

SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2020



Código:
DI-FR-006

Fecha de Elaboración:
29-04-2013

Fecha de Actualización:
24-01-2020

Versión: 7

Página 1 de 5

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EVALUACIÓN CON CORTE A 30-04-2020

Estrategia de Participación Ciudadana

| Subcomponente | Actividades | Meta o Producto | Responsable | Áreas con las que coordina la actividad | Fechas programadas | Observaciones |
|--|--|--|---|---|--------------------|---|
| 1. Condiciones institucionales idóneas para la promoción de la participación ciudadana | 1.1 Caracterizar los grupos de valor que identifique: 1) Los canales de publicación y difusión de información consultada por los grupos de valor; 2) Intereses y preferencias en materia de participación ciudadana en el marco de la gestión institucional. | Documento de caracterización | Atención al usuario | Atención al Usuario / Oficina de Planeación y Calidad | 30/04/2020 | se esta gestionando con el asesor de sistemas de información la posibilidad de exportar la información que nos permita identificar los grupos etareos y asi identificar las necesidades de los grupos de valor caracterizados. |
| | 1.2 Identificar las instancias de participación legalmente establecidas que debe involucrar para cumplir con la misión de la entidad. | Documento que relaciona instancias de participación | Atención al usuario | Atención al usuario | 30/04/2020 | Se tiene el plan de accion vigencia 2020 en participacion social y ciudadana de acuerdo al eje estrategico y las lineas de acción, se tiene pendiente elaboracion del Modelo de Servicio al Ciudadana MIPG. |
| 2. Promoción efectiva de la participación ciudadana | 1.1 Diseñar y divulgar el cronograma que identifica y define los espacios de participación ciudadana, presenciales y/o virtuales, que se emplearán. | Cronograma | Atención al Usuario / Oficina de Planeación y Calidad | Atención al Usuario / Oficina de Planeación y Calidad | 30/04/2020 | de acuerdo a la reunion del 27 de enero de 2020 se establece el cronograma de actividades de la Asociacion de usuarios y del Comité de etica Hospitalaria, asi mismo la eleccion de los integrantes de COPACO. Se define que sera presencial. |
| | 1.2 Definir el procedimiento interno para implementar la ruta de: ANTES - Forma en que se convocará o promocionará la participación de los grupos de valor atendiendo a la claridad y alcance del objetivo de cada espacio de participación. - Procedimiento de adecuación, producción y divulgación de la información que contextualizará el alcance de cada espacio de participación definido en el cronograma. - Definición del paso a paso por cada espacio de participación ciudadana y el objetivo del mismo. - Roles y responsables para implementar los espacios de participación ciudadana. DURANTE - Reglas de juego que garanticen la participación de los grupos de valor y el cumplimiento del objetivo de cada espacio de participación. - Forma como se documentarán los resultados del espacio de participación ciudadana. (incluye procesos de evaluación de la ciudadanía) DESPUES - Forma como se informarán los resultados de los espacios de participación ciudadana a los asistentes para el seguimiento y control ciudadano. | Documento Aprobado | Atención al usuario | Atención al Usuario / Oficina de Planeación y Calidad | 31/12/2020 | se tiene aprobado y publicado documento AU-MN-003 Manual de Atencion al Usuario donde se ajuste el capitulo de participación social y ciudadana, asi como aprobación del instructivo AU-IN-009. |
| | 1.3 Establecer el formato interno de reporte de las actividades de participación ciudadana que se realizarán en toda la entidad que como mínimo contenga: -Actividades realizadas -Grupos de valor involucrados -Temas institucionales asociadas a los espacios de participación ciudadana. - Observaciones, propuestas y recomendaciones de los grupos de valor. | Formato interno de reporte de las actividades de participación ciudadana | Atención al Usuario / Oficina de Planeación y Calidad | Atención al Usuario / Oficina de Planeación y Calidad | 30/04/2020 | Pendiente |
| | 1.4 Analizar la implementación de la estrategia de participación ciudadana, y el resultado de los espacios de participación desarrollados, con base en la consolidación de los formatos internos . A. La estrategia B. El resultado de los espacios que como mínimo contemple: 1. Número de espacios de participación adelantados 2. Grupos de valor involucrados. 3. Actividades institucionales que incluyeron ejercicios de participación. 4. Evaluación y recomendaciones de cada espacio de participación ciudadana. 5. Nivel de cumplimiento de las actividades establecidas en toda la estrategia de participación ciudadana. | Documento de evaluación de los resultados de implementación de la estrategia que debe ser incorporado en el informe de rendición de cuentas general de la entidad. | Atención al usuario | Atención al usuario | 31/12/2020 | Pendiente por establecer dado que por el momento se tiene rendicion de cuentas y asociacion de usuarios y comité d etica hospitalaria. |
| 1.5 Evaluar y verificar, por parte de la oficina de control interno, el cumplimiento de la estrategia de participación ciudadana incluyendo la eficacia y pertinencia de los espacios establecidos en el cronograma. | Informe periódico de evaluación de los resultados de implementación de la estrategia. | Oficina de control interno | Oficina de control interno | 31/12/2020 | | |

