	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT. 891.180.134-2	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

INFORMES

INFORME 11 - 19

1. INFORME SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO

PRESENTACIÓN

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano se sustenta en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, contempla la estrategia de lucha contra la corrupción y lo deben realizar las entidades del orden nacional, departamental y municipal bajo la tutela de la Alta Dirección y por parte de la Oficina de Planeación o quien haga sus veces, quien lidera su elaboración y consolidación, para ser actualizado de manera anual y debe publicarse a más tardar el 31 de enero de cada año.

A partir de esta fecha cada responsable dará inicio a la ejecución de las acciones contempladas en cada uno de sus componentes. Cada responsable del componente con su equipo y el Jefe de Planeación deben monitorear y evaluar permanentemente las actividades establecidas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Constituye falta disciplinaria grave el incumplimiento de la implementación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Y, por último, conforme lo definido en el Decreto Reglamentario 124 del 26 de enero 26 de 2016, Artículo 2.1.4.6. “Mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo”, corresponde a la Oficina de Control Interno, el seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas del “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano” y el “Mapa de Riesgos de Corrupción”.

2. OBJETIVO GENERAL

Verificar la formulación y publicación del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de acuerdo con la normatividad vigente.

Efectuar el seguimiento y el control a la implementación y a los avances de las actividades consignadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

Dar a conocer a los órganos de control, veedurías ciudadanas, organizaciones, ciudadanía y demás partes interesadas el seguimiento y resultados del Plan Anticorrupción, Atención y Participación Ciudadana, dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 2.1.4.6 del Decreto Reglamentario 124 del 26 de enero 26 de 2016 "Por el cual se sustituye el Título IV de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.

3. ALCANCE

El presente seguimiento se enfoca en la verificación del avance de las actividades por dependencias, definidas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2019, en el **SEGUNDO CUATRIMESTRE**, correspondiente al período comprendido entre el **01 de mayo y el 31 de agosto de 2019**.



4. DESARROLLO DEL INFORME

La formulación del Plan Anticorrupción, Atención y Participación Ciudadana se hace en el marco de la Ley 1474 de 2011 artículo 73, el Decreto 2641 de 2012, el Decreto 124 de 2016 y sus documentos anexos “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano versión 2” y “Guía para la gestión del riesgo” y el Manual Único de Rendición de Cuentas.

En atención a lo dispuesto en la normatividad vigente y de acuerdo con los anexos técnicos que regulan lo pertinente, la oficina de control interno, procede a la verificación de cada una de las actividades que hacen parte del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, adoptado mediante Resolución de Gerencial No. 097 del 30 de enero de 2019.

Para el efecto, se procede a detallar cada uno de los Componentes, Actividades Programadas, Actividades Cumplidas, Porcentaje de Avance y Observaciones, sobre la base de los reportes solicitados y recibidos en la oficina de control interno. Veamos:

Atendiendo lo establecido en la Ley 1474 de 2011 y siguiendo los planteamientos de la metodología diseñada por la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República, la Oficina de Control Interno, después de realizar el proceso de seguimiento y verificación a la ejecución del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, adoptado mediante Resolución de Gerencial No. 097 del 30 de enero de 2019, presenta el informe correspondiente al **Segundo Cuatrimestre** del año, con corte a 31 de Agosto de 2019.

**Componente 1:
Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción**

Subcomponente	Actividades	Actividades Cumplidas	% Avance	Observaciones
Proceso 1 Política de Administración de Riesgos de Corrupción.	1.1 Revisión y actualización de la Política de Administración de Riesgos.	Resolución No. 358 de Diciembre 29 DE 2018 por la cual se adopta y aprueba la Política de Administración del Riesgo de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila, Código HSP-POL-31, acorde al Acta No. 02 del 14 de Diciembre de 2018 del Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno.	100	Fecha - Responsable 10 de Mayo de 2019 Planeación Operativa Cumplimiento La POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGOS, Código HSP-POL-31, de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se ajusta a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital - Versión 4 de Octubre de 2018.



	1.2	Socialización con los líderes o coordinadores de áreas y servicios de la Política de Administración de Riesgos.	Por instrucción de la Alta Dirección, el equipo asesor en acreditación realizo proceso de socialización de la Política de Administración de Riesgos, producto del trabajo de revisión y actualización.	100	<p>Fecha - Responsable 10 de Mayo de 2019 Planeación Operativa</p> <p>Cumplimiento El trabajo de socialización con los líderes o coordinadores de áreas y servicios se realiza de manera presencial y virtual. En dicho evento, se ha hecho presente por parte de la oficina de control interno.</p>
	1.3	Ajustar la Política de Administración de Riesgos con base en las observaciones recibidas por los Líderes o coordinadores de áreas y servicios.	La Alta Dirección en coordinación con el equipo asesor en acreditación, en jornadas de trabajo realiza las actividades que permiten a la entidad identificar, analizar, evaluar y definir acciones para mitigar la ocurrencia de riesgos de corrupción.	100	<p>Fecha - Responsable 24 de Mayo de 2019 Planeación Operativa</p> <p>Cumplimiento La Política de Administración de Riesgos se ajusta a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital - Versión 4 de Octubre de 2018.</p>
	1.4	Consolidación y publicación de la Política de Administración de Riesgos.	La Alta Dirección en coordinación con el equipo asesor en acreditación, y los Líderes o Coordinadores de áreas y servicios consideran que la política está contextualizada y ajustada. Se socializo en el San Pedro Acreditado	100	<p>Fecha - Responsable 31 de Mayo de 2019 30 de Septiembre de 2019 Planeación Operativa</p> <p>Cumplimiento Se puede acceder a la Política de Administración de Riesgos a través del siguiente link https://drive.google.com/drive/folders/1m ei1wQy1Up9JhdHrLCKJn_H-YokTnXW Igualmente se difundió en el marco de las actividades del San Pedro Acreditado con el despliegue por todos los servicios, actividades lúdicos- culturales, y reinado institucional por Ejes de Acreditación.</p> <p>Recomendación Se recomienda difundir la Política de Administración de Riesgos a través de los diferentes medios y canales de comunicación.</p>
Proceso 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	2.1	Realizar Comité de Autocontrol (Subgerencia Administrativa y Financiera; y, Subgerencia Técnico Científica) con los Coordinadores de	Se desarrollaron jornadas de trabajo con los líderes de procesos y coordinadores de áreas o servicios, lideradas por la Alta Dirección en coordinación con el equipo asesor en	100	<p>Fecha - Responsable Junio de 2019 Planeación Operativa Subgerencia Administrativa y Financiera Subgerencia Técnico Científica</p> <p>Cumplimiento Se realiza la socialización que permite identificar posibles riesgos de corrupción.</p>



