



INFORME EJECUCIÓN PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

31 DICIEMBRE 2017



*evolucionamos pensando
en usted*

INTRODUCCIÓN

Según lo dispuesto en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, y la Ley de Transparencia y acceso a la información y de conformidad a lo establecido en el documento ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCION DEL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO, del Departamento Administrativo de la Función Pública V2. , corresponde a la Oficina de Control Interno adelantar la verificación de la elaboración y publicación del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, así mismo, efectuar el seguimiento y el control a la implementación y a los avances de las actividades consignadas en el Plan, de acuerdo al monitoreo realizado por la Oficina de Planeación.

OBETIVO:

Establecer el cumplimiento y avances de las Acciones propuestas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2017 de la ESE HOSPITAL DEL SARARE.

Para determinar el avance en el cumplimiento de las actividades incluidas en el Plan Anticorrupción 2017, para este correspondiente a la ejecución con corte a 31 de diciembre 2017, la Oficina de Control Interno tuvo en cuenta los parámetros establecidos en el documento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”, a saber:

0 a59%	Rojo	Zona baja
De 60 a 79%	Amarillo	Zona media
De80 a 100%	Verde	Zona alta

El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano tuvo una ejecución del 72 % de las acciones planteadas. Los componentes que presentan mayor cumplimiento son Riesgos de corrupción y Transparencia y acceso a la información. Los porcentajes de cumplimiento por componente se reflejan en la parte final de este informe.

COMPONENTE 1 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION					FECHA DE SEGUIMIENTO: 31 DE DICIEMBRE 2017		OBSERVACIONES
No	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	% AVANCE	
1	Actualizar la política de Administración del riesgo.	Política de Administración del Riesgo Actualizada	Dirección/ Planeación	20 de enero de 2017	*Se actualizo la politica de administracion del riesgo.	100%	
2	Aprobar la política de riesgos del Hospital del Sarare como parte del lineamiento de Administración de Riesgos	Lineamiento de Administración del riesgo de los procesos establecido mediante resolución o Aprobación de Comité	Dirección/ Planeación	30 de enero de 2017	se aprobo la polica de administracion del riesgo mediante Resolucion 259 de 2017,	100%	
3	Socializar la política de Riesgos Actualizada	Correos electrónicos, comunicaciones Internas.	Planeación	24 de febrero de 2017	Se envio a los corre de los funcioarios del hospital y se publico en pagina web.	100%	
4	Realizar mapa de riesgo, de acuerdo a los requerimientos establecidos por el Departamento Administrativo de función pública	Mapa de riesgos corrupción del Hospital del Sarare 2017	Planeación	6 de marzo de 2017	Se realizo el mapa de riesgos de corrupcion	100%	
5	Revisar y ajustar mapas de riesgo, si se requiere.	Mapa de riesgos de corrupción definitivo	Planeación	30 de marzo de 2017	se revisó mapa de riesgos de corrupción y no se realizaron ajustes	80%	
6	Realizar publicación de mapa de riesgos de corrupción en la página Web de la Entidad	Mapa de riesgos de Corrupción publicado	Planeación	31 de marzo de 2017	Se publico mapa de riesgos de corrupcion en pagina web	100%	
7	Difundir mapa de riesgos de corrupción para conocimiento y control dentro de la entidad	Correo electrónico/ comunicaciones internas	Planeación	21 de abril de 2017	Se difundio mapa de riesgos de corrupcion a los lidres de proceso, se envio via correo electronico por parte del lider de planeacion	70%	
8	Realizar revisión cuatrimestralmente por proceso los riesgos de corrupción, aplicando ajustes de ser necesario	Seguimiento al mapa de Riesgos de corrupción	Planeación	31 de diciembre de 2017	Se realizó una revisión anual	33%	
10	Realizar seguimiento al Mapa de Corrupción en los plazos establecidos por ley	Informe de Seguimiento	Oficina control Interno	31 de diciembre de 2017	Se realizaron 3 seguimientos al año	100%	

