



**INFORME EJECUCIÓN PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN
AL CIUDADANO A 31 DIC 2018**

31 DICIEMBRE 2018



*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 2018, 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 81 % de las acciones planteadas. Los componentes que presentan mayor cumplimiento son Riesgos de corrupción y Trasparencia y acceso a la información. Los porcentajes de cumplimiento por componente se reflejan en la parte final de este informe.



HOSPITAL DEL SARARE
 Empresa Social del Estado
 NIT: 900231215-1

Evolucionamos pensando en usted



Ministerio de la Protección Social
 Departamento de Arauca

Ministerio de la Protección Social
 Departamento de Arauca

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION (ACTIVIDADES PLANTeadAS)						FECHA DE SEGUIMIENTO: 31 DE DICIEMBRE DE 2018		OBSERVACIONES
No	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	% AVANCE	
1	POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO	Socializar la política de Riesgos Actualizada	Correos electrónicos, comunicaciones Internas.	Planeación	1/02/2018	*En el mes de agosto se socializo a los lideres de proceso la politica de administracion del riesgo, tambien fue socializada por redes sociales. http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/politicas/POLITICADMINISTRACIONDELRIESGO.PDF	60%	
2	MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION	Realizar mapa de riesgo, de acuerdo a los requerimientos establecidos por el Departamento Administrativo de función pública	Mapa de riesgos corrupcion del Hospital del Sarare 2018	Planeación	28/02/2018	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLAN_ANTICORRUPCION/2018/MAPA-DE-RIESGO-CORRUPCION-2018-.pdf	100%	
3	CONSULTA Y DIVULGACION	Revisar y ajustar mapas de riesgo, si se requiere.	Mapa de riesgos de corrupcion definitivo	Planeación	28/02/2018	*A la fecha del informe no se han requerido modificaciones y/o ajustes al mapa de riesgos.	100%	
4		Realizar publicación de mapa de riesgos de corrupcion en la página Web de la Entidad	Mapa de riesgos de Corrupcion publicado	Sistemas	1/03/2018	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLAN_ANTICORRUPCION/2018/MAPA-DE-RIESGO-CORRUPCION-2018-.pdf	100%	
5		Difundir mapa de riesgos de corrupcion para conocimiento y control dentro de la entidad	Correo electrónico/ comunicaciones internas	Planeación	1/03/2018	*El mapa de riesgos de corrupcion fue integrado al plan de accion por procesos por lo cual fue difundido a los lideres de proceso.	70%	
6	MONITOREO Y REVISION	Realizar revisión cuatrimestralmente por proceso los riesgos de corrupcion, aplicando ajustes de ser necesario	Seguimiento al mapa de Riesgos de corrupcion	Planeación	Cuatrimestralmente	Se realizo seguimiento con corte a 30 de junio de 2018, se realizoseguimiento con corte a 31 de diciembre.	80%	
7	SEGUIMIENTO	Realizar seguimiento al Mapa de Corrupcion en los plazos establecidos por ley	Informe de Seguimiento	Oficina control Interno	Cuatrimestralmente	Se realizo seguimiento con corte a 30 de junio de 2018., se relaizo seguimiento a31 de diciembre	80%	

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO COMPONENTE RIESGO DE CORRUPCION	84%
--	-----

COMPONENTE 2. PLANEACION DE LA ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN

PLANEACION DE LA ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN (Actividades planteadas)						SEGUIMIENTO OCI 31 DE DICIEMBRE DE 2018		
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	Actividades cumplidas	% avance	observaciones
1	Sistema Único de tramites	Normativa	Servicio por disposición legal	No existe conocimiento de la Plataforma SUIT por parte de los funcionarios responsables de los tramites	Capacitación en el Manejo de la plataforma SUIT a los funcionarios responsables de su gestión	En el mes de marzo se realizo capacitacion al lider de atencion al usuario, en manejo de plataforma SUIT. Se evidencia en acta de socializacion.	80%	En el mes de Julio de 2018, se cambio la lider de atencion al usuario, por lo que es necesario iniciara nuevamente el proceso de capacitacion del nuevo lider en el manejo de la plataforma SUIT.
2	Sistema Único de tramites	Normativa	Servicio por disposición legal	No existe gestión de los tramites de la Plataforma SUIT por parte de los funcionarios responsables	Gestionar los trámites realizados por la Institución en la Plataforma SUIT	Se actualizo los usuarios responsables de la gestion de tramites. Se diligencian el numero de tramites sociados de manera presencial y parcialmente en linea de asignacione citas, solicitud de historia clinica y solicitud de resultado.	60%	Se debe revisar y actualizar los tramites con los cambios que e han hecho en la vigencia 2018.
3	Atención Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones	Normativa	Servicio por disposición legal	Oportunidad en respuesta de 96% para el año 2016	*Anexar 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.	*Revisadas el proceso de gestion de pgrs se evidencia oficio de entrega de queja a lider responsable de dar respuesta para el primer cutrimestre de 2018. *Notificación de vencimiento: No se notificaron al area de control interno de las pgrs proximas a vencer. *No se ha realizado seguimiento a todas las pgrs	90%	* No se realizo seguimiento a las acciones de mejora planteadas en las actas de gestion de las PGRS.
4	Asignación de citas medicina especializada	Tecnologías	Mejorar la Asignación de citas de medicina especializada mediante línea telefónica habilitada y correo electrónico	*Se cuenta con una línea telefónica que opera de lunes a viernes para la Asignación de Citas de Medicina especializada, para ello el usuario se comunica al número (7) 889 26-05 y una línea de celular: 322 812 9354 *Se Asignan 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. *Sin embargo se evidencia congestión debido al alto número de usuarios que solicitan citas a la institución de Manera presencial y un alto número de quejas relacionadas con la asignación de citas	Implementación de Call Center para mejorar las líneas de atención. Incrementar el número de Citas de Pediatría y Consulta Interna con respecto al 2017	*En el mes de enero mediante contrato MC 006 de 2018 se adquirio call center el cual fue puesto en funcionamiento en el mes febrero. *Se registro unincremento en las Citasde MEDICINA INTERNA en un 39,40% para la vigencia 2018 con respecto a la vigencia 2017. En el año 2017 se asignaron 5,910 citas y en el año 2018 aumento a 12,420 citas. *Se registro unincremento en las Citasde PEDIATRIA en un 26,20% para la vigencia 2018 con respecto a la vigencia 2017. En el año 2017 se asignaron 4,736 citas y en el año 2018 aumento a 5,977 citas.	100%	
5	Solicitud de Resultados	Tecnologías	Envío de documentos Electrónicos	*La entrega de resultados de exámenes de laboratorio está centralizada en la oficina del SIAU. *Se implementó estrategia de envío de resultados de laboratorio por correo electrónico: (resultadoslaboratorio@hospitaldelsarare.gov.co) para que los usuarios soliciten el resultado vía email, si así lo desean.	Promocionar la estrategia de solicitud de resultados por correo electrónico para pacientes que así lo desean, mediante publicación de pendón informativo y difusión en los diferentes medios. Realizar envío de Resultados de: -Patologías -Lectura (RX,TAC, Ecografías) -Citologías Se realizará seguimiento al porcentaje de resultados enviados por email.	*En el mes de abril de 2018 se realizo publicacion de la estrategia en la pagina web del Hospital del Sarare en banner en la pagina de inicio http://www.hospitaldelsarare.gov.co/ *El 02 de mayo de 2018, el lider de planeacion promociona la estrategia de "entrega de resultados por correo electronico", en el programa radial institucional por I a emisora sarare stereo 88 3 fm *En el mes de julio de 2018 el lider destencion al usuario promociona la estrategia de "entrega de resultados por correo electronico", en el programa radial institucional por I a emisora sarare stereo 88 3 fm *el 20 de diciembre promociona la estrategia " entrega de resultados por correo electronico",en el programa radial institucional por I a emisora sarare stereo 88 3 fm	66%	Se observa bajo porcentaje de solicitud y envío de resultados a través de correos electrónicos. Se puede viciarse que los procesos de laboratorio, maternidad y cirugía no socializan la estrategia al momento de prestar el servicio. Se recomienda continuara con esta estrategia pero generar compromiso a través de lineamientos o políticas, acompañado de estrategia publicitaria mas agresiva.
6	Historias clinicas	Normativa	Servicio por disposición legal	El hospital tiene definido un formato para solicitud de historias clinicas, el cual contiene informacion suficiente para establecer las distintas modalidades en solicitud de historias clinicas Actualmente se cuenta con indicador de efectividad en la respuesta a solicitud de historias clinicas. NO se tiene actualizado el procedimiento para solicitud de Historias	Actualizar el procedimiento para gestión de solicitudes de historia clinica, de acuerdo a los cambios realizados en la institución que están relacionados con la tramitología	*Se evidencia acta de comité de historias clinicas de fecha 30 de noviembre de 2018, en donde el tema a tratar fue el ajuste al instructivo de entrega a historias clinicas, se deja en compromisos la revision juridica del procedimiento planteado por la oficina del SIAU.	80%	Se recomienda ejecutar los compromisos pactados en el comité de historias clinicas y terminar con la actualizacion del procedimiento de solicitud de historias clinicas
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO COMPONENTE 2							76%	