		áreas y/o servicios para socializar e identificar posibles riesgos de corrupción.	acreditación, que permitieron a la entidad identificar, analizar, evaluar y definir acciones para mitigar la ocurrencia de riesgos de corrupción en los procesos.		Recomendación Se recomienda culminar el proceso a través de la consolidación del documento final producto de la revisión y actualización de los Riesgos de Corrupción. (Listado de posibles riesgos de corrupción)
	2.2	Socialización del Mapa de Riesgos de Corrupción con los líderes o coordinadores de áreas o servicios	Por instrucción de la Alta Dirección, el equipo asesor en acreditación realizó proceso de socialización de los Riesgos de Corrupción producto del trabajo de revisión y actualización.	100	Fecha - Responsable 12 de Julio de 2019 Planeación Operativa Subgerencia Administrativa y Financiera Subgerencia Técnico Científica Cumplimiento El trabajo de socialización con los líderes o coordinadores de áreas y servicios se realiza de manera presencial y virtual. En dicho evento, se ha hecho presente por parte de la oficina de control interno.
	2.3	Ajustar el Mapa de Riesgos de Corrupción con base en las observaciones recibidas por los Líderes o coordinadores de áreas y servicios.	La Alta Dirección en coordinación con el equipo asesor en acreditación, en jornadas de trabajo realiza las actividades que permiten a la entidad identificar, analizar, evaluar y definir acciones para mitigar la ocurrencia de riesgos de corrupción.	50	Fecha - Responsable 26 de Julio de 2019 Planeación Operativa Cumplimiento Se ha adelantado trabajo de ajuste acorde a las observaciones resultantes en los trabajos y/o talleres de asesoría para la revisión y ajustes. Recomendación Culminar el trabajo de consolidación de los Mapas de Riesgos de Corrupción y realizar su publicación. Cumplido lo anterior, se hace necesario, de la misma manera, actualizar el “Manual de Administración de Riesgo” Código HSP-MR-01.
	2.4	Publicar el Mapa de Riesgos de Corrupción Definitivo	Este resultado está sujeto al avance y consolidación de las actividades 2.2. y 2.3	0	Actividad sujeta al cumplimiento del componente de la Actividad 2.2 y 2.3 Fecha - Responsable 31 de Julio de 2019 Planeación Operativa Requerimiento Mapa de Riesgos de Corrupción Publicado.
Proceso 3 Consulta y divulgación	3.1	Publicar la Política de Administración de Riesgos Definitivo 2019	A la Política de Administración de Riesgos se puede acceder a través del siguiente link https://drive.google.com/drive/folders/1mei1wQy1Up9JhdHrLCKJn_H-YokTnXW	100	Fecha - Responsable 31 de Julio de 2019 31 de Diciembre de 2019 Planeación Operativa Cumplimiento La Política de Administración de Riesgos se halla actualizada y se puede acceder a través del siguiente link https://drive.google.com/drive/folders/1mei1wQy1Up9JhdHrLCKJn_H-YokTnXW



		3.2	Divulgar el Mapa de Riesgos de Corrupción Definitivo 2019	Este resultado está sujeto al avance y consolidación de las actividades del Proceso 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción , actividad 2.3. Ajustar el Mapa de Riesgos de Corrupción con base en las observaciones recibidas por los Líderes o coordinadores de áreas y servicios.	0	Fecha - Responsable 31 de Julio de 2019 31 de Diciembre de 2019 Planeación Operativa Requerimiento Definir el Mapa de Riesgos de Corrupción 2019 para ser divulgado
Proceso 4 Monitoreo o revisión		4.1	Verificación por parte de los líderes o coordinadores de áreas y servicios de los controles de los riesgos de Corrupción para detectar su eficacia y eficiencia	A la fecha del presente informe no se presenta avance de la actividad	0	Fecha - Responsable 31 de Julio de 2019 31 de Diciembre de 2019 Líderes o coordinadores de áreas y servicios Requerimiento Informe de los Líderes o coordinadores de áreas y servicios sobre "verificación de los controles de riesgo de corrupción, a fin de verificar o detectar su eficacia y eficiencia"
		4.2	Actualizar el mapa de riesgos de corrupción con base a las observaciones de las verificaciones realizadas por los líderes o coordinadores.	A la fecha del presente informe no se presenta avance de la actividad	0	Fecha - Responsable 31 de Julio de 2019 31 de Diciembre de 2019 Líderes o coordinadores de áreas y servicios y Proceso Planeación Operativa Requerimiento Mapa de riesgos de corrupción ajustado con base a las observaciones de las verificaciones realizadas por los líderes o coordinadores.
		4.3	Monitoreo periódico del cumplimiento de las acciones para la administración de los riesgos de corrupción (retroalimentación del proceso)	A la fecha del presente informe no se presenta avance de la actividad	0	Fecha - Responsable 01 de Junio hasta el 31 de Diciembre de 2018 Planeación Operativa Requerimiento Reporte del monitoreo periódico del cumplimiento de las acciones para la administración de los riesgos de corrupción (retroalimentación del proceso)
Proceso 5 Seguimiento		5.1	Realizar análisis de causas y controles de los Riesgos de Corrupción	Seguimiento al proceso de actualización del Riesgos de Corrupción y Mapas de Riesgos de Corrupción.	100	Fecha - Responsable 31 de Mayo de 2019 30 de Septiembre de 2019 Oficina de Control Interno Evidencia Informe Cuatrimestral



					<p>Correos electrónicos y comunicaciones internas a coordinadores de áreas y líderes de procesos Mediante el presente informe se realiza el segundo seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano con fecha de corte a 31 de Agosto de 2019. Se avanza en el proceso de actualización de los Riesgos de Corrupción, como se evidencia en el avance del Proceso 1 Política de Administración de Riesgos de Corrupción, 1.1 Revisión y actualización de la Política de Riesgos de Corrupción. Se refleja en el informe cuatrimestral de control interno, bajo el entendido de que las actividades allí descritas se podrían catalogar como tareas tendientes a prevenir que se incurra en Riesgos de Corrupción.</p>	
		5.2	Realizar seguimiento a la efectividad de los controles incorporados - Riesgos de Corrupción	Seguimiento al proceso de actualización de los Riesgos de Corrupción y del Mapa de Riesgos de Corrupción.	100	<p>Fecha - Responsable 31 de Mayo de 2019 30 de Septiembre de 2019 Oficina de Control Interno</p> <p>Evidencia Informe Cuatrimestral Correos electrónicos y comunicaciones internas a coordinadores de áreas y líderes de procesos Mediante el presente informe se realiza el segundo seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano con fecha de corte a 31 de Agosto de 2019. Se avanza en el proceso de actualización de los Riesgos de Corrupción, como se evidencia en el avance del Proceso 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción, en las actividades 2.1. Realizar Comité de Autocontrol para socializar e identificar posibles riesgos de corrupción; 2.2. Socialización del Mapa de Riesgos de Corrupción; y, 2.3. Ajustar el Mapa de Riesgos de Corrupción con base en las observaciones recibidas por los Líderes o coordinadores de áreas y servicios. Se refleja en el informe cuatrimestral de control interno, bajo el entendido de que las actividades allí descritas se podrían catalogar como tareas tendientes a prevenir que se incurra en Riesgos de Corrupción.</p>



**Componente 2:
Estrategia de Racionalización de Trámites**

PLANEACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN					
Nombre del Trámite, Proceso o Procedimiento	Acción Específica de Racionalización	Descripción de la Mejora A Realizar al Trámite, Proceso o Procedimiento	Actividades cumplidas	% Avance	Observaciones
Código SUIT 21498 Asignación de cita para la prestación de servicios en salud	Descarga y/o envió de documentos electrónicos	A través de la página web el usuario diligenciará formato de solicitud anexando orden médica y autorización de la EPS.	A la fecha del presente informe no se presenta avance de la actividad	0	Fecha - Responsable 01 de Julio de 2019 31 de Diciembre de 2019 Proceso Asignación de Citas Médicas Beneficio al ciudadano y/o entidad Ahorro de tiempo y dinero al ciudadano, pues ya no requeriría desplazarse al hospital para solicitar la cita.
Código SUIT 21496 Examen de laboratorio clínico	Descarga y/o envió de documentos electrónicos	En la página web del hospital, se dejara un link, que previa autenticación del paciente, permitirá descargar los resultados de laboratorio.	A la fecha del presente informe no se presenta avance de la actividad	0	Fecha - Responsable 01 de Julio de 2019 31 de Diciembre de 2019 Proceso Laboratorio clínico Beneficio al ciudadano y/o entidad Mejorar la accesibilidad y oportunidad en obtener los resultados; ahorro de tiempo y costos al usuario.
Código SUIT 21505 Radiología e imágenes diagnósticas	Respuesta y/o notificación electrónica.	Se enviará vía correo electrónico el resultado del examen a los pacientes ambulatorios.	A la fecha del presente informe no se presenta avance de la actividad	0	Fecha - Responsable 01 de Julio de 2019 31 de Diciembre de 2019 Proceso Imágenes diagnósticas Beneficio al ciudadano y/o entidad Ahorro de tiempo y dinero al ciudadano, pues ya no requeriría desplazarse al hospital para solicitar el resultado del examen.



