshayapactadoen el contr ato.						Existen Manuales		15							
							Efectividaddela Her r amienta		30				Reducir , evitar , compartir transferir	Póliza de Cumplimiento/ DesignacióndeSupervisor.		Opor tunidad en la legalización de los contr atos.
		Posible	Catastr óf ico	ZONA DE RIESGO EXTREMA	Gar antíade Cumplimiento	Pr eventivo	S:Responsable Control y Seguimiento Def inido		15	Posible	Moder ado	ZONA DE RIESGO ALTA			Of icina Jur ídica - Supervisor	
							S: Fr ecuencia de la ejecución contr ol		25							
							TOTAL		100							
							Posee Herr amienta		15							
							Existen Manuales		15							
							Efectividaddela Her r amienta		30					Pólizade Estabilidad y Calidaddela Obr a		
proceso gestion jurídica	Falta deestabilidad y calidad de la obr a.	Posible	Mayor	ZONA DE RIESGO ALTA	Gar antía de Estabilidad y Calidad de la Obr a.	Pr eventivo	S:Responsable Control y Seguimiento Def inido		15	Posible	Menor	ZONA DE RIESGO MODERADO	Reducir , evitar , compartir transferir	/ DesignacióndeSupervisor.	Of icina Jur ídica - Supervisor	Opor tunidad en la legalización de los contr atos.
							S: Fr ecuencia de la ejecución contr ol		25							
							TOTAL		100							
							Posee Herr amienta		15							
							Existen Manuales		15							
							Efectividaddela Her r amienta		30					Pólizadecalidaddel servicio/ Designacióndel Supervisor.		
	Def iciencia la calidad del ser vicio												Reducir , evitar , compartir transferir		Of icina Jur ídica - Supervisor	Opor tunidad en la legalización de los contr atos.
		Posible	Mayor	ZONA DE RIESGO ALTA	Gar antíade calidaddel ser vicio	Pr eventivo	S:Responsable Control y Seguimiento Def inido		15	Posible	Menor	ZONA DE RIESGO MODERADO				
							S: Fr ecuencia de la ejecución contr ol		25							
							TOTAL		100							
							Posee Herr amienta		15							
							Existen Manuales		15							
							Efectividaddela Her r amienta		30					Pólizade Responsabilidad Civil Extr acontr actual / DesignacióndeSupervisor.		
	Reclamaciones de ter cer os der ivadas de la r esponsabilidad extr acontr actual que pueda sur gir de las actuaciones, hechos u omisiones del contr atista y subcontr atistas.						S:Responsable Control y Seguimiento Def inido		15				Reducir , evitar , compartir transferir		Of icina Jur ídica - Supervisor	Opor tunidad en la legalización de los contr atos.
		Posible	Catastr óf ico	ZONA DE RIESGO EXTREMA	Gar antíade Responsabilidad Civil Extr acontr actual	Pr eventivo	S: Fr ecuencia de la ejecución contr ol		25	Posible	Moder ado	ZONA DE RIESGO ALTA				
							TOTAL		100							
							Posee Herramienta	15	15					Capacit ación t écnica en progr amas de promoción y prevención al personal asist encial y administ rat ivo, seguimient o de adherencia a PCE y normas, audit or ía de procesos, seguimiento a indicadores de procesos y resultado		
Proceso Prest ación de Servicios de Salud							Exist en Manuales	15	15						Capacitación de los procesos, garant izando r ecurso humano capacit ado y con per f il, dot ación de equipos e insumos de calidad y oportunos, personal con compromiso inst it ucional par a logro de result ados	
					Lí deres de		Efect ividad de la Her ramient a									
		CASI SEGURO:	MAYOR:	ZONA DE	pr ocesos par a								Reducir, evit ar, compartir t ransferir			Cr ónicas procesos de promoción y prevención/ Audit or ía médica
	Fallas en la calidad de la at ención en salud	Más de una vez en el año	Alt as	RIESGO EXTREMA	seguimient oy audit or ía cont inua de los procesos	Correct ivo	S: Responsable Cont r ol y Seguimient o			CASI SEGURO: Más de una vez en el año	MAYOR: Alt as	ZONA DE RIESGO ALTA				
							Def inido	15	15							
							S: Frecuencia de la ejecución cont r ol	25	25							
							TOTAL	70	70							