RENDICION DE CUENTAS (actividades programadas)				SEGUIMIENTO OCI 31 DE DICIEMBRE DE 2018			
Subcomponente	Actividades		Meta o producto	Responsable	Actividades cumplidas	% avance	observaciones
Información de calidad y lenguaje comprensible	1.1	Publicar en Página Web el Plan Anual De Adquisiciones	Plan Adquisiciones	Almacén/sistemas	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/ALMACEN/UNICO-PLAN-2018.pdf	100%	
	1.2	Publicar en página Web Evaluación plan de Acción 2017 y proyección 2018	Plan de acción Evaluado; Plan de Acción proyectado	Planeacion/sistemas	* http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANEACCION/EVALUACION-PLAN-DE-ACCION-2017.pdf * http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANEACCION/PLAN-DE-ACCION-2018.pdf	100%	
	1.3	Publicar Plan Anticorrupción 2018 y sus respectivas evaluaciones	Plan Anticorrupción Evaluación Plan anticorrupción	Planeación/sistemas	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLAN_ANTICORRUPCION/2018/PLAN-ANTICORRUPCIN-Y-ATENCION-AL-CIUDADANO-2018-.pdf	100%	
	1.4	Publicación de Informes Pormenorizados de Control Interno	Informes control Interno	Sistemas	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2018/NOV2017AFEB2018INFORMECUATRIMESTRAL.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2018/MARZOAJUNIO2018INFORMECUATRIMESTRAL.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2018/JULIOAOCT2018INFORMECUATRIMESTRAL.pdf	100%	
	1.5	Envío de informes a los diferentes entes de control		Planeación/	Se evidencia envío oportuno de informes a la supersalud, ministerio de salud y protección social, contraloría departamental, Invima, UAEASA.	95%	
	1.6	Publicación de Estados Financieros	Estados financieros publicados	sistemas	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2017/ESTADO-DE-RESULTADOS-INTEGRALES-a-31-dic2017.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2017/ESTADO-DE-SITUACION-FINANCIERA-A-31-DIC-2017.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/ESTADO-DE-SITUACION-FINANCIERA-MARZO2018-2.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/ESTADO-DE-RESULTADO-INTEGRAL-MARZO-2018.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/ESTADO-DE-RESULTADO-INTEGRAL-A-JUNIO-30-DE-2018.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/ESTADO-DE-SITUACION-FINANCIERA-A-JUNIO-30-DE-2018.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/3ESTADODESITUACIONFINANCIERA.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/3ESTADODERESULTADOINTEGRAL.pdf	100%	
Dialogo de Doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2.1	Realizar semestralmente Reunión con asociación de Usuarios para debatir temas relacionados con la institución	Evidencia formato acta de reunión (2 por año)	SIAU	*Se realizo reunion con asociacion de usuarios el dia 27 de septiembre de 2018, según consta en acta de reunion.	50%	
	2.2	Realizar semestralmente foro interactivo con usuarios mediante Facebook	Foro de Conversación mediante redes sociales	Comunicaciones	Actividad no Realizada	0%	
	2.3	Realizar encuestas de Satisfacción a usuarios	Resultado de Encuesta	SIAU	*Se evidencia informe de sastifacion global del primer semestres de 2018 con un porcentaje de sastifacion del 88% *se evidencia aplicación de encuestas de sastifacion en el segundo semestre de 2018, se elaboro informe de sastifacion del segundo semestre con 72% de sastifacin	100%	
	2.4	Realizar programa de radio, para brindar participación a la población del municipio y su área de influencia	Programa de Radio	Calidad, Control Interno, Planeación	Durante la vigencia se realizaron 25 programas de radio de temas e interes a la comunidad como la rendicion de cuentas, casos de IRA Infección Respiratoria Aguda presentados en el municipio de Saravena recomendaciones, Recomendaciones a tener en cuenta para la seguridad en la adquisición de medicamentos, uso adecuado de la Historia Clínica, la importancia del aseguramiento y afiliación a las EPS, funcionamiento del servicio de Telemedicina, servicio de Microbiología del Laboratorio Clínico, Conoce los servicios que ofrece nuestro proceso de Laboratorio clínico, El uso del barniz de fluor en niños es fundamental para su salud oral, la importancia y la práctica de la Salud Oral en bebés de 0 a 24 meses de edad, la importancia de la Salud Oral en el embarazo, la vacuna contra el VPH virus del papiloma humano, Qué son las Espirometrías y para que sirven, Seguridad del Paciente, novedades y proyecciones de la Institución. Atencion a victimas de violencia sexual, Atencion al usuarios, PQRS, citas de medicina especializada, entrega de resultados, entre otros	95%	Se recomienda estructurar el programa seguir con esta estrategia por la aceptación y alta sintonía del progrma radial. Se recomienda estructurar y documentar el programa de radio y realizar reuniones con la comunidad para la concertación de temas.

