



TERCER SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

VIGENCIA 2018



OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la cultura y práctica de actividades que eviten algún riesgo de corrupción mediante Estrategias de Prevención, Control y Seguimiento.

ALCANCE

El presente documento aplica para todos los procesos de la ESE HMGY Estratégicos, Misionales, Apoyo, control y evaluación.....

En mejora de la calidad de los servicios de salud buscando la humanización; en trámites y servicios administrativos que faciliten el cumplimiento frente a los principios de transparencia y gestión del riesgo



EVALUACION

De acuerdo a lo planteado en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano frente a las actividades que se van a desarrollar en cada cuatrimestre; la evaluación se realizó con los parámetros del periodo indicado, y permanente para su desarrollo, De igual manera se generó un peso porcentual en cada componente observando avance cuatrimestre y anual.

| CUADRO DE EVALUACION DEL PAAC | | | | | | |
|-------------------------------|---|---------------------|-----------------|------------------------|--|-----------------------|
| N° | COMPONENTE | ACTIVIDADES TOTALES | PESO PORCENTUAL | III CUATRIMESTRE | | |
| | | | | ACTIVIDADES EJECUTADAS | AVANCE EN ACTIVIDADES DEL CUATRIMESTRE | PESO PORCENTUAL ANUAL |
| 1 | GESTION DEL RIESGO | 11 | 24% | 11 | 100% | 100% |
| 2 | RACIONALIZACION DE TRAMITES | 5 | 11% | 5 | 100% | 100% |
| 3 | RENDICION DE CUENTAS | 9 | 20% | 9 | 100% | 100% |
| 4 | ATENCION AL CIUDADANO | 10 | 22% | 10 | 100% | 100% |
| 5 | TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION | 8 | 18% | 7 | 95% | 88% |
| 6 | INICIATIVAS ADICIONALES | 2 | 4% | 2 | 100% | 100% |
| TOTAL | | 45 | 100% | 44 | 99% | 98% |

E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YAGUAS DE SOACHA

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

| COMPONENTE 1: GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN | | | | | | III CUATRIMESTRE | |
|---|-------------|---|--|---|---------------------------------------|------------------|--|
| SUBCOMPONENTE / PROCESOS | ACTIVIDADES | META O PRODUCTO | RESPONSABLE | FECHA PROGRAMADA | Actividades Cumplidas | % de Avance | |
| Subcomponente / proceso 1 Política de Administración | 1.1 | Redefinir la Política de Administración del Riesgo. | Política de administración del riesgo Documento | Representante Legal comité de Coordinación de control Interno (MECI 2014) | 31/04/2018 | 100% | |
| | 1.2 | Socializar la política de Administración del Riesgo y garantizar el cumplimiento del principio de publicidad | Política publicada y socializada - actas de capacitación | Delegado de la alta gerencia y Referente de Planeación y Calidad | 10/12/2018 (Plan de capacitación) | 100% | |
| Subcomponente / proceso 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción | 2.1 | Socializar y orientar la formulación del Mapa de Riesgos de Corrupción | líderes y equipos sensibilizados en las herramientas de diseño - actas de socialización | Referente de Planeación y Calidad | 07/03/2018 | 100% | |
| | 2.2 | Identificación de riesgos de corrupción por proceso. | Mapa de riesgo de corrupción por proceso | Responsables de los procesos institucionales. | 10/01/2018 | 100% | |
| | 2.3 | Consolidar el Mapa de Riesgos de Corrupción | Versión definitiva del Mapa de Riesgos de corrupción. | Referente de Planeación y Calidad | 31/03/2018 | 100% | |
| Subcomponente / proceso 3 Consulta y divulgación | 3.1 | Crear una sección en la página web de la Entidad que permita la consulta y participación ciudadana mediante sugerencias y comentarios con relación al proyecto del Plan Anticorrupción. | Sección en la página web de consulta y participación ciudadana del Plan Anticorrupción. | referente de Sistemas de Información | 31/03/2018 | 100% | |
| | 3.2 | Publicar y divulgar el Mapa de Riesgos de Corrupción dispuesto para la vigencia 2018 | Mapa de Riesgo 2018 publicado en la Página Web y en la Intranet | Referente de Planeación y Calidad | 28/03/2018 | 100% | |
| Subcomponente / proceso 4 Monitoreo y revisión | 4.1 | Realizar monitoreo al cumplimiento de las acciones establecidas en el Plan Anticorrupción y en Mapa de Riesgos de Corrupción y revisar los soportes que así lo demuestren | Evidencias del monitoreo que demuestre que el responsable del proceso esta al tanto de grado del cumplimiento. | Responsables de los procesos institucionales. | 30/06/2018 10/12/2018 semestral | 100% | |
| Subcomponente / proceso 5 Seguimiento | 5.1 | Realizar el seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y Mapa de riesgos de corrupción con corte a 30 de abril. | Primer Informe de seguimiento publicado | Oficina de Control Interno | 10/05/2018 cuatrimestral | 100% | |
| | 5.2 | Realizar el seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y Mapa de riesgos de corrupción con corte a 31 de agosto | Segundo Informe de seguimiento publicado | Oficina de Control Interno | 10/09/2018 cuatrimestral | 100% | |
| | 5.3 | Realizar el seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y Mapa de riesgos de corrupción con corte a 31 diciembre | Tercer Informe de seguimiento publicado | Oficina de Control Interno | 05/01/2019 cuatrimestral | 100% | |
| Elaboración del Documento: | | Cargo: | Referente de Planeación y Calidad | | | | |
| | | Nombre: | John Henry Sanchez Mendez | | | 100% | |
| | | Firma: | | | | | |

