

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 31-12-2020

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	Pendiente
	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 acción vigencia 2020 en participación social y ciudadana de acuerdo al eje estratégico y las líneas de acción, se tiene pendiente elaboración del Modelo de Servicio al Ciudadano 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	Cronograma de actividades elaborado y ejecutado en un 45 % se tiene ausencia, se retoma las reuniones presenciales en el mes de Julio pero se determina próximas reuniones por medio de la plataforma google meet.
	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 Atención al Usuario donde se ajuste el capítulo de participación social y ciudadana, así 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	
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	La Oficina de Control Interno realiza seguimiento mediante correo enviado el 07 de Septiembre de 2020 a la Oficina de Atención al Usuario donde se reitera la invitación y presencia de control interno en las reuniones de participación ciudadana.. de Igual manera se tiene conocimiento de las reuniones realizadas mediante copias de actas sobre Asociación de Usuarios el cual reposa en la Oficina de Control Interno y de Atención al Usuario. Pendiente continuar con el seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno para las nuevas reuniones que se realizaran para la vigencia 2021.	

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 construyo la matriz de riesgos y se publico en la pagina web, en el link de transparencia y acceso a la información Pública.
	2.2 Gestionar los riesgos identificados para la vigencia	Riesgos de corrupción gestionados	Coordinador de cada uno de los 16 procesos caracterizados	Oficina de Planeación y Calidad	31/12/2020	Ambulatorios: se hace evaluación de la gestión de los riesgos identificados se informa a planeación y Control Interno, a la fecha se está realizando seguimiento para el cierre del III trimestre de la vigencia Gestión Clínica: El riesgo identificado en el proceso de gestión clínica se refiere a: Falta de objetividad en los análisis de los eventos y fallas en la atención por interés particular, estableciendo como controles: Metodología establecida de análisis de eventos y la Revisión caso grupo de seguridad, evidenciándose su cumplimiento mes a mes. Se adjuntan evidencias. Docencia: Se realizo gestión de los riesgos identificados para la vigencia de la Oficina de Docencia, Investigación e Innovación, elaborando las matrices de riesgos con los respectivos ajustes Gestión Comercial: Se identifico y gestiono la matriz de riesgos de corrupción para la vigencia 2020. Rehabilitación: Se realizo seguimiento durante el año y se enviaron evidencias de las acciones realizadas en reuniones de socialización, capacitaciones, revisión de indicadores y demás acciones Talento Humano: Se realizo la matriz de riesgos para el año 2020 teniendo en cuenta los riesgos identificados.
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 pagina 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-075-2020 Información de la Evaluación del Mapa de Riesgos correspondientes al Tercer Trimestre de 2020, se envía mediante Qf Document web a los diferentes Procesos que conforman el Hospital. Para la evaluación del Cuarto trimestre se encuentra en la realización del informe con corte a 31 de Diciembre de 2020 para posterior presentación del mismo.

Componente 2: Estrategia de Racionalización de Tramites

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Responsable	Áreas con las que coordina la actividad	Fechas programadas	Observaciones
1. Estrategia anti tramites	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 tramites	Líderes de Procesos Asistenciales - Oficina de Atención al Usuario	Cada uno de los responsables de los procesos asistenciales caracterizados	28/09/2020	Ambulatorios: Se identifican los tramites de las diferentes áreas del servicio de ambulatorios y se consolidan para revisar la trazabilidad de los mismos. Gestión Clínica: Al 31/08/2020 se identifica el inventario de trámites para atención al usuario desde gestión clínica (hoja trámites). Al 31/12/2020 continúan los tramites identificados en el archivo adjunto. Internación Médica: Se identifica necesidad de documentar obtención de copia de Certificado para nacido vivo, obtener copia de Certificado de defunción, obtener copia de Certificado de muerte fetal, obtener Certificación de hospitalización. Sin embargo esta información corresponde a otras dependencias (Gestión clínica y Gestión documental) por lo cual se gestiona con sus líderes Rehabilitación: Durante la vigencia 2020 se realizaron los ajustes en los diferentes procesos para brindar una mayor oportunidad en el servicio. Ejemplo en el servicio de Rehabilitación se organizo la agenda y facturación de las emisiones otoacústicas
	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	Se realizó la implementación de la mejora en la pagina web del hospital. Se puede consultar en el siguiente link: http://www.hflleras.gov.co/intranet/images/sig/SERVICIOS_AMBULATORIOS/SA-PR-006-PROCEDIMIENTO-PARA-LA-PRESTACION-DE-SERVICIOS-DEL-LABORATORIO-CLINICOcc.pdf
	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	Socializado.
	1.5 Actualizar el tramite en el SUIT	Certificado de actualización	Atención al usuario	Atención al usuario	31/08/2020	Se realizaron los cambios pertinentes en el aplicativo del SUIT, paso de ser un tramite presencial a semipresencial.

