

SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO



Código:
DI-FR-006

Fecha de Elaboración:
29-04-2013

Fecha de Actualización:
25-01-2018

Versión: 5

Página 1 de 5

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EVALUACIÓN CON CORTE A 31-08-2018

Componente 1: Gestión de Riesgos de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción

Subcomponete	Actividades	Meta o Producto	Responsable	Áreas con las que coordina la actividad	Fechas programadas	Observaciones
1. Política de administración de riesgos de corrupción	1,1 Ajustar la guía de Administración de riesgos conforme a los cambios normativos que el Gobierno disponga.	Guía de Administración de riesgos	Oficina de Planeación y Calidad	Oficina de Planeación y Calidad	31/12/2018	El documento se encuentra ajustado conforme normativa vigente.
2. Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	2.1 Identificar y construir el Mapa de riesgos de corrupción	Mapa de riesgos de corrupción	Oficina de Planeación y Calidad	Cada uno de los responsables de los 16 procesos caracterizados	30/04/2018	Los líderes de cada proceso realizaron el respectivo análisis, ajuste y construcción de la matriz de riesgos para la vigencia 2018 La Oficina de Control Interno realiza seguimiento a la identificación y construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción de cada uno de los procesos incluyendo a esta Oficina en el cual es realizada por parte del área de Planeación y Calidad.
	2.2 Gestionar los riesgos identificados para la vigencia 2018	Riesgos de corrupción gestionados	Coordinador de cada uno de los 16 procesos caracterizados	Oficina de Planeación y Calidad	31/12/2018	La oficina de Planeación y Calidad realizó el respectivo acompañamiento con cada proceso conforme procedimiento para la Gestión de Riesgos PC-PR-005 CI. La Oficina de Control Interno con relación a la información sobre el mapa de Riesgos de Corrupción realiza seguimiento en lo que respecta a los Riesgos de todos los procesos incluyendo a esta Oficina. TH. Se elaboró la matriz de riesgos en la que se identificaron los riesgos de corrupción. Se han realizado las evaluaciones de los dos primeros trimestres del año las cuales se adjuntan.
3. Consulta y divulgación	3,1 Socializar la guía de administración de riesgos en caso de que se presenten cambios	Guía de Administración de riesgos socializada	Oficina de Planeación y Calidad	Cada uno de los responsables de los 16 procesos caracterizados	31/12/2018	En el proceso de construcción se realizó la socialización del procedimiento PC-PR-005
4. Monitoreo o revisión	4.1 Monitorear la ejecución de las acciones propuestas y los controles establecidos	Acciones y controles monitoreados	Oficina de Planeación y Calidad	Cada uno de los responsables de los 16 procesos caracterizados	31/12/2018	En coordinación con cada líder de proceso se ha realizado las autoevaluaciones conforme en los términos dados en el procedimiento.
	4.2 Verificar que los ajustes realizados sean publicados	Ajustes publicados	Oficina de Planeación y Calidad	Cada uno de los responsables de los 16 procesos caracterizados	31/12/2018	En la página Web del Hospital se han publicado los documentos conforme a los cambios efectuados
5. Seguimiento	5.1 Realizar seguimiento al mapa de riesgos	Seguimiento realizado	Oficina de control interno	Oficina de Planeación y Calidad y Cada uno de los responsables de los 16 procesos caracterizados	31/12/2018	La Oficina de Control Interno realiza Seguimiento a la Evaluación del Mapa de Riesgos de los procesos en el cual se solicitó por intermedio de correo electrónico la Autoevaluación correspondiente al Segundo Trimestre de 2018, el cual se realizó evaluando los procesos y realizando el correspondiente informe mediante OCI-053-2018 el cual fue enviado por intermedio de correo electrónico a cada uno de los Procesos.