E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YAGUAS DE SOACHA

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

COMPONENTE 2: RACIONALIZACION TRAMITES

III CUATRIMESTRE

| SUBCOMPONENTE / PROCESOS | ACTIVIDADES | META O PRODUCTO | RESPONSABLE | FECHA PROGRAMADA | Actividades Cumplidas | % de Avance | |
|---|-------------|---|-------------------------------------|--|-----------------------|--|------|
| Subcomponente / proceso 1 Identificación de tramites | 1.1 | Elaborar un inventario de los tramites que generan demoras en la atención de pacientes. | inventario elaborado | subgerente científica subgerente Administrativo Lider de Oficina de Atencion del Usuario | 31/04/2018 | Se realizo el documento en el cual se identificaron los tramites que estan generando demoras | 100% |
| | 1.2. | socializacion del inventario de los tramites que generan demoras en la atención de pacientes. | acta de socializacion por comité | subgerente científica subgerente Administrativo Lider de Oficina de Atencion del Usuario | 30/06/2018 | Se realizó la socialización de los tramites administrativos de los usuarios, los proceso que se priorizaron , Urgencias, salas de cirugía, odontología, laboratorio, apoyo diagnostico, sala de partos. | 100% |
| Subcomponente / proceso 2 Priorizacion de tramites | 2.1 | crear cronograma de puntos de control de los tramites identificados como de alto impacto que generan demoras en la atención de pacientes. | cronograma elaborado | subgerente científica subgerente Administrativo Lider de Oficina de Atencion del Usuario | 30/07/2018 | Se llevaron acabo las reuniones con cada uno de los procesos de Facturacion, Enfermería, Laboratorio Clínico, Consulta Externa. A fin de generar pautas para minimizar las barreras de acceso a los Usuarios. | 100% |
| Subcomponente / proceso 3 Interporalidad | 3.1 | Medir satisfaccion del usuario frente a tramites identificados como alto impacto que generan demoras en la atención de pacientes. | informe de medicion de satisfaccion | Lider de Oficina de Atencion del Usuario | 15/11/2018 | Se realizo el seguimiento por parte del Proceso de Atención al Usuario de los tramites Administrativo enviendiciando los puntos de control y las nuevas estrategias que se estaban implementando el cual fue socializado en Macrocomite del noviembre 2018 | 100% |
| | 3.2. | socializacion del informe de medicion de satisfaccion del usuario frente a los tramites que generan demoras en la atención de pacientes | acta por comité | Lider de Oficina de Atencion del usuario | 12/12/2018 | se llevo acabo la socialización en macrocomite del informe de medición de satisfacción del usuario | 100% |
| Elaboración del Documento: | | | Cargo: | Referente de Planeación y Calidad | | | 100% |
| | | | Nombre: | John Henry Sanchez Mendez | | | |
| | | | Firma: | | | | |