Componente 3:
Rendición de Cuentas

Subcomponente	Actividades	Actividades Cumplidas	% Avance	Observaciones
Subcomponente 1. Información de Calidad y en Lenguaje Comprensible	1.1	Convocar el equipo líder de rendición de cuentas y realizar diagnóstico para la elaboración del informe.	100	Fecha-Responsable Según Cronograma SIAU, Sistemas de Información, Audiovisuales y Planeación Operativa Cumplimiento Informe de Rendición de Cuentas 2018, cuyo diseño está basado en las necesidades y diagnóstico. Realización de encuentros con los coordinadores de las áreas encargadas. Estos espacios que propician el diálogo, el intercambio de experiencias, y sugerencias, entre otros. Las memorias de estos eventos, y seguimiento están a cargo de planeación operativa
	1.2	Caracterización de los usuarios y grupos de interés, determinando la información requerida para el informe		
	1.3	Consolidación de la información y diseño del informe de rendición de cuentas		
	1.4	Diseñar y realizar videoclips sobre los avances de la Gestión de la E.S.E.		
Subcomponente 2. Diálogo de Doble Vía con la Ciudadanía y Sus Organizaciones	2.1	Análisis para el diseño y elaboración de la Estrategia de Rendición de Cuentas.	100	La divulgación se realiza a través de la Web Institucional y en las redes sociales. Fecha-responsable Hasta el 10 de Abril de 2019 SIAU, Sistemas de Información, Audiovisuales, Planeación Operativa y Gerencia. Cumplimiento En la web Institucional encontrará: * Jornada De Diálogo a la Rendición de Cuentas a la Ciudadanía * Reglamento de la Rendición de Cuentas a la Ciudadanía * Informe de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía Vigencia 2018 * Micrositio Rendición de Cuentas En el siguiente Link
	2.2	Divulgación de la Estrategia de Rendición de Cuentas		



					<p>https://www.hospitalpitalito.gov.co/trasparencia/control/informe-de-rendicion-de-cuentas/236-rcc2018 En cumplimiento del CONPES No. 3654 de 2010 en concordancia con lo dispuesto en el Artículo 78 de la Ley 1474 de 2011 y la Circular Externa No. 008 de Septiembre 14 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud el evento de rendición de cuentas se tiene previsto para el 24 de mayo de 2019 disponiéndose en la Web Institucional con:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Formulario web inscripción y preguntas RC20182. Invitación Oficial RC20183. Convocatoria RC20184. CIRCULAR EXTERNA 008 DE 20185. Cronograma6. Rendición de cuentas Convocatoria <p>https://hospitalpitalito.gov.co/trasparencia/control/informe-de-rendicion-de-cuentas/2-principal/237-jdrc Facebook: www.facebook.com/hsapitalito Twitter: @hsapitalito Instagram: esehospitalsanantoniopitalito YouTube: Canal hsanpitalito.</p>
	2.3	Realización de la Audiencia Pública de la Jornada de Diálogo y Rendición de Cuentas a la Ciudadanía	La Jornada de Diálogo y Rendición de Cuentas a la Ciudadanía sobre la Gestión año 2018, se realizó en el Auditorio Teófilo Carvajal Polanía del Centro Cultural Héctor Polanía Sánchez el día 24 de Mayo de 2019 a partir de las 02:00 p.m.	100	<p>Fecha-Responsable 24 de Mayo de 2019 Gerente y Equipo Coordinador de Rendición de Cuentas</p> <p>Cumplimiento Se desarrolla la Audiencia Pública de la Jornada de Diálogo y Rendición de Cuentas a la Ciudadanía. Link https://www.hospitalpitalito.gov.co/trasparencia/control/informe-de-rendicion-de-cuentas/236-rcc2018 Publicación del Informe del Acta de Realización de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas Vigencia 2018 en el Link https://www.hospitalpitalito.gov.co/noticias/371-puPublicaci%C3%B3n%20del%20Informe%20del%20Acta%20de%20</p>



					Realización de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas Vigencia 2018 Publicación del informe del acta de realización de la audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2018
Subcomponente 3. Incentivos para motivar la Cultura de la Rendición y Petición de Cuentas	3.1	Incentivar la cultura de rendición de cuentas del cliente externo a través de la capacitación a la Asociación de Usuarios del HSP.	A la fecha del presente informe no se presenta avance de la actividad	0	Fecha-Responsable 31 de Julio de 2018 SIAU, Sistemas de Información, Audiovisuales y Planeación Operativa Requerimiento Registro de capacitación a los miembros de la Asociación Usuarios de La E.S.E. HDSP Archivo de la rendición de cuentas.
	3.2	Campañas de comunicación interna para retroalimentar a los servidores sobre las responsabilidades de la Rendición de Cuentas.	A la fecha del presente informe no se presenta avance de la actividad	0	Fecha-Responsable 31 de Agosto de 2019 30 de Noviembre de 2019 SIAU, Sistemas de Información, Planeación Operativa y Audiovisuales Requerimiento Evidencias de 2 Campañas realizadas a través de los medios de comunicación interna disponibles
Subcomponente 4. Evaluación y Retroalimentación a la Gestión Institucional	4.1	Evaluación de la Estrategia Institucional de Rendición de Cuentas y Publicación del Informe final.	Se consolida el informe y se elabora la evaluación del evento de Dialogo con la ciudadanía y Rendición de Cuentas Estrategia: ¡CUMPLIMOS LOS COMPROMISOS Y VAMOS POR MÁS!, correspondiente a la Audiencia Pública realizada el Viernes 24 de mayo de 2019	100	Fecha-Responsable 10 de Junio de 2019 27 de Septiembre de 2019 SIAU, Sistemas de Información, Planeación Operativa y Audiovisuales Cumplimiento El 22 de Abril de 2019 se consolida y se elabora el INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA DE LA VIGENCIA 2018, Estrategia: ¡CUMPLIMOS LOS COMPROMISOS Y VAMOS POR MÁS!, correspondiente a la Audiencia Pública realizada el Viernes 24 de mayo de 2019 en el Auditorio Teófilo Carvajal Polanía del Centro Cultural Héctor Polanía Sánchez, a partir de las 2 p.m. disponible en el siguiente Link:



https://www.hospitalpitalito.gov.co/images/DOCUMENTOS/1-Ley-1712/2019/7-control/3.InformerendicioncuentasCiudadanos/1.RC2018/Informe_Rendicin_de_Cuentas_2018.pdf