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

| Subcomponente | 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 | 31/12/2020 | Se han implementado gradualmente los cambios indicados en MIPG |
| 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 | 30/04/2020 | Se construyó la matriz de riesgos y se publicó en la página web, en el link de transparencia y acceso a la información Pública. |
| | 2.2 Gestionar los riesgos identificados para la vigencia 2019 | Riesgos de corrupción gestionados | Coordinador de cada uno de los 16 procesos caracterizados | Oficina de Planeación y Calidad | 31/12/2020 | Se establecieron controles para evitar la materialización de los riesgos y se planteó un monitoreo trimestral para evaluar su efectividad. |
| 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 | 31/12/2020 | Pendiente |
| 4. Monitoreo y 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 | 31/12/2020 | Se realizan evaluaciones periódicas para verificar la efectividad de los controles. |
| | 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 | 31/12/2020 | Toda la información del mapa de riesgos se publica en la página web. |
| 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 | 31/12/2020 | La Oficina de Control Interno mediante OCI-011-2020 envía información de la Evaluación del Mapa de Riesgos por procesos correspondientes al Cuarto Trimestre de 2019, actualmente se encuentra realizando la evaluación al Mapa de Riesgos de los diferentes procesos con corte al primer trimestre de 2020, para posterior entrega del informe. |

Componente 2: Estrategia de Racionalización de Trámites

| Subcomponente | 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 | 28/09/2020 | se tiene identificados y cargados en el aplicativo SUIT, se tiene el propósito de racionalizar entrega de laboratorio Clínico a través de página web. |
| | 1.2 Implementar la mejora del trámite de entrega de resultados de Exámenes de laboratorio clínico. | Mecanismo Implementado | Coordinador de Laboratorio | Coordinador de Laboratorio | 30/04/2020 | actualmente se trabaja con la oficina de sistemas en la implementación del mecanismo para que el usuario nos autorice enviar el resultado de los exámenes al correo electrónico que nos suministre. |
| | 1.3 Socializar la mejora tanto en la entidad como a los usuarios. | Evidencias de socialización | Coordinador de Laboratorio | Coordinador de Laboratorio / Atención al Usuario | 31/05/2020 | Una vez se implemente dicho mecanismo, se procede a la socialización. |
| | 1.5 Actualizar el trámite en el SUIT | Certificado de actualización | Atención al usuario | Atención al usuario | 31/08/2020 | se racionaliza entrega de resultados con cargue a suit |
| 2. Adaptación de procedimientos | 2.1 Ajustar el procedimiento y el instructivo de asignación de citas conforme a los cambios realizados. | Documentos Aprobados | Coordinador de Citas | Coordinador de Citas | 30/06/2020 | Documento sa-in-016 instructivo para asignación de citas para servicios ambulatorios aprobado 23 de abril 2020 |
| | 2.2 Ajustar la documentación del servicio de imagenología, de acuerdo a las mejoras realizadas. | Documentos Aprobados | Coordinador de Imagenología | Coordinador de Imagenología | 31/07/2020 | Documento sa-pr-007 procedimiento para la prestación de servicios en imagenología en revisión por el servicio |
| | 2.3 Ajustar la documentación del servicio de Laboratorio Clínico Ambulatorio, de acuerdo a las mejoras realizadas. | Documentos Aprobados | Coordinador de Laboratorio | Coordinador de Laboratorio | 31/07/2020 | Una vez se implemente dicho mecanismo, se procede al ajuste de la documentación. |