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	Se realizó la actualización de los documentos pertinentes y están publicados en la intranet.

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	Costos: La oficina de costos no reporta información para ser socializada en la rendición de cuentas. Docencia: Se valida la información de los informes de gestión presentado por la Oficina de Docencia, Investigación e Innovación Gestión Clínica: En los comités directivos, la oficina de planeación y calidad coordinó la socialización de los informes para la rendición de cuentas evidenciado por las actas de comités directivos que reposan en la OAPC Gestión Comercial: Se preparó y presentó la información de la oficina con corte a 31 de diciembre de 2019 para informe de audiencia de rendición de cuentas realizada el 17 de julio de 2020.
	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 y atención personalizada con los usuarios y la comunicación con la gerencia y subgerencias. Así mismo asociación de usuarios y comités de ética hospitalaria. Nota a pesar de la pandemia, con todos los protocolos de bioseguridad siempre se tuvo línea de frente en atención a los usuarios.
	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. También en el área del ascensor se colocan carteleras con información importante para todos los grupos de valor.
	2.3	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	10/04/2020	Se definió la fecha y se cargo al aplicativo dispuesto por la súper 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. También en el área del ascensor se colocan carteleras con información importante para todos los grupos de valor.
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	Para efectos de Transparencia y de acuerdo a la ley 1474 de 2.011 emitida por la función pública y la circular 008 de 14 de Septiembre de 2018, El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. cumple con lo estipulado y se realizó una convocatoria pública de Rendición de cuentas de la vigencia 2019, para realizarse el 17 de Julio de 2.020, La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a la Rendición de Cuentas del Hospital Federico Lleras Acosta en el cual se aplicaron 39 encuestas por parte de la oficina. El método que se llevó a cabo para evaluar la satisfacción del usuario frente a la rendición de cuentas, fue por medio de un "Formulario de Google" desarrollado por la oficina de control interno y presentado previamente a la Oficina de Planeación y Calidad, con el fin de que autorizaran dicho formulario. El link del formulario a diligenciar, se adjuntó en la descripción de la transmisión en vivo y se recordó a la ciudadanía dar respuesta a las mismas. Es de aclarar que para garantizar la protección de datos de los participantes y su derecho a la privacidad, no se pidieron datos como nombre y documento de identificación, sino que se formularon datos de la entidad a la que representan, asociación Usuario, Proveedor, EPS, etc.
	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	La Oficina de Control Interno realiza seguimiento a la Rendición de Cuentas del Hospital Federico Lleras Acosta el cual se realizó el evento programado para el 17 de Julio de 2.020, en el cual se realizó el respectivo informe mediante OCI-044 del 21/07/2020 en el cual se encuentra publicado en la página web en el link de "Transparencia y acceso a la información".
	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	Se Retroalimenta el resultado de la audiencia Pública el cual se encuentra publicada en la pagina web en el link de "Transparencia y acceso a la información para todo publico.
	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	Se observó que la comunidad estuvo muy a gusto con los temas tratados, en las encuestas diligenciadas felicitan y resaltan la gestión realizada por el Gerente y su honestidad y compromiso con el hospital.