**Componente 4:
Servicio al Ciudadano**

Subcomponente	Actividades	Actividades Cumplidas	% Avance	Observaciones
Subcomponente 1. Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico	1.1 Participar en los Comité de Ética Hospitalaria de la ESE presidido por la Subgerente Técnico Científico, enfocados a los temas de Calidad del Servicio, Ética y Humanización Hospitalaria, para tomar acciones correctivas con base en el informe de PQRSF y encuestas de satisfacción del servicio.	Realización y participación activa en el Comité de Ética Hospitalaria de la ESE convocado y seguimiento a los compromisos con enfoque hacia los temas de Calidad del Servicio, Ética y Humanización Hospitalaria. Se realizó apertura formal de buzones de sugerencias mediante actas y se aplican encuestas de satisfacción del servicio.	100	<p>Fecha-Responsable Con base en la fecha convocada para el Comité de Ética Hospitalaria SIAU</p> <p>Cumplimiento El Comité de Ética Hospitalaria de la ESE realiza seguimiento permanente a los compromisos con enfoque hacia los temas de Calidad del Servicio, Ética y Humanización Hospitalaria. Acta No. 05: 21/05/2019 Acta No. 06: 12/06/2019 Acta No. 07: 30/07/2018 Acta No. 08: 26/08/2019</p> <p>El informe de PQRSF y encuestas de satisfacción del servicio, así como lo referente a Calidad del Servicio, Ética y Humanización Hospitalaria, son tratados en el Comité de Ética Hospitalaria que preside la Subgerencia Técnico Científica. Informe Satisfacción: SIAU 05 MAYO – 2019 98,63% - Muestra 1528 usuarios SIAU 06 JUNIO – 2019 98,89% - Muestra 1533 SIAU 07 JULIO – 2019 98,49% - Muestra 1521 SIAU 08 AGOSTO – 2019 97,12% - Muestra 1528 El Informe Ejecutivo del SIAU se sustenta en las siguientes fuentes de información: Plan de Gestión Institucional, Plan de Acción Institucional de la Vigencia, Plan de Acción por Dependencias, Informes</p>



					<p>de Satisfacción (encuestas diarias practicadas a los usuarios que están haciendo uso de los servicios), Apertura de Buzones y Asociación de usuarios.</p> <p>05 Informe Ejecutivo SIAU Mayo 2019 06 Informe Ejecutivo SIAU Junio 2019 07 Informe Ejecutivo SIAU Julio 2019 08 Informe Ejecutivo SIAU Agosto 2019</p> <p>Las acciones correctivas adoptadas con base en el informe de PQRSF y encuestas de satisfacción del servicio se realizan y son lideradas por el coordinador del servicio, jefe de área o líder del proceso.</p> <p>Evidencias Actas de apertura de buzones Encuestas de satisfacción del servicio. Informe Ejecutivo de la Gestión del Servicio de Información y Atención al Usuario.</p>
Subcomponente 2. Fortalecimiento de los Canales de Atención	2.1	Implementar las acciones de mejora con base en un diagnóstico que se realizará en el primer semestre de la vigencia 2019 de los espacios físicos para la atención y servicio al ciudadano para garantizar su accesibilidad.	A la fecha del presente informe no se presenta avance de la actividad	0	<p>Fecha-Responsable 31 de Julio de 2019 SIAU, Subgerencia Administrativa y Financiera, Calidad, Planeación Operativa</p> <p>Requerimiento Copia del Acta de Socialización de las acciones de mejora Avances o acciones de mejora implementadas</p>
	2.2	Divulgar los canales de Atención y comunicación para los usuarios y cliente interno.	<p>Divulgación Permanente a través de los canales de atención, comunicación, orientación, horarios para el servicio de la comunidad a través de los medios institucionales.</p> <p>Se realiza a través de la Cartelera Digital, el Canal Institucional Interno de Televisión,</p>	100	<p>Fecha-Responsable Febrero hasta Diciembre de 2019 SIAU, Audiovisuales y Sistemas de Información</p> <p>cumplimiento Se cuenta con página web dinámica y funcional https://hospitalpitalito.gov.co/ donde se accede a la información relacionada con los procesos contractuales https://www.contratos.gov.co/consultas/resultadoListadoProcesos.jsp?entidad=24155135&desdeFomulario=true# y para las notificaciones en</p>




			<p>Página Web Institucional y todos los medios que dispone la ESE para llegar al cliente interno y externo.</p>	<p>https://hospitalpitalito.gov.co/ en el pie de página. También en el siguiente Link “Mecanismos para la atención al ciudadano https://hospitalpitalito.gov.co/trasparencia/mecanismos-de-contacto-con-el-sujeto-obligado/atencion-al-ciudadano Enlace para gestionar PQRDS-F En la página institucional https://hospitalpitalito.gov.co/ clic en el Menú Atención al usuario, clic en la opción PQRSD-F O a través del Link https://hospitalpitalito.gov.co/atencion-al-usuario/pqrsd-f La ESE se encuentra también en las redes sociales  HSAPITALITO  @hsapitalito</p>
	2.3	<p>Fortalecer los canales de comunicación electrónica (Página web, Redes Sociales e Intranet) y en el circuito cerrado de televisión interna sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Derechos de los usuarios y medios para garantizarlos. 2. Descripción de los procedimientos, trámites y servicios de la entidad. 3. Tiempos de entrega de cada trámite o servicio. 4. Horarios y puntos de atención. 5. Dependencias, nombre y cargo del servidor a quien debe dirigirse en caso de una queja o un reclamo. 6. Informar sobre gestiones adelantadas 	<p>Divulgación en los canales de comunicación de la ESE Página web, Redes Sociales e Intranet y en el circuito cerrado de televisión interna, sobre los servicios al ciudadano.</p> <p>Esta actividad se desarrolla en forma permanente con el fin que los clientes internos y externos se informan y conozcan su rol en la institución, se identifiquen con su rol y apliquen sus competencias y se enteren del portafolio de servicios y la línea de tención.</p> <p>Se desarrolla en forma permanente por todos los canales de comunicación al</p>	<p>Fecha-Responsable Febrero hasta Diciembre de 2019 SIAU, Audiovisuales y Sistemas de Información Cumplimiento El Boletín Semanal; Registros en la Web Institucional; los trabajos en publicaciones por página oficial, redes sociales, fotografía, audio y video del que reporta el proceso de Audiovisuales es: 1. Derechos de los usuarios y medios para garantizarlos. Promoción de los Derechos y Deberes del Usuario, se emite por la página oficial, redes sociales, Boletín Semanal, Cartelera Digital de lunes a viernes en los horarios de 7:00 am a 6:00 pm y por el Canal Institucional Interno de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito en los horarios de lunes a viernes de 9:00 am a 11:00 am y de 3:00 pm a 5:00 pm. Además en la página web institucional en el Banner página principal; en el Menú: “Atención al usuario”, opción “Servicio de</p>



		por el Hospital para mejorar la calidad del servicio y la puesta en funcionamiento de nuevos servicios.	cliente interno y externo. A través del Comité Gerencial se genera un Boletín Semanal en el cual se dan a conocer los avances de la gestión, resultados institucionales y se imparten instrucciones para el despliegue del Valor de la Semana, el Derecho y un Deber del usuario.		Información y Atención al usuario”; o accediendo al siguiente Link https://hospitalpitalito.gov.co/atencion-al-usuario/siau Capacitaciones del Servicio de Información y Atención al Usuario – SIAU- de manera permanente. 2. Descripción de los procedimientos, trámites y servicios de la entidad. Página institucional https://hospitalpitalito.gov.co/ menú Atención al Usuario, pestaña Tramites y Servicios 3. Tiempos de entrega de cada trámite o servicio. https://hospitalpitalito.gov.co/ pestaña Tramites y Servicios 4. Horarios y puntos de atención. Mecanismos para la Atención al ciudadano Link https://hospitalpitalito.gov.co/trasparencia/mecanismos-de-contacto-con-el-sujeto-obligado/atencion-al-ciudadano Video Triage de urgencias https://youtu.be/k-elFi0HkeU?list=UU-Tw4e1veMKC6BJlQQFDg 5. Relación de las Dependencias, nombre y cargo del servidor a quien debe dirigirse en caso de una queja o un reclamo. En la página institucional https://hospitalpitalito.gov.co/ Menú “Quiénes Somos”, opción “Talento Humano”. 6. Informe sobre gestiones adelantadas por el Hospital para mejorar la calidad del servicio y la puesta en funcionamiento de nuevos servicios. Podrá acceder a la Página principal https://hospitalpitalito.gov.co/ en la sección de Noticias. También encontrará en el Menú de Planeación y Menú de Humanización. También se soporta en los Boletines Semanales y en los videos institucionales que a diario se publican por el canal interno de televisión.	
--	--	---	--	--	--	--