Componente 3: Rendición de Cuentas

| Subcomponente | Actividades | Meta o Producto | Responsable | Áreas con las que coordina la actividad | Fechas programadas | Observaciones |
|--|--|------------------------------|----------------------------------|---|--------------------|---|
| 1. Información de calidad y en lenguaje comprensible | 1.1 Caracterizar los grupos de valor que identifique: 1) Las principales demandas, necesidades o preferencias de información por parte de los grupos de valor en el marco de la gestión institucional. 2) Los canales de publicación y difusión de información consultada por los grupos de valor 3) Canales de comunicación preferidos por los grupos de valor para desarrollar los espacios de diálogo. | Documento de caracterización | Oficina de Planeación y Calidad | Oficina de Planeación y Calidad / Atención al Usuario | 30/04/2020 | Pendiente |
| | 1.2 Validar previamente la información a socializar en la audiencia de rendición de cuentas 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 | 31/12/2020 | Se realizó la validación de la información por parte de las personas asignadas por el gerente para tal fin. |
| | 1.3 Priorizar los temas de interés que los grupos de valor tienen sobre la gestión, a partir de los resultados de la caracterización o cualquier otro mecanismo. | Informe con temas propuestos | Oficina de Planeación y Calidad | Oficina de Planeación y Calidad | 31/12/2020 | Pendiente |

| | | | | | | | |
|---|-----|--|---|---|---|------------|---|
| 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 | Atención al usuario | Oficina de Planeación y Calidad | 31/12/2020 | Ese tiene habilitado los recursos tecnológicos y humanos en la oficina de atención al usuario donde se garantiza el contacto directo con los usuarios y la comunicación con la gerencia y subgerencias. Así mismo asociación de usuarios y comités de ética hospitalaria. |
| | 2.2 | Diseñar y divulgar el cronograma que identifica y define los espacios de diálogo presenciales y/o virtuales complementarios que se emplearán para rendir cuentas: 1) Sobre los temas de interés priorizados 2) Sobre la gestión general de la entidad. | Cronograma | Oficina de Planeación y Calidad / Atención al Usuario | Oficina de Planeación y Calidad / Atención al Usuario | 30/04/2020 | se tiene definido el espacio de rendición de Cuentas en esta vigencia se estableció de manera virtual por la situación de emergencia Sanitaria COVID-19. Se especifica que las fechas para estos eventos se divulgan oportunamente por medio de la página web. |
| | 2.3 | Definir la fecha de la rendición de cuentas y publicarla en la página de la salud 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 | 10/04/2020 | Se definió la fecha y se cargo al aplicativo dispuesto por la super salud, pero por consecuencia de la emergencia sanitaria provocada por el covid 19, se tuvo que reprogramar la fecha del evento. |
| | 2.4 | Implementar los espacios de diálogo | Actas y/o Listas de asistencia | Oficina de Planeación y Calidad - Gerencia | Oficina de Planeación y Calidad - Gerencia | 10/04/2020 | Se ha informado a la comunidad en general por medio de redes sociales como el facebook, acerca de las gestiones adelantadas por la institución. |
| 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 | Atención al usuario | Oficina de Planeación y Calidad | 31/12/2020 | Pendiente |
| | 3.2 | Generar espacios para la participación a los grupos de valor del hospital en los temas de interés general. | Espacios de participación definidos | Atención al usuario | Oficina de Planeación y Calidad - Gerencia | 31/12/2020 | Se tiene el espacio de participación de rendición de cuentas, se establece de carácter trimestral reuniones con la gerencia del hospital de la Asociación de usuarios Y comité de Ética Hospitalaria donde se hace el seguimiento a los planes de mejoramientos y las falencias halladas en los grupos de trabajo por servicios de cada uno de los integrantes. |
| 4. Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional | 4.1 | Aplicar encuesta y realizar evaluación de los diferentes elementos de la audiencia de rendición de cuentas | Encuestas aplicadas y tabuladas | Oficina de control interno | Oficina de control interno | 31/12/2020 | Con Motivo de la emergencia sanitaria presentada (COVID 19) queda aplazada la realización de la Audiencia de Rendición de cuentas para el mes de Julio de 2020. |
| | 4.2 | Informe de la evaluación de la realización de la audiencia de rendición de cuentas. | Informe | Oficina de control interno | Oficina de control interno | 31/12/2020 | |
| | 4.3 | Retroalimentar los resultados de la audiencia pública de rendición de cuentas a los directores y líderes de los procesos. | Información actualizada | Oficina de control interno | Oficina de control interno | 31/12/2020 | |
| | 4.4 | Evaluar y verificar, por parte de la oficina de control interno, el cumplimiento de la estrategia de rendición de cuentas incluyendo la eficacia y pertinencia de los mecanismos de participación ciudadana establecidos en el cronograma. | Informe cuatrimestral de evaluación de los resultados de implementación de la estrategia. | Oficina de control interno | Oficina de control interno | 31/12/2020 | |