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO COMPONENTE 1

87%

COMPONENTE 2. PLANEACION DE LA ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN

PLANEACION DE LA ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN										SEGUIMIENTO OCI 31 DE DICIEMBRE DE 2017		
N.	Nombre del Trámite, Proceso o procedimiento	Tipo de Racionalización	Acción Específica de Racionalización	Situación Actual	Descripción de la mejora a realizar el trámite, proceso o procedimiento	Beneficio al Ciudadano y/o Entidad	Dependencia Responsable	Fecha de Realización		Actividades cumplidas	%avance	observaciones
								Inicio del trámite	Fin del trámite			
1	Actualización de tramites en la plataforma del SUT	Normativa	Servicio por disposición legal	No se encuentran actualizados en la plataforma SUT los tramites que realiza	Actualización de la ejecución de cada trámite en la plataforma SUT	Brindar información actualizada a los usuarios de los pasos a realizar en cada uno de los tramites establecidos en la institución	Planeación	01/02/2017	31/02/2017	Se crearon los usuarios de seguimiento y gestores de operación del SUT. Se gestionaron los tramites que estaban con actividades pendientes en la plataforma. Los tramites que estaban pendientes por aprobación se aprobaron en la plataforma del SUT.	60%	
2	Atención Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y felicitaciones	Normativa	Servicio por disposición legal	Oportunidad en respuesta de 96% para el año 2016	Anejar oficio de entrega junto con queja a líder de proceso, en el cual se especifica motivo de queja, plazo de respuesta y contenido de la misma. Hacer notificación de vencimiento próximo de la queja con copia a control interno. La respuesta a la queja debe ser complementada con copia de acta de reunión entre líder de proceso y las personas asociadas a la queja, donde se especifique plan de mejora frente al motivo de queja. Realizar seguimiento a las acciones de mejora contenidas en las actas correspondientes a cada queja.	Cumplir con los plazos establecidos para respuesta a PQRS en un 100%. El contenido de las respuestas debe evidenciar respuestas eficaces y claras para el usuario frente al motivo de queja	Servicio de Información y Atención al Ciudadano(SIAU)	02/01/2017	31/12/2017	De acuerdo a la auditoría realizada a las PQRS de la vigencia 2017, se encontraron algunas pqrs que no se les dio respuesta en terminos de ley.	50%	Se puede observar que se realizaron las mejoras con respecto a las recomendaciones del primer seguimiento, en cuanto a buscar otros medios para allegar las respuestas, y así como se empezó a utilizar el envío de respuestas a PQRS a través de whatsapp. Una vez evaluada el comportamiento de la estrategia en la vigencia 2017, se recomienda mejorar el contenido de las respuestas PQRS, en lo referente a la solución a la situación presentada.
								01/02/2017	31/12/2017	De acuerdo al seguimiento realizado se encontro PQRS,a las que no se les realizó las respectivas actas de reunion con el líder del proceso implicado y las personas asociadas a la queja.	45%	Se recomienda realizar a seguimiento a las actividades planteadas en las actas y generara los respectivos planes de mejora.