Subcomponente 3. Talento Humano	3.1	Incluir en el Plan Institucional de Capacitación – PIC, la realización de las capacitaciones sobre sensibilización de atención al ciudadano y la humanización del servicio.	Capacitaciones realizadas con base en la programación del PIC.	100	<p>Existe el Plan institucional de Capacitaciones – PIC, que define capacitaciones en las diferentes áreas y servicios orientados al desarrollo de competencias enfocados a la sensibilización en la atención al ciudadano y la humanización del servicio. Este proceso está bajo la responsabilidad y coordinación de Talento Humano, donde reposan las respectivas evidencias. El PIC se sustenta en el Plan de Gestión “Desarrollo y Transformación Hospitalaria Con Gestión Humana 2016-2020” y fue aprobado y adoptado mediante la Resolución Gerencial Fecha-Responsable Según Programación y Convocatoria de la Oficina de Talento Humano para el 2019. Talento Humano Cumplimiento Capacitaciones realizadas en el proceso de Inducción para nuevos servidores,</p>
		Realización de Festival de Derechos y Deberes de los Usuarios.	A la fecha del presente informe no se presenta avance de la actividad	0	<p>Fecha-Responsable Según Cronograma concertado con Entidades Participantes SIAU, Audiovisuales y Sistemas de Información, Subgerencia Administrativa y Financiera Requerimiento Actividades y/o programa sobre el desarrollo del Festival de Derechos, Deberes y Valores de los Usuarios en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.</p>
		Desarrollo y publicación de la Estrategia de Humanización de los Servicios 2019.	<p>Estrategia de Humanización de Servicios desarrollada y divulgada.</p> <p>El programa de Humanización despliega su accionar a través de diferentes jornadas lúdico recreativas como el día del niño, día de la secretaria entre otros. Actividades con una</p>	100	<p>Fecha-Responsable Abril hasta Diciembre de 2019 Oficina de Calidad, SIAU, Mantenimiento Hospitalario, Audiovisuales y Sistemas de Información Cumplimiento La Política de Humanización la encontramos en el link https://drive.google.com/drive/folders/1mei1wQy1Up9JhdHrLCKJn_H-YokTnXW Accedemos a Programa Institucionales en el link https://hospitalpitalito.gov.co/noticias</p>

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT. 891.180.134-2	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

				<p>gran acogida y evaluadas satisfactoriamente.</p>	<p>2/423-programas-institucionales está programa Seguridad del paciente y Programa de Humanización, entre otros.</p> <p>En el Comité Técnico Gerencia de cada semana se hace énfasis en la humanización de los servicios de salud a los coordinadores de área para su respectiva replica. Además se socializa el Deber y el Derecho del Usuario, así como el valor de la semana tomado del Código de Integridad de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Link</p> <p>https://hospitalpitalito.gov.co/quienes-somos/plataforma-estrategica/codigo-de-integridad</p> <p>Igualmente en la Página principal https://hospitalpitalito.gov.co/ en el Menú Humanización</p> <p>Evidencia</p> <p>Material audiovisual con mensajes alusivos a la humanización de los servicios de salud, se emite por la página oficial, redes sociales, YouTube, Cartelera Digital de lunes a viernes en los horarios de 7:00 am a 6:00 pm y por el Canal Institucional Interno de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito en los horarios de lunes a viernes de 9:00 am a 11:00 am y de 3:00 pm a 5:00 pm.</p> <p>En la página web institucional, pestaña Galería de Videos o en el Link</p> <p>https://hospitalpitalito.gov.co/component/yendivideoshare/video/0</p> <p>encontrara videos institucionales sobre Humanización de los servicios tales como Aseo; Alimentos; Rehabilitación; Hospitalización; Celebración Día de la Niñez y la Recreación; Semana Mundial; Embarazo en Adolescentes; Campaña “Mi Primer Ajuar”; Estrategia “Gotas Donadas Vidas Salvadas”; Desarrollo de los estándares de Acreditación en Salud mediante el fomento de una cultura ecológica; entre otros.</p>
--	--	--	--	---	---



		4.3	Construir e implementar una Política de Protección de Datos Personales.	Existe la "Política de Protección de Datos Personales" Código HSP-POL-23 adoptada mediante la Resolución No. 052 de Febrero de 2017. Se realiza el proceso de socialización a todos los colaboradores de la organización	100	Fecha-Responsable Febrero hasta Diciembre de 2018 SIAU - Sistemas de Información, Planeación Operativa y Oficina Jurídica Cumplimiento en la página web en el siguiente link https://drive.google.com/drive/folders/1mei1wQy1Up9JhdHrLCKJn_H-YokTnXW Recomendacion Se recomienda utilizar otros medios para su socialización, diferentes al Comité Técnico Gerencial,
Subcomponente 5. Relacionamiento con el Ciudadano		5.1	Seguimiento a la medición de Satisfacción de los Usuarios, mediante la aplicación de encuestas e informes periódicos.	La Oficina de SIAU aplica las encuestas para la medición de la Satisfacción de los Usuarios y Presenta informe mensual a la Oficina de Calidad y a los diferentes procesos se le entrega un informe de dichos resultados para los planes de mejora.	100	Se consolida y adelanta una adecuada clasificación y seguimiento a las PQRDS-F, que sirve como insumo para el informe de satisfacción que se informe al Comité de Ética Hospitalaria, reporta a la Oficina de Calidad y, además, es entregado a los coordinadores de cada área o líder del proceso para los planes de mejora. Además se aplica encuesta y se consolida el informe de Encuestas de Satisfacción del Usuario, el cual es tratado en el Comité de Ética Hospitalaria y copia del mismo es enviado a la Oficina de Calidad. Existe informe de Satisfacción: SIAU 05 MAYO – 2019 98,63% - Muestra 1528 usuarios SIAU 06 JUNIO – 2019 98,89% - Muestra 1533 SIAU 07 JULIO – 2019 98,49% - Muestra 1521 SIAU 08 AGOSTO – 2019 97,12% - Muestra 1528 Evidencia Informe sobre Aplicación de encuestas para la medición de la Satisfacción de los Usuarios presentada de manera mensual a la Oficina de Calidad. Recomendación Se recomienda continuar realizando estricto seguimiento a los planes de mejora producto del presente proceso.



