



| GESTIÓN DE CONTROL INTERNO   |   |  |             |   |
|--|---|--|-------------|---|
| INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO PAAC |   |  |             |   |
| SEGUIMIENTO I OCI  |   |  |             |   |
| ENTIDAD: Guachavés Centro de Salud E.S.E.                                  |   |  |             |   |
| VIGENCIA: 2023 corte 30 de junio   |   |  |             |   |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: 18 de julio de 2023                                  |   |  |             |   |
| COMPONENTE: Direccionamiento Estratégico                                   |   |  |             |   |
| PERIODO SEGUIMIENTO:   |   | 01 de enero a 30 de junio de 2023  |             |   |
| COMPONENTE   | ACTIVIDADES PROGRAMADAS   | ACTIVIDADES CUMPLIDAS  | % DE AVANCE | OBSERVACIONES   |
| <b>GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN</b>    | 1. Identificar los posibles Riesgos de Corrupción en la E.S.E. del Municipio de Santacruz.  | Se realizó seguimiento al PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO PARA LA VIGENCIA 2023 primer semestre. En cumplimiento del Decreto 612 de 2017  | 100%        | La Oficina de Control Interno realizó seguimiento al PAAC 2023 y se publicó el informe en la página web del centro de salud <a href="https://www.eseguachaves.gov.co/">https://www.eseguachaves.gov.co/</a> |
|  | 2. Actualizar permanentemente el MECI y MIPG.   | Se está actualizando el MECI e implementando el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG para dar cumplimiento al Decreto 943 del 24 de mayo del 2014, Decreto 1499 de 11 de Septiembre de 2017 y Decreto 612 de Abril 4 de 2018 y la Resolución 036 de 10 de agosto de 2018. | 100%        | La Oficina de Control Interno elaboró Plan de Acción para realizar cumplimiento al MECI y al MIPG.  |
|  | 3. Rechazo de ofertas que no cumplen con los requisitos para contratar. Verificación de requisitos.   | No se encontró ofertas para ser rechazadas por incumplimiento de requisitos.   | 100%        | Se hace verificación de cumplimiento de requisitos para contratación.   |
|  | 4. Rechazo de oferentes inmersos en el régimen de inhabilidades.  | Se ha cumplido con este seguimiento  | 100%        | Se hace verificación de cumplimiento de requisitos para contratación.   |
|  | 5. Seguimiento a la expedición de disponibilidades, Registros, reservas y órdenes de pago.  | Se ha cumplido con este seguimiento  | 100%        | Se realiza seguimiento a la Subgerencia Administrativa y financiera que hace las veces de tesorería.  |
|  | 6. Ejercer control preventivo a las obligaciones contractuales antes de realizar pago.  | Se ha cumplido con este seguimiento  | 100%        | La oficina de Control Interno continúa recomendando ser exhaustivos en la verificación documental para disminuir riesgos.   |
|  | 7. Monitoreo a las ejecuciones presupuestales de ingresos y egresos mensualmente.   | Se ha cumplido con este seguimiento  | 80%         | No se encontró hallazgos  |
|  | 8. Informes periódicos sobre los procesos en defensa de la Institución. Conocimiento previo de procesos y preparación de defensa y/o descargos. | Se ha cumplido con este seguimiento  | 100%        | Informes de seguimiento sobre procesos de defensa que tiene el Centro de Salud.   |
| <b>RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES</b>   | 1. Expedir las facturas de pago oportunamente.  | Se ha cumplido con este seguimiento.   | 100%        | Oportunidad en la expedición de las facturas de pago.   |
|  | 2. Entregar a los usuarios la factura de la prestación del servicio oportunamente.  | Se ha cumplido con este seguimiento  | 80%         | Realizar seguimiento al personal encargado de entregar las facturas para que estas lleguen de manera oportuna y a tiempo al usuario.  |
|  | 3. Expedir las órdenes de pago del servicio cuando se haya firmado acuerdo de pago sin ningún costo.  | Se ha cumplido con este seguimiento  | 100%        | Oportunidad en la expedición de las órdenes de pago   |