Incentivos para motivar la cultura de rendición y petición de cuentas	3.1	Realizar capacitación a los usuarios y funcionarios acerca del proceso de rendición y de cuentas	Mecanismos de Capacitación	Planeación/Control Interno	Se realizo programa radial el dia 25 de abril, en donde se explico, que es la rendicion de cuentas, mecanismos de rendicion de cuentas, elementos de la rendicion de cuentas, marco normativo.	60%	
Evaluación y retroalimentación a la gestión Institucional	4.1	Elaborar proceso de rendición de cuentas de los diferentes procesos que componen la institución	Proceso de rendición de cuentas	Control Interno	* Actividad en ejecución	40%	
	4.2	Realización de la jornada de rendición de cuentas	Evento dirigido a la comunidad en general	Gerencia	* El día 09 de mayo de 2018 se realizo jornada de rendicion de cuentas en el auditorio de Anthoc.	100%	
	4.3	Evaluación del proceso de Rendición de cuentas	Encuesta de Calificación	Control Interno	* Se realizo encuesta de evaluacion de la adiencia publica de rendion de cuentas, se realizo informe de rendicion de cuentas.	90%	
	4.4	Formulación de acciones de mejora en el proceso de rendición de cuentas en la entidad	Plan de mejoramiento de la estrategia rendición de cuentas	Control Interno	Con las sugerencias y solicitudes presentadas por los ciudadanos en la audiencia publica de rendicion de cuentas se formulo plan de accion, a la fecha no se cumplido la totalidad	80%	Se evidencia gestión de la actividad no cumplida (Reubicación de vendedores ambulantes);por parte de la entidad, ante la Alcaldía Municipal, para la generación de estrategias de traslado de este personal, de manera que no se genero un impacto social negativo.
PORCENTAJE DE AVANCE COMPONENTE 3						81%	