3	Historias clínicas	Normativa	Servicio por disposición legal	El hospital tiene definido un formato para solicitud de historias clínicas, el cual contiene información suficiente para establecer las diversas modalidades en solicitud de historias clínicas. Actualmente no se cuenta con indicador de efectividad en la respuesta a solicitud de historias clínicas	Actualizar el procedimiento para gestión de solicitudes de historia clínica, de acuerdo a los cambios realizados en la institución que están relacionados con la tramitología	Dar trámite oportuno a solicitudes de historia clínica por parte de usuarios e instituciones	Sugerencia Científica	01/02/2017	31/12/2017	Actividad no ejecutada	0%	
								01/02/2017	31/12/2017	A partir del mes de junio, se empezó a llevar el indicador de oportunidad en la entrega de historia clínicas, con resultado de oportunidad a un día.	100%	
								01/02/2017	31/12/2017	Se implemento formato de seguimiento a entrega de historias clínicas. SIS-02-F07; se empezó a diligenciar a partir del mes de junio de 2017.	100%	
4	Asignación de citas medicina especializada	Tecnologías	Mejorar la Asignación de citas de medicina especializada mediante línea telefónica habilitada y correo electrónico	*Se evidencia congestión debido al alto número de usuarios que solicitan citas a la institución de manera presencial.	Establecer una línea telefónica que opere de lunes a viernes para la Asignación de Citas de Medicina especializada, para ello el usuario debe comunicar el código de Autorización emitido por su respectivo EPS.	Eliminación del desplazamiento de los usuarios a la Entidad para tramitar citas de Medicina Especializada.	Servicio de Información y Atención al Ciudadano(SIAU)	01/02/2017	31/12/2017	*Se maneja la línea celular 3212672202 para la asignación de citas en horarios de 6 am a 12m. *Se maneja línea fija 8802005 en horario de 6am a 11am y de 2pm a 4pm lunes a viernes	100%	Se recomienda ratificar actualización en la pagina web del hospital en el link de tramites los numeros de citas
				Se otorga un alto número de quejas por parte de los usuarios relacionadas con la asignación de citas	Asignar citas vía correo electrónico directamente a las EPS, con el fin de que la tramitología sea realizada entre entidades y no por los usuarios, principalmente los ubicados en otros municipios.			Se implemento las citas vía correo electrónico con las EPS citas.comparta@hospitaldelsarare.gov.co, citas.nuevarega@hospitaldelsarare.gov.co	80%			
				Se realizó seguimiento al porcentaje de citas asignados por los medios descritos anteriormente.	Estándarizar el tiempo de asignación de las citas de especialidades que no son regulares y permanentes, con el fin de brindar mayor cobertura a los usuarios.			De total de citas asignada por los diferentes medios en la vigencia 2018, el 4.5% fueron por correo electrónico, 16% vía telefónica y 78.5 de forma presencial.	40%	Se recomienda incluir esta estrategia en el PAAC para la vigencia 2018 ya que este es uno de los mayores motivos de queja		