							Posee Herramient a	15	15					Socialización del For mat o de Requer imient o de personal e Inst ructivo, Creación y Evaluación de desempeño por cada uno de losempleos	Gest ión del Talent o Humano, Los Subgerent e(Cien tífico, Pr omoción y Prevención, ADMINISTRATIVO Y
	Cont r at aciones personal No Compet ente para desarrollar las act ividades administ rativasy asist encialesen la Red de Salud de Ladera ESE														Financiero, Responsablesde Proceso y Responsablesde Comuna.
							Exist en Manuales	15	15					Realización de inducción o r einduccion, aplicación y medición de la ef ect ividad de la herramient a	
					Evaluación de Desempeño		Ef ect ividad de la Herramient a								
		PROBABLE: 1		ZONA DE RIESGO EXTREMA	,Inst ruct ivosde Inducción o Reinduccion, Indicador		S: Responsable Cont r ol y Seguimient o			PROBABLE: 1			Asumir el Riesgo, Reducir el riesgo			
		vez en el últ imo año	MAYOR:			Prevent ivo	Def inido	15	15	vez en el últ imo año	MODERADO:	ZONA DERIESGOALTA			
			Alt as				S: Frecuencia de la ejecución cont r ol				Medianas				
								25	25						
Proceso Gest ion Talent o Humano							TOTAL	70	70						
							Posee Herramient a	15	15						Gest ión del Talent o Humano, Los Subgerent e(Cien tífico, Pr omoción y Prevención, ADMINISTRATIVO
														Act ualización de POE de Ent r enamient o o Reent renamient o al cargo, Act ualización de Inst ructivosy Construcción de indicadores	Financiero, Responsablesde Proceso y Responsablesde
							Exist en Manuales	15	15						
					Inst ruct ivo de Ent renamient o o Reent renamient o al car go, indicador		Ef ect ividad de la Herramient a						Asumir el Riesgo, Reducir el riesgo		
	Servidoressin Entrenamient o en el Cargo a la ent idad.	CASISEGURO:	MAYOR:	ZONA DE RIESGO EXTREMA			S: Responsable Cont r ol y Seguimient o			POSIBLE: 1Vez	MODERADO:	ZONA DERIESGOALTA			medición de la ef ect ividad de la her ramient a
		Másde una vez en el año	Alt as			Prevent ivo	Def inido	15	15	en losúlt imosdos años	Medianas				
							S: Frecuencia de la ejecución cont r ol								
								25	25						
							TOTAL	70	70						Comuna.

Fuente: Planeación - Mapa de Riesgos Anticorrupción Red Ladera 2020

Revisión de Controles

Evaluación Control Interno Contable: El cual está enmarcado en la Resolución 248 de 2007 y reglamentado formalmente por la Resolución 357 de 2008 de la Contaduría General de la Nación, proceso que está bajo la responsabilidad del representante legal o máximo directivo de la entidad contable pública, así como de los directivos de primer nivel responsables de las áreas contables, con el fin de lograr la existencia y efectividad de los procedimientos de control y verificación de las actividades propias del procesocontable.

En el mes de febrero de 2020 el área de control interno rindió el Informe de Control Interno Contable vigencia 2019, dando como resultado la Valoración Cuantitativa, de acuerdo a la evaluación del cuestionario del control interno contable, vigencia 2019, valorando la existencia y el grado de efectividad de los controles asociados con el cumplimiento del marco normativo, se obtuvo el siguiente resultado.

La evaluación del cuestionario del control interno contable, valorando la existencia y el grado de efectividad de los controles asociados con el cumplimiento del marco normativo, se obtuvo el siguiente resultado.

La evaluación del cuestionario del control interno contable, valorando la existencia y el grado de efectividad de los controles asociados con el cumplimiento del marco normativo, se obtuvo el siguiente resultado.

MÁXIMO A OBTENER	**5**
Total Preguntas	32
Puntaje Obtenido	31,23
Porcentaje Obtenido	0,98
Calificación	**4,88**

Fuente: Resultado de la encuesta de evaluación. Informe del Sistema de Control Interno año 2020

La anterior calificación, revela el grado de interpretación del sistema de Control Interno Contable de manera "**Eficiente"** para todos los componentes de la evaluación.

Igualmente, en el informe se determina la actualización del mapa de riesgos de los procesos, igualmente en las reuniones del Comité de Planeación y Gestión se definen los criterios acorde con la normatividad vigente Resolución 414 de 2014.

Resultado Evaluación:

Como se ha mencionado durante el informe, la Red de Salud de Ladera en la vigencia 2020, por la emergencia sanitaria, económica y social generada por la pandemia COVID 19 la Contraloría General de Santiago de Cali no ha realizado auditoria regular de 2019 y la fuente principal son las realizadas por la oficina de Control Interno de acuerdo con sus auditorías realizadas en el periodo, se puede concluir:

Auditorías Internas.