COMPONENTE 4 ATENCION AL CIUDADANO

ATENCION AL CIUDADANO (ACTIVIDADES PROGRAMADAS)					SEGUIMIENTO OCI 31 DE DICIEMBRE DE 2018			
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada	Actividades cumplidas	% avance	observaciones	
Estructura administrativa y direccionamiento estratégico	1.1	Reestructuración del proceso SIAU: *Ampliar puntos de Información. (Frente a Laboratorio e imágenes diagnósticas) *Implementar front office o centro de Atención personal *Brindar atención personalizada y humanizada *Implementar sistema de facturación y pago preferencial	Mayor número de puntos de Atención	Gerencia	15/02/2018	*Se amplió y reubicó la oficina de atención al usuario SIAU, con elementos de confort: aire acondicionado, sala de espera con sillas, televisor. Como centro de atención personalizada. *Se aumentó el número de personal de tres a cinco personas. *Se actualizó y documentó todos los procedimientos del atención al usuario. *Se capacitó a todo el personal del SIAU en atención al usuario, y trato humanizado. Se	100%	
	2.1	Implementar servicios de Telemedicina	Ampliar cobertura de servicios. Satisfacción de los usuarios Cubrir la demanda	Gerencia	1/02/2018	* se implementó servicio de telemedicina	100%	
Fortalecimiento de los canales de Atención	2.2	Implementación de Call Center para mejorar las líneas de atención	Aumentar el número de Citas otorgadas por estos medios de comunicación	SIAU	1/02/2018	* se implementó call center	80%	Se recomienda documentar y ajustar el procedimiento, mensaje de espera
	2.3	Construir Sala de Espera para los usuarios de Servicios de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas	Mejorar la Satisfacción del Usuario	Gerencia	1/02/2018	*Se inició con la adecuación de la sala de espera de Laboratorio	15%	
	2.4	Aplicación de Digiturnos en servicio de Imágenes Diagnóstica y laboratorio Clínico	Aplicación de Digiturnos	SIAU	1/02/2018	*Actividad no cumplida	0%	
Talento Humano	3.1	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	Anualmente	Se evidencia las siguientes capacitaciones: *"procedimiento para atención al usuario" a personal del SIAU de fecha 01/06/2018. *"Procedimiento atención al usuario de ventanilla preferencial" a personal de SIAU y Citas de fecha 22/06/2018. *"Protocolo de atención preferencial- Trato humanizado" a personal de facturación de fecha 26/06/2018 de y fecha 27/07/2018	100%	
Normativo y procedimental	4.1	Elaborar periódicamente informes de PQRS para identificar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios	Informes presentados	SIAU	Trimestralmente	se evidencia la elaboración informes trimestrales de PQRS, se presentó informe de PQRS a la asociación de usuarios del primer semestre de 2018	100%	
Relacionamiento con el ciudadano	5.1	Realizar encuesta mensual de Satisfacción al Usuarios	Encuestas de Satisfacción al usuario	SIAU	Mensual	*Se evidencia informe de satisfacción global del primer semestre de 2018 con un porcentaje de satisfacción del 88% *se evidencia aplicación de encuestas de satisfacción en el segundo semestre de 2018, se elaboró informe de satisfacción del segundo semestre con 72% de satisfacción.	100%	

<p>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO COMPONENTE 4</p>	<p>74%</p>
---	------------