				Centralizar la entrega de resultados de exámenes de laboratorio en la oficina del SIAU.	Diarizar estrategia de envío de resultados por medios electrónicos (realizar prueba piloto para verificar aceptación del envío a la dirección resultados@hospitaldelsarare.gov.co para que los usuarios soliciten el resultado vía email, si así lo desean.			No se generará congestión en el servicio de laboratorio clínico debido a que se suprime el usuario que espera resultados de exámenes, quedando solo los pacientes que van a realizarse algún tipo de muestra. Menor tiempo de respuesta y no deberá desplazarse varias veces a las diferentes sedes del hospital para entrega de resultados	Se centralizo la entrega de resultados de exámenes de laboratorio en el SIAU.	100%		
5	Examen de Laboratorio Clínico	Tecnologías	Envío de documentos electrónicos	La entrega de los resultados de los exámenes de laboratorio clínico se realiza de manera presencial en el laboratorio.	Se entregara el resultado de los exámenes médicos de forma presencial o por medio del correo electrónico que debe relacionar el paciente en el momento de presentarse a la toma del examen en otros municipios	Menor tiempo de respuesta y no deberá desplazarse varias veces a las diferentes sedes del hospital para entrega de resultados	Laboratorio Clínico Servicio de Información y Atención al Ciudadano(SIAU)	01/02/2017	31/12/2017	*Se cotoco en marcha prueba piloto, para la solicitud de envío de resultados de laboratorio por email.	100%	
								01/02/2017	31/12/2017	Se habilito el correo resultadoslaboratorio@hospitaldelsarare.gov.co en donde quienes lo solicitan y cumplan los criterios de seguridad establecidos se le envía el resultado. El desmorlo de la estrategia en muy bajo no alcanza ni el 1%. Esto debido a la falta de información al usuario.	15%	De acuerdo al seguimiento realizado a esta estrategia, no ha dado el resultado esperado, ya que se pudo evidenciar falta de información al usuario por parte de los encargados de la toma de muestras, se recomienda divulgar mas la estrategia a través de los diferentes canales de comunicación y socializar a los funcionarios del area de laboratorio en la estrategia. Se recomienda en el PAAC 2018, seguir con esta estrategia y darle funcionalidad.
6	Exámenes de Imágenes Diagnósticas (Rayos X y TAC)	Tecnologías	Envío de documentos electrónicos	La entrega de los resultados de los exámenes de Imágenes Diagnósticas presencial	Se entregara el resultado de los exámenes médicos de forma presencial o por medio del correo electrónico que debe relacionar el paciente en el momento de presentarse a la toma del examen en otros municipios	Menor tiempo de respuesta y no deberá desplazarse varias veces a las diferentes sedes del hospital para entrega de resultados	Imagenes Diagnosticas	01/02/2017	31/12/2017	A través del correo resultadoslaboratorio@hospitaldelsarare.gov.co, se estandarizado los reportes de lecturas de TAC entre otros, a quienes al momento de la toma del examen lo solicitan	50%	Se recomienda en el PAAC 2018, seguir con esta estrategia y darle funcionalidad.
7	solicitud de Certificaciones Hoja de vida, retro de consultas y tramite de tramite	Normativa	Disminución tiempo de espera procedimientos	Se le solicita como requisito el retro de pago por parte de la sociedad, se envia hoja de vida y se entrega a 5 días hábiles	Definir un procedimiento claro para la solicitud y entrega de certificaciones	Oportunidad en la entrega de certificaciones, de acuerdo al procedimiento establecido	Fábrica Humana	01/02/2017	31/12/2017	Actividad no iniciada	0%	