Componente 4: Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano

| Subcomponente | Actividades | Meta o Producto | Responsable | Áreas 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 | 31/12/2020 | la líder de atención al usuario mantiene una comunicación permanente y directa con la alta gerencia, que permita dar resolutivez a las situaciones presentadas en la prestación de los servicios en la medida que la IPS cuente con los recursos necesarios o capacidad instalada. |
| 2. Fortalecimiento de los canales de atención | 2.1 Ajustar la página web del hospital para 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 | 15/04/2020 | Pendiente |
| | 2.2 Realizar diagnóstico y establecer los requerimientos tecnológicos que faciliten la gestión y trazabilidad de los requerimientos de los ciudadanos como PQRS, entre otros. | Diagnóstico de requerimientos tecnológicos | Oficina de sistemas de información / Atención al Usuario | Oficina de sistemas de información / Atención al Usuario | 31/12/2020 | el Hospital Tiene establecido el mecanismo de PQRS web por medio del siguiente link: http://www.hflleras.gov.co/peticiones_quejas_reclamos_y_sugerencias , sin embargo es necesario que la institución cuente con el recurso de software para que los usuarios identifiquen la trazabilidad de su solicitud, dado que por ahora se tiene manual en el proceso de PQRS y no en tiempo real de los usuarios. |
| 3. Talento Humano | 3.1 Incluir en el plan capacitación temas relacionados a la atención al cliente y humanización que permitan fortalecer las competencias de los servidores públicos que se encuentran de línea de frente a los ciudadanos. | Capacitación de los servidores públicos | Gestión del Talento Humano | Gestión del Talento Humano - Atención al usuario | 31/12/2020 | Se realizó el PIC para la vigencia 2020, se encuentra publicado en página institucional y se incluyeron los temas relacionados con atención al usuario y humanización. Anexo II. |
| | 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 | 31/12/2020 | La selección de personal se realiza por medio de convocatorias teniendo como referencia los manuales de funciones. |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----|---|--|---|---|------------|---|
| | 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 | 30/06/2020 | de acuerdo a la resolución N° 0238 del 12 de febrero de 2020 se adopta la política de humanización en el Hospital Federico Lleras Acosta y se conforma el comité de Humanización, así mismo se tiene reunión el 21 de febrero de 2020 donde se considera la opción de implementar coigo lila en las unidades de cuidados intensivos, se programan las actividades, se suspenden por el tema de emergencia sanitaria COVID 19. |
| 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 | 31/12/2020 | se tiene la publicación de la vigencia trimestral de las PQRS, así mismo se establece el promedio de satisfacción IV trimestre en un 96,31% |
| | 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 | 31/12/2020 | de acuerdo a la resolución N° 0264 del 19 de febrero de 2020 "por medio de la cual se reorganiza el comité de ética hospitalaria, así como hoja de vida con las funciones específicas del comité e integrantes incluyendo los delegados COPACOS por parte de la secretaria de salud Municipal reuniones del 27 de enero y 14 de febrero de 2020, reuniones suspendidas por emergencia sanitaria COVID 19. |
| | 4.3 | 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 | 31/12/2020 | Se tiene establecido de acuerdo al AU-IN-003 establecido Lunes y Jueves la apertura con el respectivo registro en el acta y registro fotografico. |
| | 4.4 | Realizar el seguimiento a la aplicación del programa de humanización del servicio. | programa de Humanización | Atención al usuario | Atención al usuario | 30/06/2020 | Es necesario hacer el seguimiento con los integrantes del comité de humanización se tiene acta de reunión del 21 de febrero de 2020, así como elaboración del decálogo de Humanización. |
| 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 | 31/12/2020 | se tienen los planes de mejoramiento de los servicios más afectados por quejas Consulta Externa (accesibilidad de asignación de cita), urgencias (oportunidad en tiempos de atención) y sala de partos (oportunidad e tiempos de atención, se especifica que la alta demanda en sala de partos se debe a la poca red de prestación de servicios ginecológicas en el departamento del Tolima. |
| | 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 | 31/12/2020 | Para esta actividad se tiene como insumo principal los informes de PQRS y basados en sus resultados se adelantan las mejoras pertinentes. |