COMPONENTE 5 TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION

TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION (Actividades Programadas)					SEGUIMIENTO OCI 31 DE DICIEMBRE DE 2018		
Subcomponente	Actividades	Metas	Responsable	Fecha programada	Actividades cumplidas	% avance	observaciones
Líneamientos 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 realizó informe de rendición de cuentas en los términos establecidos, este fue enviado a la Supersalud y subido a la página web del Hospital.	100%	
		Estados financieros	Gerencia/ comunicaciones		http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2017/ESTADO-DE-RESULTADOS-INTEGRALES-a-31-dic-2017.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2017/ESTADO-DE-SITUACION-FINANCIERA-A-31-DIC-2017.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/ESTADO-DE-SITUACION-FINANCIERA-MARZO2018-Z.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/ESTADO-DE-RESULTADO-INTEGRAL-MARZO-2018.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/ESTADO-DE-RESULTADO-INTEGRAL-A-JUNIO-30-DE-2018.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/ESTADO-DE-SITUACION-FINANCIERA-A-JUNIO-30-DE-2018.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/contabilidad/2018/ESTADODESITUACIONFINANCIERA.pdf	100%	
		Presupuesto y sus modificaciones	Profesional Financiera/comunicaciones	31 Enero y cada vez que se realice una modificación	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/PRESUPUESTO2018/EJECUCION-INGRESOS-Y-GASTOS-A-MARZO-2018.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/PRESUPUESTO2018/EJECUCION-INGRESOS-Y-GASTOS-A-JUNIO-2018.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/PRESUPUESTO2018/ACUERDO-004-MAYO-2018.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/PRESUPUESTO2018/ACUERDO-006-JUNIO-2018.pdf	75%	No se ha publicado los estados los últimos acuerdos de adiciones presupuestales realizadas en el segundo semestre.
		PAA	Almacenista/Comunicaciones	31 Enero de cada año y cada vez que se realice una modificación	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/ALMACEN/UNICO-PLAN-2018.pdf	100%	
		Evaluación y Plan de Acción	Planeación Comunicaciones	31 Enero de cada año	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANEACION/EVALUACION-PLAN-DE-ACCION-2017.pdf	100%	Al revisar documento se observa que no todos los planes de acción fueron evaluados
		Informes pormenorizados de Control Interno	Asesor Control Interno Comunicaciones	Cuatrimestrales	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2018/NOV2017AFEB2018INFORMECUATRIMESTRAL.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2018/MARZOAJUNIO2018INFORMECUATRIMESTRAL.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2018/JULIOAOCT2018INFORMECUATRIMESTRAL.pdf	100%	
		Plan Anticorrupción	Planeación Comunicaciones	31 Enero de cada año	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLAN_ANTICORRUPCION/2018/PLAN-ANTICORRUPCION-Y-ATENCION-AL-CIUDADANO-2018-.pdf	100%	
		Informe plan anticorrupción	Asesor Control Interno Comunicaciones	Trimestrales	http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2018/SEGUIMIENTO-31-DICIEMBRE-2018.pdf http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2018/SEGUIMIENTO-PAAC-31AGOSTO-2018.pdf	80%	
		Publicación en página Web de la institución, SECOP, Contraloría	Publicación de etapas contractuales	Jurídica	Permanente	*En la página web se puede evidenciar en el link http://www.hospitaldelsarare.gov.co/contratacion.html , el historico de contratación de las invitaciones a contratar de acuerdo a lo establecido en el estatuto de contratación Acuerdo 005 de 2014. *Se encuentra publicado en la página de la SECOP la contratación, excepto la contratación los contratos de prestación de servicio de personal realizados por el área de talento humano.	80%

Lineamientos de Transparencia Pasiva	Responder a las solicitudes de acceso a la información realizadas a la entidad en los términos establecidos en la Ley.	Respuesta oportuna a Solicitud de Información	Talento Humano, Jurídica, SIAU	Permanente	De acuerdo a los seguimientos realizados a las solicitudes, peticiones y PQRS, recibidas se presenta un porcentaje de inoportunidad de 25 en las respuestas, especialmente en las PQRS, esto debido a la ausencia por calamidad del responsable de la contestación.	70%	
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	31/12/2018	Se aprobo el Programa de Gestion Gestión Documental y PINAR (Plan Institucional de Archivos) mediante Resolución 141A 18 de julio 2018	100%	

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO COMPONENTE 5	91%
--	-----

SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	
Fecha de Seguimiento	31/12/2018
Componente	% de avance
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción	84%
Componente 2: Estrategia Antitrámites	76%
Componente 3: Rendición de cuentas	81%
Componente 4: Servicio al Ciudadano	74%
Componente 5: Transparencia y Acceso a la Información	91%
PROMEDIO PORCENTAJE DE EJECUCION CONSOLIDADO VIGENCIA 2018	81%
<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 2018 fue del 81%, 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 fue Estrategia de servicio al ciudadano con 74%.</p> <p>Se recomienda el fortalecimiento de la estrategia antitrmites</p>	

CHEILA ALEXANDRA AL VARADO ROJAS

Asesor control interno