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO COMPONENTE 2 56%

COMPONENTE 3 RENDICION DE CUENTAS

RENDICION DE CUENTAS				SEGUIMIENTO OCI 31 DE DICIEMBRE DE 2017		
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Actividades cumplidas	% avance	observaciones
Información de calidad y lenguaje comprensible	Publicar en Página Web el Plan Anual De Adquisiciones	Plan Anual de Adquisiciones	Almacén/ sistemas	Se encuentra publicado en la pagina web del hospital documento plan anual de adquisiciones año 2017.	100%	
	Publicar en página Web Evaluación plan de Acción 2016 y proyección 2017	Plan de Accion evaluado, Plan de Accion proyectado	Planeación/ Sistemas	Se encuentra publicado en la pagina web del hospital documento plan de accion año 2017.	70%	Al revisar el documento plan de acción, se observa que este no contempla todos los procesos definidos dentro del mapa de procesos aprobado.
	Publicar Plan Anticorrupción 2017 y sus respectivas evaluaciones	Plan Anticorrupción , Evaluación Plan anticorrupción	Planeación/ Sistemas	Se encuentra publicado en la pagina web del hospital documento plan anticorrupción y atención al ciudadano año 2017.	100%	
	Elaborar y socializar plan de desarrollo Institucional	Plan de desarrollo institucional	Gerencia/ Sistemas	Se elaboro y aprobo el Plan de desarrollo, se publico en pagina web, se desregro en los planes de accion por proceso.	80%	NO se ha socializado el Plan de Desarrollo institucional
	Publicación de Informes Pormenorizados de Control Interno	Informes control Interno	Control Interno/ Sistemas	Se encuentra publicado en la pagina web del hospital documento informe ejecutivo anual MECI 2016. Se publico informe informe cuatrimestral periodo NOV-FEB 2017 Se publico informe informe cuatrimestral periodo MAR -JUN 2017 Se publico informe informe cuatrimestral periodo JUL-OCT 2017	100%	
	Envío de informes a los diferentes entes de control			Se verifico envio de los informes a de la vigencia 2017	60%	NO se cuenta con la evidencia de envio de todos los informes a entes de control, se encuentra en espera de las mismas, se evidencia la inoportunidad en el envio de dos informes.
	Publicación de Estados Financieros	Estados financieros publicados	Contabilidad/ Sistemas	Se publico estado de resultado integral con corte a 30 de junio de 2017. se publico Balance general I con corte a 30 de junio de 2017. Se publico estado de resultado integral con corte a 31 marzo de 2017. se publico Balance general I con corte a 31 de marzo de 2017. Se publico estado de resultado integral con corte a 30 septiembre de 2017. se publico Balance general I con corte a 30 septiembre de 2017.	100%	
Dialogo de Doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	Realizar semestralmente Reunión con asociación de Usuarios para debatir temas relacionados con la institución	Evidencia formato acta de reunión (2 por año)		Se realizaron dos reuniones con el comité de usuarios con el fin de realizar seguimiento a la PQRS recibidas durante el año 2017 y las acciones de mejora implementadas.	100%	
	Realizar semestralmente foro interactivo con usuarios mediante Facebook y Twitter	Foro de Conversación mediante redes sociales	Comunicaciones	Actividad no iniciada	0%	
	Realizar encuestas de Satisfacción a usuarios	Resultado de Encuesta	SIAU	Se aplicaron las encuestas de satisfacion de conformidad con el procedimiento y la muestra escogida. Se realizo informe de satisfacion a usuarios para el primer semestre y segundo de 2017.	100%	
	Realizar programa de radio, para brindar participación a la población del municipio y su area de influencia.	Programa de Radio	Calidad, Control Interno, Planeación	Actividad no iniciada	0%	
Incentivos para motivar la cultura de rendición y petición de cuentas	Realizar capacitación a los usuarios y funcionarios acerca del proceso de rendición y petición de cuentas	Mecanismos de Capacitación	Planeación/ Control Interno	Actividad no iniciada	0%	
Evaluación y retroalimentación a la gestión Institucional	Elaborar proceso de rendición de cuentas de los diferentes procesos que componen la institución	Proceso de rendición de cuentas	Control Interno	Se realizo audiencia publica de rendicion de cuentas el 10 de mayo de 2017, se realizo el respectivo informe y se envio a la supersalud	100%	
	Realización de la jornada de rendición de cuentas	Evento dirigido a la comunidad en general	Gerencia	Se realizo jornada de rendicion de cuentas el dia 10 de mayo de 2017, en el audotrio Anthoc, con la participacion de los diferentes grupos de interes.	100%	
	Evaluación del proceso de Rendición de cuentas	Encuesta de Calificación	Control Interno	Se al finalizar la jornada de rendicion de cuentas se aplico encuesta de evaluacion de la misma, los resultados se encuentran dentro del informe de rendicion de cuentas que se envio a la supersalud y de igual manera se encuentran en la pagina web del Hospital	100%	
	Formulación de acciones de mejora en el proceso de rendición de cuentas en la entidad	Plan de mejoramiento de la estrategia rendición de cuentas	Planeación/ Control Interno	Se realizaron algunas actividades de mejora.	15%	