| COMPONENTE   | ACTIVIDADES PROGRAMADAS   | ACTIVIDADES CUMPLIDAS  | % DE AVANCE | OBSERVACIONES   |
|--|---|--|-------------|---|
|  | 4. Se simplificara algunos documentos a fin de evitar documentos innecesarios duplicados y disminuir el volumen de documento para archivar.   | Se ha cumplido con este seguimiento  | 60%         | Se esta realizando seguimiento a la organización del archivo.   |
| RENDICIÓN DE CUENTAS                                       | 1. Realizar Rendición de cuentas correspondiente al periodo fiscal 2022   | se llevo a cabo el evento de rendicion de cuentas correspondiente a la vigencia 2022, el 31 de marzo del 2023.   | 50%         | se realizo enento de rendicon de cuentas para la vigencia 20212 y se publico la informacion posterior mente en la pagina Web <a href="https://www.eseguachaves.gov.co/">https://www.eseguachaves.gov.co/</a>                              |
|  | 2. Se publico la rendición de cuentas anual en la página web. <a href="https://www.eseguachaves.gov.co/">https://www.eseguachaves.gov.co/</a>   | Se publicó el informe de rendición cuentas vigencia fiscal 2022, en la página de web. <a href="https://www.eseguachaves.gov.co/">https://www.eseguachaves.gov.co/</a> .  | 100%        | Si se cumplió con la rendición de cuentas en Audiencia Pública por medio de medios tecnologicos.  |
| MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO           | 1.En la Empresa se fortalecerá la atención al usuario para suministrar una información veraz y oportuna, de forma presencial, virtual y vía telefónica  | Brindar información clara y precisa a los ciudadanos tanto en forma presencial, virtual y telefónica. Permanentemente se motiva a los funcionarios para que se preste el servicio con oportunidad, calidez y calidad.    | 100%        | Se cumplieron oportunamente estas actividades.  |
| MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN | 1, Elaborar un plan de mejoramiento de PQRSD y expectativas planteadas por nuestros usuarios. Ademas se aplicara una encuesta de satisfaccion de los usuarios de conformidad con la resolucion 256. si la satisfaccion esta por debajo del 95% se debe activar de inmediato plan de mejora para corregir las falencias presentadas. | Se lleva un formato de PQRSD para tener un control diario de las PQRSD de manera manual, este es llevado por la Psicóloga del Centro de Salud. la aplicación de la encustra de satisfaccion se dara de forma trimestral. | 100%        | Se registran con un periodo de 8 dias las PQRSD en el formato que lleva la Empresa. La Psicóloga da tramite a las PQRSD encontradas, para dar respuesta oportuna y toma de decisiones en pro de prestar un mejor servicio a los usuarios. |
| INICIATIVAS ADICIONALES                                    | 1, Sensibilizarnos sobre la obligación de cumplir con el código de Integridad   | Sensibilizar a los funcionarios y comprometerlos a cumplir con el Código de Integridad.  | 80%         | Se vienen adelantando capacitaciones con los funcionarios de la Empresa de manera participativa.  |
|  | 2, Motivar a los funcionarios para que no hagan circular falsos rumores.  | Se realizan reuniones periódicamente con los empleados para evitar malos entendidos.   | 100%        | Realizar reuniones periódicas con los funcionarios de la Empresa.   |
|  | 3, Capacitar a todos los funcionarios en la normatividad legal vigente y concientizar que los intereses de la comunidad prevalecen sobre los intereses individuales.  | Se realizó capacitación en el manejo de PQRSD y procedimiento, de acuerdo a la normatividad legal vigente.   | 60%         | Se evidencia que se ha dado respuesta a PQRSD presentadas por los usuarios y se han tomado las acciones necesarias para corregir los errores.   |

ORIGINAL FIRMADO  
**Carlos Alfonso Leal Bernal**  
 Apoyo a la oficina de Control Interno