Los contratos, órdenes de compra revisados y cartas de gerencia cuentan con los documentos soporte del proceso precontractual, contractual y pos contractual; como son estudios previos, análisis, riesgos, disponibilidad, registro, contrato, orden de suministro, póliza; acta de interventoría y comprobante de ingreso al almacén, cuando corresponda; acorde con los requisitos establecidos en el Manual de Contratación de la Red.

La Red de Salud de Ladera, con respecto a la rendición de la cuenta a las entidades de control, en la muestra revisada, se observa cumplimiento tanto al cargue en la Plataforma del SECOP y al aplicativo SIA Observa de la Auditoria General de laRepública y el envío de la información que se suscribieron para mitigar la pandemia.

Los contratos suscritos por la Red de Salud de Ladera, cuentan con la designación de supervisor o interventor, bajo su responsabilidad se encuentra el seguimiento y verificación del cumplimiento del objeto contractual; el cual debe hacerse en el software R-Fast, diligenciando el documento acta de interventoría y pago. Para las órdenes de compra el soporte de recibo a satisfacción del bien,

Corresponde al registro de ingreso al almacén, los contratos de obra civil, cuentan con carpeta que soporta la etapa pre-contractual, contractual y pos-contractual.

Dando cumplimiento al artículo 127 de la Ley 1474 de 2011 y a la metodología implementada por la Contraloría General de Santiago de Cali, a través de la presente auditoria se evidenciaron dos beneficios de control fiscal cualitativos, los cuales se encuentran debidamente comprobados, a través de pruebas documentales practicadas por parte del equipo auditor durante la ejecución de la precitada auditoria así:

Auditoría Externa Gestión de Glosas: Como resultado del ejercicio de auditoría se pudo establecer que el proceso de facturación, glosas, cobro y recobro de la Red garantiza su subsistencia mediante la producción y venta de servicios asistenciales; sin embargo, en la liquidación y registro sistemático e individual de los procedimientos realizados y servicios prestados a cada usuario se presentan deficiencias, en muchos casos de tipo administrativo, las cuales deben demandar mayor atención por parte de la entidad.

Auditoría Externa en Modernización y Tecnología: La contratación correspondiente a los proyectos de infraestructura y mobiliario generados desde la Secretaría de Salud Pública Municipal mediante convenios interadministrativos con las E.S.E., del municipio y los contratos celebrados por estas con los contratistas ejecutores de las obras y/o suministros, con los recursos asignados para ello, de lo cual se detectaron debilidades administrativas en la planeación, publicidad y supervisión de los mismos.

Auditoría externa Regular Vigencia 2019 La Contraloría General de Santiago de Cali, no se ha realizado a la fecha.

Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano

En el siguiente cuadro ilustra el criterio de las quejas y cantidad de las mismas en el periodo de enero a junio del 2020.

CLASIFICACION DE LOS REQUERIMIENTOS	TOTAL	%
INCONFORMIDAD CON LA ASISTENCIA O TRATAMIENTO RECIBIDOS	10	27%
DEMORA EN LA ATENCION	1	3%
TRATO INADECUADO	12	32%
DEMORA EN LA ASIGNACION DE CITAS	3	8%
ACCESIBILIDAD	3	8%
RECURSOS HUMANOS	3	8%
TRAMITES DE DOCUMENTACION	0	0%
COBRO INADECUADO	0	0%
ENTORNO	1	3%
FELICITACION	4	11%
TOTAL	**37**	100

Informe Quejas por Criterio – Fuente Atención al Usuario.

El informe de PQR estado de Quejas y Reclamos generadas por la prestación de servicios y presentadas por los usuarios adscritos a la Red de Salud Ladera, en el periodo comprendido entre enero a junio de 2020, las cuales son derivadas de la prestación del servicio, durante el periodo auditado se registraron 37 requerimientos, clasificado por los siguientes motivos: Trato inadecuado 12 para el 32%, Inconformidad con la atención 10 para el 27%, las demoras en la asignación de citas, accesibilidad y recursos humanos cada una con el 3 requerimientos para un 8% y la demora en la asignación de citas y entorno cada una con 1 para el 3% para cada requerimiento. Es importante resaltar que el 11% de los requerimientos que corresponde a 4 son felicitaciones por el servicio prestado.