Componente 2: Estrategia de Racionalización de Trámites

Subcomponete	Actividades	Meta o Producto	Responsable	Áreas con las que coordina la actividad	Fechas programadas	Observaciones
1. Estrategia antitrámites	1,1 Identificar los trámites de los diferentes servicios del Hospital, los cuales deben estar ajustados a la normatividad vigente y realizar la consolidación de los mismos para la prestación de servicios o para la entrega de la información que requiera la ciudadanía.	Inventario de trámites	Líderes de Procesos Asistenciales - Oficina de Atención al Usuario	Cada uno de los responsables de los procesos asistenciales caracterizados	28/09/2018	Pendiente
	1,2 Implementar mecanismo para solicitud de citas médicas por internet.	Mecanismo Implementado	Coordinador de Ambulatorios y Sistemas de Información	Oficina de tecnologías de la información	31/10/2018	Se realizó la implementación desde el mes de MARZO de 2018
2. Adaptación de procedimientos	2,1 Ajustar el procedimiento y el instructivo de asignación de citas	Documentos Actualizados	Coordinador de Ambulatorios	Coordinador de Ambulatorios	31/12/2018	PENDIENTE elaborar el documento

Componente 3: Rendición de Cuentas						
Subcomponete	Actividades	Meta o Producto	Responsable	Areas con las que coordina la actividad	Fechas programadas	Observaciones
1. Información de calidad y en lenguaje comprensible	1.1 Validar previamente la información teniendo en cuenta los informes generados durante la vigencia con un lenguaje claro y comprensible para la comunidad	Informe validado	Coordinador de cada una de áreas	Oficina de Planeación y Calidad	31/12/2018	La información es reportada por cada responsable y la oficina de planeación la consolida y presenta a la alta dirección para su respectiva aprobación.
2. Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2.1 Establecer mecanismo de participación donde se mantenga el contacto directo con la población	Mecanismo establecido	Atencion al usuario	Oficina de Planeación y Calidad	31/12/2018	Se tienen establecidos los siguientes mecanismos: correo electrónico atención.usuarios@hfilleras.gov.co, líneas telefónicas 2739805 extensiones 228 - 307, buzón de sugerencias en cada sala de espera, twitter, página web. Los puntos de orientación e información de la consulta externa y la oficina de atención al usuario ubicada estratégicamente en el ingreso de la consulta Externa.
	2.2 Definir la fecha de la rendición de cuentas y publicarla en la página de la supersalud y en la web del hospital	Fecha de rendición de cuentas definida y publicada	Oficina de Planeación y Calidad - Gerencia	Oficina de Planeación y Calidad - Gerencia	10/04/2018	El 22 de marzo de 2018 se publicó en la página de Supersalud, la fecha de la rendición de cuentas, la cual se planteó inicialmente para el 24 de mayo, pero por cuestiones de compromisos de la gerencia se reprogramó para el 31 de mayo y dicho ajuste se realizó en la página de la super el 3 de mayo de 2018.
3. Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3.1 Informar a la comunidad los medios empleados para entregar los informes periódicos de gestión con el propósito de crear la cultura de rendición y petición de cuentas.	Actividades realizadas	Atencion al usuario	Oficina de Planeación y Calidad	31/12/2018	se implementa el procedimiento establecido por el área de comunicación en la convocatoria a la rendición de cuentas, estableciendo en voz a voz, asociación de usuarios, medios de comunicación, volantes, redes sociales, etc, que permitan transmitir la información a los grupos de valor.
	3.2 Generar espacios para la participación a los grupos de valor del hospital en los temas de interés general.	Espacios de participación definidos	Oficina de Planeación y Calidad - Gerencia	Oficina de Planeación y Calidad - Gerencia	31/12/2018	La oficina planeación y calidad realiza un comité primario en el que participan los funcionarios del área. Se realizó reunión con líderes de usuarios para capacitar sobre plan anticorrupción y rendición de cuentas, al mismo tiempo que se recibían sugerencias por parte de ellos.
4. Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1 Aplicar encuesta y realizar evaluación de los diferentes elementos de la rendición de cuentas	Encuestas aplicadas y tabuladas	Oficina de control interno	Oficina de control interno	31/12/2018	La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a la aplicación de las encuestas en el encuentro de Rendición de Cuentas convocada el 31 de Mayo de 2018 en el Auditorio de la sede el Limonar ubicado en la calle 58 N° 5-25, en el cual se aplicaron las siguientes preguntas más relevantes; como parte Logística, Referencia al Plan de Desarrollo Institucional, Referencia al Mejoramiento Institucional, y a los Derechos de los Usuarios, fueron aplicadas 14 Encuestas de Rendición de Cuentas por parte de la Oficina de Control Interno hacia los invitados, pues no se tuvieron en cuenta los funcionarios del Hospital.
	4.2 Informe de la evaluación de la realización de la rendición de cuentas.	Informe	Oficina de control interno	Oficina de control interno	31/12/2018	En cuanto a las preguntas sobre aspectos positivos y negativos En general las respuestas recibidas de esta pregunta son felicitando al hospital por la gestión que se está adelantando, resaltan la mejoría de la imagen institucional, La calidad en los servicios, el crecimiento del hospital y la puntualidad del evento, así mismo resaltan que fue muy buena la presentación de la Agente Interventora; y los aspectos negativos, en general los 14 encuestados aducen, la poca participación de la comunidad, poca asistencia para ser un hospital Departamental y en especial la falta de los gerentes de las EPS.
	4.3 Retrolimentar los resultados de las audiencias públicas a los directores y líderes de los procesos.	Información actualizada	Oficina de control interno	Oficina de control interno	31/12/2018	La Oficina de Control Interno realizó Informe de resultados Rendición de Cuentas vigencia 2017 mediante OCI-044-2018 Informe en el cual fue enviado a la Gerencia del Hospital, Además se encuentra información sobre de Rendición de Cuentas publicada en la página del Hospital en el LINK Transparencia Acceso a la Información Pública 7. CONTROL en el ITEM 7.1.1 Informes de Rendición de cuentas 2017-2018.
Componente 4: Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano						
Subcomponete	Actividades	Meta o Producto	Responsable	Areas con las que coordina la actividad	Fechas programadas	Observaciones
1. Estructura administrativa y direccionamiento estratégico	1.1 Garantizar canales de comunicación con la alta gerencia y el área de atención al ciudadano que permita gestionar las acciones que mejoren el servicio al ciudadano	Información oportuna a la alta gerencia	Gerencia - Oficina de Atención al Usuario	Gerencia - Oficina de Atención al Usuario	31/12/2018	Se hace el seguimiento de los atributos de calidad afectados y cada uno de los servicios donde se han presentado las falencias en la prestación de los servicios de salud y se determinan las acciones correctivas y se dan las directrices a cada uno de los servicios afectados y las acciones de mejora.
2. Fortalecimiento de los canales de atención	2.1 Ajustar la página web del hospital que permita entre otros la accesibilidad de la información y el cumplimiento de los requisitos legales, así como la facilidad en el manejo de la misma.	Página web ajustada	Oficina de sistemas de información	Oficina de Planeación y Calidad - Gerencia	15/04/2018	Se ha publicado parcialmente en el link de transparencia y acceso a la información pública de la página web, la información requerida en la Ley 1712 de 2014 y el Decreto 103 de 2015.