**Componente 5:
Transparencia y Acceso a la Información**

Subcomponente	Actividades	Actividades Cumplidas	% avance	Observaciones
Subcomponente 1. Lineamientos de Transparencia Activa	1.1 Realizar un diagnóstico de la información institucional registrada en el enlace de transparencia y acceso a la información con base en la normatividad vigente.	Se realiza el diagnóstico mediante el diligenciamiento de la matriz de cumplimiento del indicador ITA (Índice de transparencia y acceso a la información) con fecha de corte 31 de agosto de 2019.	78%	Responsable Subgerencia Administrativa y Financiera, Sistemas de Información y Planeación Operativa Recomendación Se recomienda continuar con el desarrollo de las actividades acorde a la Matriz de la PGN con el fin de dar cumplimiento al 100% de los requerimientos
	1.2 Actualizar la información institucional registrada en el enlace de transparencia y acceso a la información con base en el diagnóstico realizado	Se registra y se carga la matriz de cumplimiento del indicador ITA (Índice de transparencia y acceso a la información) con fecha de corte 31 de agosto de 2019.	78%	Responsable Sistemas de Información y Planeación Operativa Cumplimiento Se evidencia actualización de la información de la página web institucional acorde al cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 a partir de la Matriz que tiene la Procuraduría General de la Nación. Recomendación Se recomienda realizar todas las acciones necesarias tendientes a la actualización permanente en los ítems requeridos del sitio web.
Subcomponente 2. Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1 Diseñar el formulario electrónico para la solicitud de información pública, ajustado a los requerimientos mínimos de la normatividad vigente.	A la fecha del informe No se encuentra diseñado ni se ha implementado en la página web el formulario para la solicitud de información pública	0%	Fecha - Responsable Agosto de 2019 SIAU, Audiovisuales, Sistemas de Información y Planeación Operativa Requerimiento Diseñar e implementar en la página web institucional el Formulario electrónico para la solicitud de información pública, ajustado a los requerimientos mínimos de la normatividad vigente. Lo anterior contribuye al mejoramiento de la calificación en la implementación ITA y satisfacción al cliente interno y externo.
	2.2 Divulgar el procedimiento institucional para dar respuesta a las peticiones y trámite de quejas.	A la fecha del presente informe no se presenta avance de la actividad	0	Fecha-Responsable 30 de Julio y 30 de Noviembre de 2019 SIAU, Audiovisuales, y Sistemas de Información. Requerimiento



					Divulgaciones a través de los canales de atención, comunicación, y Orientación que posee el Hospital.
Subcomponente 3. Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información	3.1	Realizar el registro de activos de información			Fecha-Responsable 29 de Noviembre de 2019 Archivo, Sistemas de Información y Planeación Operativa Requerimiento Registro de Activos de Información Elaborado. (Avances)
Subcomponente 4. Criterio Diferencial de Accesibilidad	4.1	Gestionar el diseño de los estudios preliminares para el rediseño de la página web institucional para que se incluyan los criterios de accesibilidad de las personas con discapacidad.	A la fecha del informe No hay diseños para funcionalidades en la página web para personas discapacitadas	0%	Fecha-Responsable Agosto a Diciembre de 2019 Subgerencia Administrativa y Financiera, Sistemas de Información y Planeación Operativa Requerimiento Gestionar el estudio preliminar para el rediseño de la página web con los criterios de accesibilidad para personas con discapacidad.
Subcomponente 5. Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.1	Diseño de indicadores e informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información pública.	A la fecha del presente informe no se presenta avance de la actividad	0	Fecha-Responsable Agosto a Diciembre de 2019 Subgerencia Administrativa y Financieras, SIAU Requerimiento Indicadores e Informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información pública.

**Componente 6:
Iniciativas Adicionales**

Subcomponente	Actividades	Actividades Cumplidas	% Avance	Observaciones
Código de Integridad	1.1 Promover la divulgación del Código de Integridad a través de la socialización del valor de la semana y utilización de la Caja de Herramientas suministrada por el DAFP.	Socialización del Valor de la Semana a través de los medios de comunicación electrónicos y circuito cerrado de TV establecido en la E.S.E.	100	Fecha-Responsable Enero a Diciembre de 2019 SIAU, Audiovisuales y Sistemas de Información Cumplimiento Socialización del Valor de la Semana en el Comité Técnico Gerencial; en el Boletín Semanal; a través del Whatsapp, en la página web institucional y a través de los medios de comunicación para el cliente interno y externo. Evidencias Web institucional. Link Código de Integridad https://www.hospitalpitalito.gov.co/quienes-somos/plataforma-estrategica/codigo-de-integridad



					<p>Link Carta de Derechos y Valores https://www.hospitalpitalito.gov.co/images/DOCUMENTOS/2-Menu/2-atencion-usuario/aten-usua-siau/Carta_de_Derechos_y_Deberes.pdf</p> <p>Difusión a través de Cartelera Digital de lunes a viernes en los horarios de 7:00 am a 6:00 pm y por el Canal Institucional Interno de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito en los horarios de lunes a viernes de 9:00 am a 11:00 am y de 3:00 pm a 5:00 pm.</p> <p>Recomendación: Desarrollar las actividades propuestas en la Caja de herramientas del DAFF</p>
--	--	--	--	--	---

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito presenta el siguiente consolidado respecto de las acciones propuestas para el periodo **01 de Mayo a 31 de Agosto de 2019** en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano:

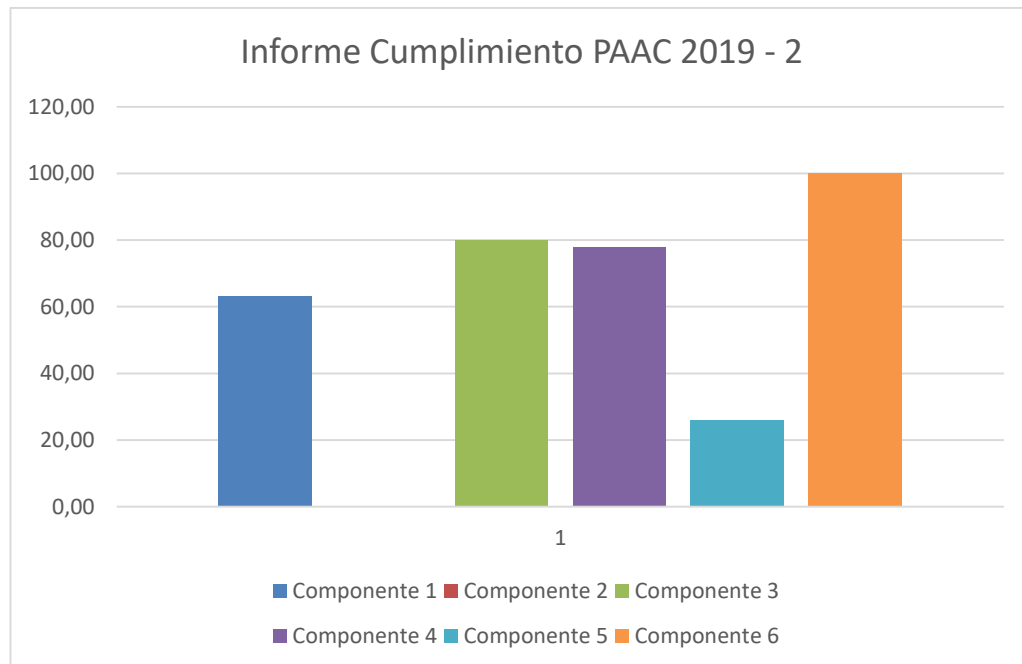
De las 44 acciones propuestas para el período cumplió con 27.06, equivalente al 61.50% de las tareas fijadas en el Plan Anticorrupción de la vigencia 2019 – 2

Así se resumen en la siguiente tabla:

NOMBRE DEL COMPONENTE		No. Total Acciones	Actividades programadas con corte a Agosto 31 / 2019	Actividades cumplidas	% Promedio Cumplimiento
Componente 1	Gestión del Riesgo de Corrupción -	15	15	9,5	63,33
Componente 2	Racionalización de trámites	3	3	0	0,00
Componente 3	Rendición de cuentas	10	10	8	80,00
Componente 4	Servicio al Ciudadano	9	9	7	77,78
Componente 5	Transparencia y Acceso a la Información	7	6	1,56	26,00
Componente 6	Iniciativas Adicionales	1	1	1	100,00
TOTAL		45	44	27,06	61,50



Gráficamente se muestra de la siguiente manera:



Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción. En el periodo evaluado presenta un cumplimiento de 63.33%.