Componente 5: Transparencia y acceso a la información

| Subcomponente | Actividades | Meta o Producto | Responsable | Áreas con las que coordina la actividad | Fechas programadas | Observaciones | |
|---|-------------|--|---|--|----------------------------------|---------------|---|
| 1. Lineamientos de transparencia activa | 1.1 | Implementar lista de chequeo o de autodiagnóstico de la información que requiere ser publicada | Autodiagnóstico realizado | Coordinadores de todas las áreas | Coordinadores de todas las áreas | 30/06/2020 | La lista de cheque ya esta elaborada por la oficina de planeación y calidad. |
| | 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 áreas | Oficina de Planeación y Calidad | 31/12/2020 | En el mes de enero se subio al link de transparencia lo solicitado en el decreto 612 de 2018, pero esta pendiente una revision grupal para aplicar la lista de cheque y verificar que esta pendiente de actualizar para la vigencia 2020. TH: Durante el primer cuatrimestre de la presente vigencia se ha publicado en pagina institucional los planes formulados en relacion al talento humano y las convocatorias. |
| | 1.3 | Actualizar permanentemente la pagina web del hospital | Pagina web actualizada | Sistemas de información y coordinadores de todas las áreas | Oficina de Planeación y Calidad | 31/12/2020 | Gestión Documental: Se actualizó en la pagina web, el plan Institucional de archivo en el link de transparencia. TH: Se ha realizado la actualizacion del plan de capacitacion, plan anual de vacantes entre otros. |
| 2. Lineamientos de transparencia pasiva | 2.1 | Realizar seguimiento a las solicitudes para establecer contenido y garantizar la oportunidad en la respuesta según lo establecido en la normatividad legal vigente | Matriz de seguimiento | Coordinadores de todas las áreas | Coordinadores de todas las áreas | 31/12/2020 | Pendiente |
| 3. Elaborar los instrumentos de gestión de la información | 3.1 | Identificar los registros o inventario de activos de información | Inventario de activos de información | Coordinadores de todas las áreas asistenciales y administrativas | Gestión documental | 31/12/2020 | Gestión Documental: se debe realizar para el tercer trimestre la actualizacion de los activos de informacion. |
| | 3.2 | Elaborar el indice de la información clasificada o reservada | Indice de información clasificada o reservada | Gestión documental - oficina jurídica | Sistemas de información | 31/12/2020 | Gestión Documental: se debe realizar para el tercer trimestre la actualizacion de los activos de informacion. |
| 4. Criterio diferencial de accesibilidad | 4.1 | Evaluar las barreras de acceso de mayor impacto en pagina web del hospital para población en situación de discapacidad | Informe de barreras de la pagina web | Sistema de información | Gestión documental | 31/12/2020 | Pendiente |
| 5. Monitoreo del acceso a la información pública | 5.1 | Realizar seguimiento al acceso de la información pública establecidos en la Ley de transparencia. Ley 1712 de 2014 | Herramienta para hacer seguimiento | Oficina de Planeación y Calidad | Oficina de Planeación y Calidad | 31/12/2020 | La actividad pasa a ser una de las actividades del comité de gobierno digital. |