	2.2	Realizar diagnostico y establecer los requerimientos tecnologicos que faciliten la gestión y trazabilidad de los requerimientos de los ciudadanos, de tal forma que se pueda presupuestar para la siguiente vigencia de acuerdo con la normativa vigente	Diagnostico de requerimientos tecnológicos	Oficina de sistemas de informacion	Atención al Usuario	31/12/2018	Pendiente
3. Talento Humano	3.1	incluir en el plan capacitacion temas relacionados a la atencion al cliente que permitan fortalecer las competencias de los servidores públicos que se encuentran de linea de frente a los ciudadanos.	Capacitación de los servidores publicos	Gestión del Talento Humano	Gestión del Talento Humano - Atención al usuario	31/12/2018	El Plan Institucional de Capacitación fue adoptado con la Resolución 0129 del 23 de enero de 2018, y tiene incluidas capacitaciones relacionadas con Atención al Cliente buscando fortalecer las competencias de los funcionarios, se adjunta evidencia. Se han realizado las evaluaciones de los dos primeros trimestres del año del PIC, se adjunta.
	3.2	Fortalecer los procesos de selección de personal basados en competencias orientadas al servicio al ciudadano.	proceso de selección ajustado	Gestión del Talento Humano	Gestión del Talento Humano	31/12/2018	Los manuales de funciones de la planta permanente y de la planta temporal tienen las competencias comunes a los servidores públicos y las competencias comportamentales por nivel jerarquico en cumplimiento al Artículo 7 y Artículo 8 del Decreto 2539 de 2005 y a los artículos 2247 y 2248 del Decreto 1083 de 2015 en su Título 4 Competencias Laborales para los Empleos Públicos de los Distintos Niveles Jerárquicos. Es importante aclarar que una competencia que se solicita común a los servidores públicos es la orientación al usuario y al ciudadano. Y es solicitada en los manuales de funciones de la planta permanente y temporal vigentes en el Hospital.
	3.3	crear mecanismos institucionales que fomenten en el funcionario la cultura del servicio.	Programa de Humanización	Atención al usuario	Oficina de Planeación y Calidad - Atención al usuario	30/06/2018	En el programa de Humanización se encuentran las estrategias en aras de fomentar la cultura del servicio, en un contexto de una atención en salud con sentido humano, trato humanizado y calidad en la prestación de los servicios.
4. Normativo y procedimental	4,1	Publicar el informe consolidado de quejas y reclamos en la página web del hospital.	Informe de Pqrs mensual	Atención al usuario	Atención al usuario	31/12/2018	Pendiente
	4,2	Socializar a los integrantes del comité de ética Hospitalaria las quejas de mayor impacto y hacer el respectivo seguimiento de los correctivos implementados por la institución.	Actas de reunión con los representantes ante el comité de ética hospitalaria	Atención al usuario	Subgerencia Científica - Atención al usuario	31/12/2018	Se establecen reuniones Mensuales con el representante de la asociación de usuario y el comité de ética Hospitalaria, se cuenta con las actas de reunión de las reuniones ejecutadas, registro fotografico; así mismo el plan de mejoramiento de las acciones adelantadas.
	4,3	Implementar un sistema de números consecutivos (manual o electrónico).	Numero de radicación de las PQRS	Atención al usuario	Atención al usuario	31/12/2018	Se cuenta con asignación manual de los consecutivos de las quejas radicadas en la oficina de atención al usuario.
	4,4	Apertura de los Buzones de Sugerencias ubicados estratégicamente en los servicios de la institución.	Acta de apertura de los buzones	Atención al usuario	Atención al usuario	31/12/2018	Se realizó la apertura de los buzones tal como está establecido, encontrando lo siguiente: Peticiones: 1 Quejas: 10 Reclamos: 0 Sugerencias: 5 Felicitaciones: 9 Agradecimientos: 10 Total: 53 en todo el cuatrimestre 2 de 2018
	4,5	Realizar el seguimiento a la aplicación del programa de humanización del servicio.	programa de HUmanización	Atención al usuario	Atención al usuario	30/06/2018	Con el acompañamiento de estudiantes de último semestre de psicología, se ha realizado talleres de atención al cliente y humanización dirigido a los funcionarios de vigilancia y auxiliares de enfermería.
5. relacionamiento con el ciudadano	5.1	Realizar mediciones de percepción de los usuarios respecto de la calidad y accesibilidad del servicio y utilizar la información insumo para realizar los planes de mejoramiento que se requieran.	Informes mensuales de PQRS	Atención al usuario	Atención al usuario	31/12/2018	Se han realizado las mediciones correspondientes a la percepción de los usuarios en los meses de mayo, junio, julio y agosto. Dicho informe fue remitido físicamente a la alta dirección y la oficina de calidad, con copia a control interno.
	5.2	Realizar seguimiento de las acciones de mejora de cada unidad funcional que se generen de las mediciones de percepción de los usuarios en pro de optimizar la prestación de los servicios de salud.	Seguimiento a las acciones de mejora acta de reunión	Gerencia - Subgerencia Científica - Coordinadores de las Unidades Funcionales	Gerencia - Subgerencia Científica - Coordinadores de las Unidades Funcionales	31/12/2018	AM. Se realizan reuniones de seguimiento con las aseguradoras, reuniones coordinadas desde la oficina de Contratación y mercadeo (actas firmadas de cada una) UR. Las quejas e insatisfacciones de los usuarios se ha dado el trámite de manera oportuna y se han implementado las acciones de mejora a las que hay lugar.