E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YAGUAS DE SOACHA

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

COMPONENTE 3: ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS

III CUATRIMESTRE

| SUBCOMPONENTE / PROCESOS | ACTIVIDADES | META O PRODUCTO | RESPONSABLE | FECHA PROGRAMADA | Actividades Cumplidas | % de Avance | |
|--|-------------|---|--|--|---------------------------------------|---|------|
| Subcomponente 1 Información de calidad y en lenguaje comprensible | 1.1 | realizar socialización de la política institucional, los objetivos y el Plan de rendición de cuentas a comité directivo (gerencia) | Política, objetivos y plan de rendición de cuentas institucional | Referente de Planeación y calidad | 22/02/2018 | actividades cumplidas en el primer cuatrimestre | 100% |
| | 1.2 | Organización técnica y logística de la rendición de cuentas | Determinación de responsabilidades - manual | Subgerente Administrativo Referente de Planeación y calidad Proceso de sistema de Información y Prensa | 01/03/2018 | actividades cumplidas en el primer cuatrimestre | 100% |
| | 1.3 | Solicitud de información para la consolidación del informe de rendición de cuentas. | Circular de solicitud de información | Referente de Planeación y calidad | 28/02/2018 | actividades cumplidas en el primer cuatrimestre | 100% |
| | 1.4 | Recolección de información para rendición de cuentas | Informe y presentación de la rendición de cuentas | Referente de Planeación y calidad | 08/03/2018 | actividades cumplidas en el primer cuatrimestre | 100% |
| Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con las personas y sus organizaciones | 2.1 | Preparación y convocatoria para presentación pública de rendición de cuentas. | Convocatoria pública | Subgerente Administrativo Lider de Atención al Usuario - SIAU Referente de Planeación y calidad Proceso de sistema de Información y oficina asesora de Prensa | 01/03/2018 | actividades cumplidas en el primer cuatrimestre | 100% |
| | 2.2 | Rendición pública de cuentas | Evento público de rendición de cuentas | Integrantes de Equipo Directivo Hospital Mario Gaitan Yaguas (Comité de gerencia) | 26/04/2018 | actividades cumplidas en el primer cuatrimestre | 100% |
| Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas | 3.1 | Crear una sección en la página web de la Entidad para recepcionar las observaciones, críticas y recomendaciones de las personas. (usuarios frente a su percepción de los servicios) | consolidado de comentarios de los usuarios de la web | Lider de Atención al Usuario - SIAU Referente de Planeación y calidad Proceso de sistema de Información y oficina asesora de Prensa | 30/06/2018 10/12/2018 semestral | actividades cumplidas en el primer cuatrimestre | 100% |
| | 3.2 | Respuesta a las observaciones críticas y recomendaciones | Registro de respuestas | Procesos Misionales | 10/05/2018 cuatrimestral | actividades cumplidas en el primer cuatrimestre | 100% |
| Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional | 4.1 | Realizar un informe de las conclusiones de evento la rendición de cuentas | Informe /acta | control interno | 10/09/2018 cuatrimestral | actividades cumplidas en el primer cuatrimestre | 100% |
| Elaboración del Documento: | | | Cargo: | Referente de Planeación y Calidad | | | |
| | | | Nombre: | John Henry Sanchez Mendez | | | |
| | | | Firma: | | | 100% | |