PORCENTAJE DE AVANCE COMPONENTE 3

70%

COMPONENTE 4 ATENCION AL CIUDADANO

ATENCION AL CIUDADANO					SEGUIMIENTO OCI 31 DE DICIEMBRE DE 2017		
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada	Actividades cumplidas	% avance	observaciones
Estructura administrativa y direccionamiento estratégico	Actualizar la plataforma estratégica encaminada a formular acciones que fortalezcan el nivel de importancia e institucionalidad del tema de servicio al ciudadano a su interior	Plataforma estratégica actualizada	Comité meci - calidad	30/03/2017	Se actualizo plataforma estrategica, se aprobo mediate acuerdo de junta 03 de 2017	100%	
Fortalecimiento de los canales de Atención	Mejorar la Asignación de citas de medicina especializada mediante línea telefónica habilitada y correo electrónico	Aumentar el número de Citas otorgadas por estos medios de comunicación	SIAU	Diario	Para solicitud de citas a través de correo electrónico, se tienen dispuestas casillas de correo institucional a través de las cuales se asignan citas a las EPS que tiene contratación con la institución, con sedes en otros municipios a saber: citas.comparta@hospitaldelsarare.gov.co: Asignación a oficinas de comparta en los municipios de Cubará, Puerto Rondon, Fortul, Tame y Arauquita. citas.nuevaeps@hospitaldelsarare.gov.co: Asignación a oficinas de Nueva EPS en los municipios de Tame, Fortul y Arauquita De igual forma, se tiene dispuesta una casilla de correo electrónico citastac@hospitaldelsarare.gov.co para asignación de Tomografías Axiales Computarizadas tanto simples como contrastadas a los usuarios cuyas EPS tengan sus servicios contratados con la institución.	50%	Se recomienda colocar esta estrategia en el PAAC 2018, debido que uno de los mayores motivos de queja durante la vigencia 2017 es no hay cita para especialista
	Realizar seguimiento a la aplicación de Digiturnos en servicio de Imágenes Diagnostica y laboratorio Clínico	Aplicación de Digiturnos	SIAU	Mensualmente	Actividad no iniciada	0%	
Talento Humano	Fortalecer las competencias de los servidores públicos que atienden directamente a los ciudadanos a través de capacitaciones	Formato Actas de Capacitación	Líderes y Coordinadores de Cada dependencia	Semestralmente	Actividad no iniciada	0%	
Normativo y procedimental	Elaborar periódicamente informes de PQRS para identificar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios	Informes presentados	SIAU	Trimestralmente	La oficina de Servicio al cliente SIAU, realizo los siguientes informes trimestrales de PQRS del 2017 correspondientes a los periodos ENE-MARZO, ABR-JUN, JUL-SEP, OCT-DIC	100%	
Relacionamiento con el ciudadano	Realizar encuesta mensual de Satisfacción al Usuarios	Encuestas de Satisfacción al usuario	SIAU	Mensual	Se aplicaron las encuestas de satisfacion de conformidad con el procedimiento y la muestra escogida. Se realizo informe de satisfacion a usuarios para el primer semestre de 2017.	100%	