Proceso 1. Política de Administración de Riesgos de Corrupción.

Existe la POLITICA DE ADMINSTRACIÓN DEL RIESGO, Código HSP-POL-31, adoptada mediante la Resolución No. 358 de Diciembre 29 de 2018, la cual se ha estructurado acordes a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital - Versión 4 de Octubre de 2018.

Se ha socializado a los coordinadores y líderes de áreas y/o procesos por cuanto es la base para la reformulación de los Mapas de Riesgos.

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para el 2019 define MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN para seis (6) procesos: Contratación; Facturación; Asignación de Citas Médicas; Gestión del talento Humano; Atención Integral en la Unidad de Urgencias; y, Servicio de Hospitalizan.

La importancia del MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN radica en que a través de esta herramienta de visualización de datos se logra comunicar y comprender los riesgos específicos que enfrenta una organización. Sin lugar a dudas, los beneficios de la identificación, evaluación de riesgos y oportunidades debe ser una práctica que maximice los resultados de una organización.

Se viene liderando por parte de la Alta Dirección a través de los asesores en acreditación el proceso que permita la actualización de los MAPAS DE RIESGOS.

El incumplimiento bajo de este componente obedece al poco avance en lo referente a MAPA DE RIESGOS.




Componente 2: Estrategia de Racionalización de Trámites. En el periodo evaluado no se reportan avances. Se ha definido como fecha de inicio de actividades el 01 de julio de 2019.

Dentro del proceso de Identificación de Trámites se estableció el inventario de los trámites y servicios en coherencia con los propuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, realizando a la fecha la inscripción de los mismos en el SUIT (Sistema Único de Información de Trámites):

Número	Nombre	Estado
21492	Certificado de defunción.	Inscrito
21493	Historia Clínica.	Inscrito
21494	Atención inicial de urgencia.	Inscrito
21496	Examen de Laboratorio Clínico.	Inscrito
21498	Asignación de Cita para la prestación de servicios de salud.	Inscrito
21500	Terapia.	Inscrito
21505	Radiología e Imágenes Diagnósticas.	Inscrito
35042	Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos	Inscrito

Respecto a Usuarios y Roles para la Administración de trámites, Administración de Usuarios, Administrador SUIT y Gestor de Datos de Operación,

Nombre	Apellido	Roles	Fecha creación	Estado
DIANA VICTORIA	MUÑOZ MUÑOZ	Administrador de trámites / Administrador de usuarios / Administrador SUIT / Gestor de datos de operación	31/12/2014	ACTIVO
JULIO CÉSAR	MILLÁN VILLA	Consultante general	25/10/2017	ACTIVO
YITSADTH FERNANDO	LUNA JOVEN	Administrador de trámites / Gestor de datos de operación	25/01/2018	ACTIVO
ROSALBA	SILVA CHICAIZA	Administrador de trámites / Gestor de datos de operación	25/01/2018	ACTIVO
MARTA LUCIA	TORRES RESTREPO	Administrador de trámites / Gestor de datos de operación	25/01/2018	ACTIVO
ANGELA LILIANA	MOTTA	Administrador de trámites / Gestor de datos de operación	30/01/2018	ACTIVO
ANABEL	PEREZ ALVARADO	Administrador de trámites / Gestor de datos de operación	1/02/2018	ACTIVO
LUIS FRANCISCO	ROJAS CASTILLO	Consultante general	1/02/2018	ACTIVO
FRANCY ELENA	HURTADO BARAHONA	Administrador de trámites / Gestor de datos de operación	1/02/2018	ACTIVO
CÉSAR AUGUSTO	SALAMANCA BERNAL		24/08/2018	ACTIVO
MYRIAM SOFIA	BONILLA RUIZ	Gestor de datos de operación	7/03/2019	ACTIVO

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT. 891.180.134-2	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Referente a la **Priorización de Trámites** para la actual vigencia se tiene programado revisar y avanzar en los trámites anteriores inscritos en la plataforma SUIT, y de cara al cumplimiento y priorización de los trámites y servicios en el Hospital se avanzará especialmente en:

- 21498 Asignación de Cita para la prestación de Servicios en Salud.
- 21496 Examen de laboratorio clínico
- 21505 Radiología e imágenes diagnósticas

Las acciones de **Racionalización de Trámites y Servicios** están encaminadas a reducir: Costos, tiempos, documentos, pasos, procesos, procedimientos y a generar esquemas no presenciales para su realización como el uso de correos electrónicos, internet y página web.

Componente 3: Rendición de Cuentas. En el periodo evaluado, presenta un avance de 78%, que corresponde a 10 actividades programadas y el cumplimiento de 78.

Constantemente, a través de los medios de comunicación internos y las redes sociales, se viene informado a los grupos de valor sobre el cumplimiento al Plan de Gestión “Desarrollo y transformación Hospitalaria con Gestión Humana 2016 – 2020”.

En cumplimiento del CONPES No. 3654 de 2010 en concordancia con lo dispuesto en el Artículo 78 de la Ley 1474 de 2011 y la Circular Externa No. 008 de Septiembre 14 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud el evento de rendición de cuentas se desarrolló el 24 de mayo de 2019, cumpliendo de manera satisfactoria con los lineamientos y directrices.


Se resalta que en la Rendición de Cuentas se incluyó, en el orden del día, un espacio en el cual la oficina de Control Interno emitiera su concepto evaluativo sobre la Jornada de Diálogo y Rendición de Cuentas a la Ciudadanía de la Vigencia 2018.

Componente 4: Servicio al Ciudadano. En el periodo evaluado, presenta un avance de 77.78% que corresponde al cumplimiento de 7 actividades frente a 9 programadas.

La calificación de este componente se ve afectada por cuanto no se ha realizado el diagnóstico de los espacios físicos destinados para la atención y servicio al ciudadano; y, lo referente al festival de derechos y deberes.

Se consolida de manera mensual el Informe Ejecutivo de la Gestión del Servicio por parte del Servicio de información y Atención al Usuario SIAU realizado sobre Plan de Gestión Institucional, Plan de Acción Institucional de la Vigencia, Plan de Acción por Dependencias, Informes de Satisfacción (encuestas diarias practicadas a los usuarios que están haciendo uso de los servicios), Apertura de Buzones y Asociación de usuarios.

Es importante tener en cuenta que las encuestas de satisfacción son un mecanismo efectivo para conocer las inconformidades de los usuarios, es por esta razón que aun cuando el porcentaje de satisfacción se encuentre por encima del 90%, se tienen en cuenta las observaciones que son manifestadas por los usuarios con el fin de generar las respectivas acciones encaminadas al mejoramiento continuo.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT. 891.180.134-2	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Los buzones de sugerencias se encuentran ubicados en: Servicio de Urgencias, Unidad de Ginecobstetricia, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Hospitalización, y por Ventanilla en SIAU.

La ESE ha dado cumplimiento a los términos para el trámite de quejas, ajustado a las directrices de la Superintendencia Nacional de Salud, que ha fijado una meta estándar de 15 días hábiles para respuesta a PQRS.

En los casos de quejas anónimas, se realiza la respuesta y es publicada en las carteleras de la Institución por espacio de 15 días y se deja evidencia fotográfica.

Componente 5: Transparencia y Acceso a la Información. En el periodo evaluado, presenta un avance de 26% que corresponde al cumplimiento de 1.56 actividades frente a 6 programadas.