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 pagina 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.	Pagina web ajustada	Oficina de sistemas de información	Oficina de Planeación y Calidad - Gerencia	15/04/2020	No se realizó en el 2020. Se ajustará para el 2021
	2.2	Realizar diagnostico y establecer los requerimientos tecnológicos que faciliten la gestión y trazabilidad de los requerimientos de los ciudadanos como PQRS, entre otros.	Diagnostico de requerimientos tecnológicos	Oficina de sistemas de información / Atención al Usuario	Oficina de sistemas de información / Atención al Usuario	31/12/2020	Se hizo por parte del área de sistemas y Gestión Documental los cambios necesarios para el diligenciamiento de PQRS el cual se encuentra actualmente en Producción, con el fin de dar cumplimiento a la normatividad y que sea utilizado por Atención al Usuario. http://hfl.qfdocument.com/pqrs/HomeUSR/Login
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 realizo el PIC para la vigencia 2020, se encuentra publicado en pagina institucional y se incluyeron los temas relacionados con atención al usuario y humanización.
	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	Durante el II cuatrimestre de la presenta vigencia se realizo la convocatoria N° 002 de 2020 para proveer unas vacante en la planta temporal del 01 de junio al 30 de noviembre de 2020, la información se encuentra publicada en el siguiente link http://www.hflleras.gov.co/contratacion/recurso-humano
	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 código lila en las unidades de cuidados intensivos, se programan las actividades, se tiene la elaboración del programa con responsables y tiempos, así como el formato de indicadores que permita medir adherencia al programa de humanización.

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 97,23%
	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 secretaría 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 fotográfico.
	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	Dada la complejidad del proceso se esta estableciendo el cronograma de actividades vigencia 2021- así como el mecanismo de evaluación del mismo.
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 trabaja articuladamente con las áreas de gestión clínica, seguridad al paciente, donde se identifican en comité asistencial los mecanismos, informes de producción y situaciones a resolver que impacte de manera positiva en la prestación de los servicios de Salud.
	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	Ambulatorios: Se realiza gestión a las PQRS generadas por los usuarios en su totalidad. Gestión Clínica: Durante el año 2020 no se han evidenciando pqrs relacionadas con la atención al usuario desde los componentes de gestión clínica, gracias a la gestión oportuna de los trámites identificados como competencia del proceso. No obstante, se participa activamente en la optimización de la prestación del servicio con los procesos misionales, estratégicos, de apoyo y de evaluación. (se adjunta seguimiento indicadores de ATUS y análisis)

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 chequeo se elaboro teniendo en cuenta la matriz ITA de la procuraduría y aplica para todas las áreas.
	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	Atención al Usuario: Se publica el informe de PQRS en la pagina. Docencia: se elaboro y solicito la publicación de los trabajo de investigación que se han aprobado a la fecha y se encuentran en desarrollo. Gestión Clínica: Se solicita la publicación de los boletines epidemiológicos semanales, considerando que su contenido es de interés general hacia la comunidad y en especial para la comunidad académica según los convenios docencia servicio vigentes. Se adjunta correo con la remisión de los mismos.
	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	Se actualiza conforme a los requerimientos hechos por los coordinadores y lo establecido en la matriz ITA.
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	Docencia: Se ha realizado seguimiento a la información requerida de manera oportuna. Gestión Clínica: se cuenta con matrices de seguimiento a los requerimientos con medición de tiempos de respuesta, disponibles en drive Gestión Comercial: La oficina aplica control de correos y seguimiento de correspondencia. No registra solicitudes directas de los usuarios. Rehabilitación: Se ha realizado seguimiento y dado respuesta a los requerimientos realizados.
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	Docencia: De acuerdo a la TRD se realiza el archivo de la Oficina de Docencia, Investigación e Innovación y se tiene inventariado. Gestión Clínica: Se cuenta con el inventario de activos de información actualizado a 2020 Gestión Comercial: La oficina tiene identificado en la herramienta suministrada por el área de gestión documental el índice de información, el cual contiene entre otros aspectos el registro de activos de información.
	3,2	Elaborar el indice de la información clasificada o reservada	Índice de información clasificada o reservada	Gestión documental - oficina jurídica	Sistemas de información	31/12/2020	Se actualizo en la pagina web en el link de transparencia http://www.hflleras.gov.co/indice-de-informacion-clasificada-y-reservada
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	La Página Web del Hospital fue sometida a escaneo través de la herramienta Tadwis para Accesibilidad y Usabilidad, obteniendo una calificación nivel AA, y se encuentra en proceso de mejora, para cumplir con la normatividad. Se anexa archivo: Análisis Página Web Tawdis
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.