Componente 5: Transparencia y acceso a la información

Subcomponete	Actividades	Meta o Producto	Responsable	Areas con las que coordina la actividad	Fechas programadas	Observaciones	
1. Lineamientos de transparencia activa	1.1	Implementar lista de chequeo o de autodiagnostico de la informacion que requiere ser publicada	Autodiagnostico realizado	Coordinadores de todas las areas	Coordinadores de todas las areas	30/06/2018	GD. Se cuenta con el formato diagnostico para los documentos hacer publicados TH. Se realizó el diagnóstico de la información con funcionario con Tecnología de la información a ser publicada por parte de Gestión del Talento Humano, y se hizo entrega de información.
	1.2	Publicar en la pagina web del hospital la información que según el diagnostico no se ha cumplido	Información publicada en pagina web	Sistemas de información y coordinadores de todas las areas	Oficina de Planeacion y Calidad	31/12/2018	Se ha publicado parcialmente en el link de transparencia y acceso a la informacion publica de la pagina web, la informacion requerida en la Ley 1712 de 2014 y el Decreto 103 de 2015. Pero no se ha vuelto a actualizar conforme a los requerimientos de la norma.
	1.3	Actualizar permanentemente la pagina web del hospital	Pagina web actualizada	Sistemas de información y coordinadores de todas las areas	Oficina de Planeacion y Calidad	31/12/2018	TH. Se han publicado en la página web la diferentes convocatorias.
2. Lineamientos de transparencia pasiva	2.1	Ajustar el instructivo de archivo y correspondencia que permita establecer el tramite a la gestion de solicitudes de información.	Instructivo ajustado	Gestion documental	Sistemas de información y coordinadores de todas las areas	31/12/2018	El software contratado con la empresa de envio nacionales 472 inicio produccion desde el dia 26 de diciembre de 2017, el cual permite llevar la trazabilidad de tres procedimientos los cuales son, solicitud de historia, derechos de paticion y solicitud de certificacion laboral.
	2.2	Realizar seguimiento a las solicitudes para establecer contenido y oportunidad	Matriz de seguimiento	Gestion documental	Sistemas de información y coordinadores de todas las areas	31/12/2018	el software datastock contratado con la empresa de envio nacionales 472, permite registrar y manejar un sistema de alerta a las respuestas de las solicitudes. Apartir del 4 de mayo de 2018, los siguientes procedimientos se les podra hacer la trazabilidad los cuales son los siguientes: *Derechos de Peticion *Solicitud de Historias Clinicas *Certificacion Laboral
3. Elaborar los instrumentos de gestión de la información	3.1	Identificar los registros o inventario de activos de información	Inventario de aactivos de información	Coordinadores de todas las areas asistenciales y administrativas	Gestion documental	31/12/2018	se realizo el formato el cual se debe diligenciar con la informacion que se encuentra en las tablas de retencion de cada uno de los oficinas y dependencias. Ya se encuentra el formato de activos de informacion con las series y expedientes que conforman cada una de las oficinas de la institucion, se debe presentar al comite interno de archivo para su aprobacion.
	3,2	Elaborar el indice de la información clasificada o reservada	Indice de información clasificada o reservada	Gestion documental - oficina juridica	Sistemas de información	31/12/2018	Ya se encuentra el formato de activos de informacion con las series y expedientes que conforman cada una de las oficinas de la institucion, se debe presentar al comite interno de archivo para su aprobacion.
4. Criterio diferencial de accesibilidad	4.1	Evaluar las barreras de acceso de mayor impacto en pagina web del hospital para poblacion en situación de discapacidad	Informe de barreras de la pagina web	Sisteman de información	Gestion documental	31/12/2018	Pendiente
5. Monitoreo del acceso a la información pública	5.1	Realizar seguimiento al acceso de la informacion pública establecidos en la Ley de transparencia.	Herramienta para hacer seguimiento	Oficina de Planeación y Calidad	Oficina de Planeación y Calidad	31/12/2018	implementar la herramienta datstock para la mejora del proceso de correspondencia en el ejercicio de la oportunidad al acceso a la informacion. Esta parte se implementara en la fase dos del sorftware datastock.