El avance de la Institución se centra en el cumplimiento del 78% en lo que tiene que ver con el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”, la cual se midió el pasado 30 de Agosto con el diligenciamiento de la encuesta o Matriz de la Procuraduría General de la Nación – PGN, respecto del Índice de Transparencia y Acceso a la información – ITA, sobre la información que publica la Institución en el enlace de Transparencia y Acceso a la Información.

La calificación se ve afectada por el no cumplimiento de los subcomponentes Subcomponente 2. Lineamientos de Transparencia Pasiva, actividad 2.1. y 2.2.; Subcomponente 4. Criterio Diferencial de Accesibilidad, Actividad 4.1.; Subcomponente 5. Monitoreo del Acceso a la Información Pública, Actividad 5.1.

Componente 6: Iniciativas Adicionales. En el periodo evaluado, presenta un avance de 100% que corresponde a 1 actividad programa, una actividad cumplida.

Se promueve y divulga el Código de Integridad en el Comité Técnico Gerencial, Boletín Semanal y los medios de comunicación hacia el cliente interno y externo


El proceso de acreditación de la ESE ha permitido reformular la Plataforma Estratégica y junto con ello las políticas, planes, programas y proyectos. En ese orden de ideas, se trabaja en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG -, adoptándose y definiéndose el Código de Integridad del servidor Público.

RECOMENDACIONES

A partir de las presentes recomendaciones se sugiere definir **PLANES DE MEJORA** enfocados al cumplimiento de las metas definidas en el plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2019.

Se reitera, una vez más, que el Proceso de Planeación Operativa debe

Adoptar las medidas y correctivos frente a los responsables del desarrollo de las actividades, para lograr la consolidación de la información, de una manera oportuna y completa, que soporta el cumplimiento de la meta propuesta; y, de ser necesario, que se tomen los correctivos y acciones a que haya lugar. (Planeación Operativa)

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT. 891.180.134-2	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Continuar con las actividades programadas en el componente “1. Gestión de riesgos de corrupción – **Mapa de riesgos de corrupción**” dado que desde el año 2017 no se presenta avance en este tema específico. Lo anterior permitirá la actualización y construcción del MAPA de RIESGOS acorde a los lineamientos del Departamento administrativo de la Función Pública – DAFP - , el cual comprende los RIESGO de GESTIÓN; RIESGOS de CORRUPCIÓN; y, RIESGOS de SEGURIDAD DIGITAL. (Planeación Operativa)

Capacitar a los Usuarios (cliente interno y externo) para motivar la Cultura de la Rendición y Petición de Cuentas; las responsabilidades de los colaboradores frente a la Rendición de Cuentas. (Subcomponente 3. Incentivos para motivar la Cultura de la Rendición y Petición de Cuentas, Actividad 3.1. y 3.2.). (SIAU, Sistemas de Información, Audiovisuales y Planeación Operativa)

Considerar la posibilidad de instalar Buzón de Sugerencias en: **i.)** Uno que abarque los servicios de Salas de Cirugía e Imagenología; **ii.)** Uno que abarque el servicio de consulta externa y sala de espera; **iii.)** Uno en las secciones de las habitaciones VIP hospitalización. (Gerencia)

Realizar un diagnóstico de los espacios físicos destinados para la atención y servicio al ciudadano con el fin de corroborar si se garantiza o no la accesibilidad. Este diagnóstico esta en mora, ya que se programó para el primer semestre de 2019, lo anterior para dar cumplimiento al “Componente 4: Servicio al Ciudadano. Subcomponente 2. Fortalecimiento de los Canales de Atención”. (SIAU, Subgerencia Administrativa y Financiera, Calidad, Planeación Operativa).


Seguimiento a las quejas sobre insatisfacción, con el fin de verificar acciones que nos permita medir la adherencia y cumplimiento al plan de mejora; conforme a lo definido en el “Componente 4: Servicio al Ciudadano. Subcomponente 5. Relacionamiento con el Ciudadano Actividad 5.1. “Seguimiento a la medición de Satisfacción de los Usuarios, mediante la aplicación de encuestas e informes periódicos”. (SIAU, Calidad)

Diseñar e implementar en la página web institucional el Formulario electrónico para la solicitud de información pública, ajustado a los requerimientos mínimos de la normatividad vigente.” Lo anterior contribuye al mejoramiento de la calificación en la implementación ITA y satisfacción al cliente interno y externo. Así mismo se da cumplimiento al Componente 5: Transparencia y Acceso a la Información, Subcomponente 2. Lineamientos de Transparencia Pasiva, Actividad 2.1, (SIAU, Audiovisuales, Sistemas de Información y Planeación Operativa)

Divulgar a través de los canales de atención, comunicación y orientación que posee el Hospital, el procedimiento institucional para dar respuesta a las peticiones y trámite de quejas, para dar cumplimiento al Componente 5: Transparencia y Acceso a la Información, Subcomponente 2. Lineamientos de Transparencia Pasiva, Actividad 2.2. (SIAU, Audiovisuales, y Sistemas de Información)

Gestionar el diseño de los estudios preliminares para el rediseño de la página web institucional para que se incluyan los criterios de accesibilidad de las personas con discapacidad, dando cumplimiento al Componente 5: Transparencia y Acceso a la Información, Subcomponente 4. Criterio Diferencial de Accesibilidad, Actividad 4.1. (Subgerencia Administrativa y Financiera, Sistemas de Información y Planeación Operativa)

Diseñar indicadores y publicar un informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información pública., para dar cumplimiento al Componente 5: Transparencia y Acceso a la Información,

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL “SAN ANTONIO” PITALITO HUILA NIT. 891.180.134-2	CÓDIGO FORMATO	HSP-CI-F47
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	Ago. 2015

Subcomponente 5. Monitoreo del Acceso a la Información Pública, Actividad 5.1. (Subgerencia Administrativa y Financieras, SIAU)

Desarrollar las actividades propuestas en la Caja de herramientas propuestas por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, para el despliegue de los valores del Código de Integridad. (SIAU, talento Humano)

Se recomienda aumentar la cobertura de capacitación a los usuarios sobre derechos y deberes, así como portafolio de servicios, ya que la muestra es muy baja frente a la población atendida en la institución y los diferentes servicios habilitados que ofrece. La muestra promedio es de 1.527 usuarios por mes, cuando solo el servicio de urgencias atiende en promedio 1.450 usuarios. Además, el valor agregado que representa su mayor alcance redundara en una población educada cumpliendo sus deberes y haciendo valer sus derechos.

Se debe continuar buscando mecanismos e implementando las acciones necesarias a fin de que la gestión de citas que realiza la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito sean asignadas por las EPS a la Institución gestora, excepto cuando el servicio no lo ofrezca. Se ha evidenciado situaciones en que la ESE gestiona y la EPS asigna a otros prestadores de servicios, desconociendo la inversión y compromiso que genera esta actividad

Continuar con la actualización de la información que debe contener la Página Web Institucional en lo referente a Transparencia y Acceso a la información Pública, en cumplimiento a la Ley 1712 de marzo 06 de 2014 y el Decreto 103 de Enero 20 de 2015, y acorde a la Matriz diseñada por la Procuraduría General de la Nación.

Por último, se recuerda que, en caso de realizar ajustes y modificaciones orientados al mejoramiento del Plan, como resultado del monitoreo y seguimiento, los mismos, deben ser modificados a través de acto administrativo motivado, informando a la Oficina de Control Interno sobre la modificación realizada.

5. RELACIÓN DE ANEXOS (Físicos y/o Digitalizados)

Las evidencias del seguimiento al Plan Anticorrupción se solicitaron en forma escrita y/o por correo electrónico, a cada una de las dependencias involucradas; así mismo, a la oficina de Planeación Operativa.


LUIS FRANCISCO ROJAS CSTILLO
 Asesor Oficina de Control Interno