RESUMEN PQRS-F POR UNIDAD DE SERVICIO Y / O APOYO		
REQUERIMIENTO	**TOTAL**	**%**
FACTURACION	7	19%
ATENCION MEDICA GENERAL Y ESPECIALIZADA	6	16%
ATENCION AL USUARIO	6	16%
HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	3	8%
ATENCION A LA GESTANTE Y PARTOS	3	8%
APOYO DIAGNOSTICO	3	8%
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	2	5%
FARMACIA	2	5%
COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	1	3%
ATENCION AL ADULTO Y ENFERMEDADES CRONICAS	1	3%
ATENCION A LA INFANCIA	1	3%
SISTEMAS	1	3%
TELESALUD	1	3%
CIRUGIA	0	0%
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	0	0%
ATENCION INTEGRAL A LA SALUD ORAL	0	0%
ATENCION PSICOSOCIAL	0	0%
ZONA URBANA SUR	0	0%
ZONA URBANA NORTE	0	0%
TOTAL DE REQUERIMIENTOS	37	100

informe Quejas por proceso – Fuente Atención al Usuario.

Las PQRS en lo que va la vigencia 2020 se han presentado 37, de la cuales el 19% corresponde a reclamos en facturación, el 16% por Atención Médica General y Especializada y Atenciones al Usuario; el 8% en los procesos de Hospitalización y Cirugía, Atención a Gestante y Partos y Apoyo Diagnostico respectivamente; el 5% en los procesos Salud Sexual y Reproductiva y en Farmacia y el 5% en Complemento Terapéutica, Atención al Adulto y Enfermedades Crónicas, Atención a la Infancia y al proceso Telesalud, correspondiendo al 100% de los requerimientos.

El comportamiento por IPS durante el primer semestre del año 2020, indica el mayor número de reclamaciones se presentan en su orden; 24% Meléndez y Terrón Colorado, 19% Montebello, 8% Hospital Cañaveralejo, 3% Siloé. Las quejas presentadas ante las anteriores IPS representan el 89% del total de reclamaciones realizadas por losusuarios, el 11% restante se ubican en las IPS Satélites, cascajal con el 5%, Pance y Vista Hermosa con el 1%.

RESUMEN DE VENCIMIENTO DE REQUERIMIENTOS	AÑO	
	2019	2020
REQ. CERRADOS ANTES DE 15 DIAS	28	6
REQ. ABIERTOS		3

Es importante resaltar que al 30 de junio de 2020, el 100% de los PQRS del año 2019 se resolvieron dentro los 15 días hábiles que otorga la ley y durante el año 2020 6 PQRS-F 6 se contestaron dentro del término y 3 superaron el término.

6. CONCLUSIONES

- De acuerdo con lo expuesto en el presente documento, se concluye que el Mapa de Riesgos Anticorrupción, cuenta con los mecanismos y controles que logran administrar adecuadamente las situaciones que se pudieran presentar.

- Se evidencia Mapa de Riesgos por proceso, debidamente actualizado igualmente, Mapa de Riesgos Anticorrupción, permitiendo contar con herramientas de control, para minimizar los riesgos de la empresa.

- Durante la vigencia evaluada, la nueva administración implemento un nuevo mecanismo de contratación denominado: "Carta de Gerencia", el cual se encuentra en el Estatuto de Contratación de la Red Salud del Ladera E.S.E, Resolución 142 A del 29 agosto de 2014, en su artículo No 16 parágrafo 1.

- La evaluación del control interno contable de acuerdo a las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno, revela los hechos económicos y transacciones efectuados por la Red Ladera, de acuerdo al Plan General de la Contaduría Pública, de igual forma registra los datos en los libros de contabilidad y estos corresponden a la información contenida en los comprobantes y demás documentos soporte.

- La evaluación realizada al proceso de contratación de la Red, evidencia cumplimiento en el las etapas precontractual, contractual y pos-contractual, garantizando el objeto contractual.

Las observaciones presentadas corresponden a situaciones administrativas que no generan mayor impacto, como son registro, además se le da tratamiento acorde con las acciones de mejoramiento suscritas con las diferentes entidades de control.

En relación con las quejas y reclamos presentados por los usuarios, estos están directamente relacionados con la prestación del servicio de salud, observándose las principales causas se relacionan a: **Inconformidad en la Atención o Servicio Recibido, Trato Inadecuado, Demora en la Asignación de Citas, Demora en la Atención, Entorno y Accesibilidad. Los anteriores criterios representan el 89% del total de reclamaciones.** Lo anterior implica establecer estrategia conjunta entre los procesos implicados, que conduzca a la mejora, la cual permita impactar positivamente la prestación del servicio a los usuarios, minimizando la cantidad de quejas presentadas.



JUAN CARLOS GARCIA COLLAZOS
Jefe Oficina de Control Interno (E)
Red de Salud de Ladera E.S.E.

Apoyo: Gregorio Franco Cortes -Contratista