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO COMPONENTE 4

58%

COMPONENTE 5 TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION

TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION					SEGUIMIENTO OCI 31 DE DICIEMBRE DE 2017		
Subcomponente	Actividades	Metas	Responsable	Fecha programada	Actividades cumplidas	% avance	observaciones
Lineamientos de Transparencia Activa	Publicación en página Web de la institución	Informe Rendición cuentas	Gerencia Comunicaciones	5 días Hábiles después de la rendición de Cuentas	Se realizo informe de rendición de cuentas en los terminos establecidos, este fue enviado a la Supersalud y subido a la pagina web del Hospital.	100%	
		Estados financieros	Contadora Comunicaciones	Trimestrales	Se encuentra publicado en la pagina web del hospital documento: Estado de Actividad Economica y financiera a corte 31 diciembre 2016 y documento Balance general a corte 31 diciembre 2016 Estado de Actividad Economica y financiera a corte 31 marzo 2017 y documento Balance general a corte 31 marzo 2017 Estado de Actividad Economica y financiera a corte 30 de junio 2017 y documento Balance general a corte 30 de junio 2017 Estado de Actividad Economica y financiera a corte 30 de junio 2017 y documento Balance general a corte 30 de septiembre 2017	100%	
		Presupuesto y sus modificaciones	Profesional Financiera Comunicaciones	31 Enero y cada vez que se realice una modificación	Se publico en pagina web el presupuesto aprobado de la vigencia 2017 Acuerdo de junta que los modificaron	100%	
		PAA	Almacenista Comunicaciones	31 Enero de cada año y cada vez que se realice una modificación	Se publico el Plan anual de adquisiciones en la pagina web del Hospital	100%	
		Evaluación y Plan de Acción	Planeación Comunicaciones	31 Enero de cada año	Se encuentra publicado en la pagina web del hospital documento Evaluacion plan de accion año 2016.	70%	Al revisar documento se observa que no todos los planes de accion fueron evaluados
		Informes pormenorizados de Control Interno	Asesor Control Interno Comunicaciones	Cuatrimestrales	Se encuentra publicado en la pagina web del hospital documento informe ejecutivo anual MECI 2016. Se publico informe informe cuatrimestral periodo NOV-FEB 2017 Se publico informe informe cuatrimestral periodo MAR -JUN 2017	75%	
		Plan Anticorrupción	Planeación Comunicaciones	31 Enero de cada año	Se encuentra publicado en la pagina web del hospital documento plan anticorrupcion y atencion al ciudadano año 2017.	100%	
		Informe plan anticorrupción	Asesor Control Interno Comunicaciones	Trimestrales	Se publico informe informe de seguimiento con corte a 30 de abril de 2017	100%	
	Publicación en página Web de la institución, SECOP, Contratoría	Publicación de etapas contractuales	Jurídica	Permanente	La informacion de la contratacion realizada en la vigencia 2017 se ha subido mensualmente con oportunidad a la pagina del SIA OBSERVA y parcialmente a la pagina de la SECOP.	60%	Se recomienda colocar al dia la informacion faltante en la pagina de la SECOP
	Lineamientos de Transparencia Pasiva	Responder a las solicitudes de acceso a la información realizados a la entidad en los términos establecidos en la Ley.	Respuesta oportuna a Solicitud de Información	Talento Humano, Jurídica, SIAU	Permanente	Durante los meses de enero a marzo no se conto con un responsable del control a la contestacion con oportunidad a la informacion solicitada a la entidad, por lo que en la auditoria realizada se encontro informacion contestada por fuera de los terminos de la Ley.	85%
Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	Programa de Gestión documental de acuerdo al decreto 2609 de 2012	Programa gestión Documental Hospital	Gestión documental	31/12/2017	Se ha avanzado en el programa de Gestion Documental, las tablas de valoracion documental se encuentran en proceso de aprobacion, falta por elaborar el PINAR y algunos programas especiales	70%	

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO COMPONENTE 5

87%

SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	
Fecha de Seguimiento	31/12/2017
Componente	% de avance
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción	87%
Componente 2: Estrategia Antitrámites	56%
Componente 3: Rendición de cuentas	70%
Componente 4: Servicio al Ciudadano	58%
Componente 5: Transparencia y Acceso a la Información	87%
PROMEDIO PORCENTAJE DE EJECUCION CONSOLIDADO VIGENCIA 2017	72%
<p>Nota: Los porcentajes de avance registrados en esta tabla, se sacaron promediando los resultados alcanzados de las acciones planteadas por cada componente</p>	
CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES GENERALES	
<p>El porcentaje de Ejecucion de las activides plantedas en cad uno de los cinco componetes para la vigencia 2017 fue del 72%, Siendo los componetes Gestion del Resigo de Corrupcion y Tranparencia y acceso a la informacion las mas altas quedando en zona Alta. El componentes que presento menor ejecucion fu Estrategia Antitramites con 56%.</p> <p>*Se observa que de la acciones planteadas el componente que presenta menor ejecución fue la Estrategia Antitramites quedando en zona baja. Se debe buscar estrategias que conlleven a la racionalizacion de los tramites. Se recomienda el uso de la TICs como estrategia de reducion de costos y tiempo por parte de los usuarios. Se recomienda realizar una estrategia socializacion de las acciones planteadas ya se se pudo evidenciar desconocimeinto por parte de los usuarios y de los mismo funcionarios.</p> <p>*En la estrategia Rendicion de cuentas se recomienda fomentar los espacios de participación "Dialogo de Doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones", ya que las acciones planteadas no se cumplieron.</p>	

CHEILA ALEXANDRA AL VARADO ROJAS

Asesor control interno