E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YAGUAS DE SOACHA

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

| COMPONENTE 4: ATENCIÓN AL CIUDADANO | | | | | | III CUATRIMESTRE | |
|---|-------------|--|---|--|---------------------------------------|--|-------------|
| SUBCOMPONENTE / PROCESOS | ACTIVIDADES | | META O PRODUCTO | RESPONSABLE | FECHA PROGRAMADA | Actividades Cumplidas | % de Avance |
| Subcomponente 1 Estructura Administrativa y Direccionamiento Estrategico | 1,1 | realizar encuesta de satisfaccion o de percepcion de la atencion recibida por los usuarios | Resultado de las encuesta realizadas | Lider de atencion del usuario Coordinadores de Puestos y Centros de salud | 30/06/2018 10/12/2018 semestral | Se realizo la encuesta enviada por el Departamento de Cundinamarca Oficina de Participacion Social para obtener resultados de la percepcion del usuario frente a la prestacion del Servicio, Cada referente o lider de procedo tuvo que aplicar 100 encuestas por servicio con la tabulación para ser sistematizadas por el area de Atención al usuario. | 100% |
| | 1,2 | Realizar encuesta a los funcionarios y colaboradores del hospital, centros y puesto de salud sobre percepcion de atencion en los servicios que ofrecen el hospital (proceso misional y de Apoyo) | Resultado de las encuesta realizadas | Gestion de talento Humano - lider de recursos humanos | 30/06/2018 10/12/2018 semestral | Se realizó encuesta a los funcionarios del hospital, centros y puesto de salud sobre percepción de atención en los servicios que ofrecen el hospital. | 100% |
| Subcomponente 2 Fortalecimiento Canales de Atencion | 2,1 | Estructurar el modelo de atencion para el proceso SIAU (sistema de informacion y atencion del usuario) en el Hospital Mario Gaitan Yaguas. Buscando generar cultura del servicio al ciudadano. | modelo de atencion y enfoque de servicio | Lider de Atencion al Usuario - SIAU Referente de Planeación y calidad oficina asesora de Prensa | 30/04/2018 | Se realizo la aprobación del del Modelo de Atención y enfoque del servicio el cual ha sido socializado . | 100% |
| Subcomponente 3 Talento Humano | 3,1 | Crear y/o promover espacios de sensibilización para generar en los funcionarios y colaboradores del Hospital la vocación y humanización del servicio. | Espacios de sensibilización Confirmados por talento humano | Lider de Atencion al Usuario - SIAU Referente de Planeación y calidad Oficina asesora de Prensa Lider del programa de Humanizacion Lider del programa de Seguridad del Paciente. | 30/06/2018 10/12/2018 semestral | El programa de Humanización realizo diferentes campañas enmarcado en trato amable, y realizo alianza con el sena para certificar a funcionarios del hospital en trato humanizado. | 100% |
| | 3,2 | Implementar dentro del Plan Institucional de Capacitación PIC como componente la cultura y vocacion del servicio, así como la humanizacion del servicio para los funcionarios y colaboradores del Hospital Mario Gaitan Yaguas | Plan Institucional de Capacitación año 2018 | Lider de Atencion al Usuario - SIAU Referente de Planeación y calidad Oficina asesora de Prensa Lider del programa de Humanizacion Lider del talento Humano | 30/06/2018 10/12/2018 semestral | En el programa anual de capacitación se llevo acabo lo programado para la anualidad en donde se fomento el modelo de atencion usuario y su familia, trato amable , humanización | 100% |
| Subcomponente 4 Normativo y Procedimental | 4,1 | Revisar y/o ajustar los procedimientos para la gestion de las PQRSFD para el año 2018. Enfoque integral de atención. | Procedimientos actualizados (nueva versión) | Lider de atención al Usuario y equipo de trabajo referente de Planeacion y calidad | 30/06/2018 | Se realizo el ajuste a los procedimientos para la gestion de las PQRSFD para el año 2018. con Enfoque integral de atención. | 100% |
| | 4,2 | Actualizar, Socializar y Publicar los derechos y Deberes de los Usuarios en los servicios del hospital MGY , centros y puestos de salud. | actas de entrega y socializacion de deberes y derechos de los Usuarios registro fotografico | lider de atencion del Usuario y equipo de trabajo | 30/06/2018 10/12/2018 semestral | En los talleres de inasistentes que se dictan los miercoles de cada mes y los talleres a diario en la sala de espera se estan socializando derechos y deberes que impacta nuestra atención en la institución. | 100% |
| | 4,3. | Actualizar y socializar el manual del usuario del HMGY a las agrupaciones registradas y legalmente constituidas ante el Hospital. Asi mismo socializar a los lideres y referentes de los servicios del hospital | actas de socializacion y mesas de trabajo para dar a conocer el manual de l usuario | lider de atencion del Usuario y equipo de trabajo | 30/06/2018 10/12/2018 semestral | Se realizo la actualización del manual del usuario | 100% |
| Subcomponente 5 Relacionamiento con el ciudadano | 5,1 | realizar encuestas de percepción de los usuarios frente a la accesibilidad a los servicios del Hospital, | resultado de encuesta de percepcion de accesibilidad | Integrantes de Equipo Directivo Lider de atencion del Usuario y equipo de trabajo | 30/06/2018 semestral | Se realizo la encuestas de percepción de los usuarios frente a la accesibilidad a los servicios del Hospital, | 100% |
| | 5,2 | Para ser presentados en comité directivo para la identificacion de oportunidades y acciones de mejora | resultado de encuesta de percepcion de accesibilidad | Integrantes de Equipo Directivo Lider de atencion del Usuario y equipo de trabajo | 10/12/2018 semestral | Se realizaron los planes de mejoramiento con cada una de las áreas y el seguimiento respectivo para la vigencia 2018, el cual fue socializado en Macrocomite. | 100% |
| Elaboración del Documento: | | | Cargo: | Referente de Planeación y Calidad | | | 100% |
| | | | Nombre: | John Henry Sanchez Mendez | | | |
| | | | Firma: | | | | |

E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YAGUAS DE SOACHA

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

COMPONENTE 5: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

III CUATRIMESTRE

| SUBCOMPONENTE / PROCESOS | ACTIVIDADES | META O PRODUCTO | RESPONSABLE | FECHA PROGRAMADA | Actividades Cumplidas | % de Avance | |
|--|-------------|---|---|---|---------------------------------------|---|------|
| Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa | 1,1 | Publicar información mínima obligatoria y la establecida en la Estrategia de Gobierno Digital | Información publicada de acuerdo a la normatividad vigente | Coordinación Sistemas líder de atención al Usuario Oficina Asesora de prensa referente de Planeación y Calidad | Permanente | Se realiza autoevaluación con la herramienta establecida por parte de la Procuraduría General, obteniendo un resultado del 82% de cumplimiento en la publicación de información de la Ley 1712. | 82% |
| | 1.2 | Mantener actualizada la información relacionada con "Transparencia y Acceso a la Información Pública. | Información pública nacional disponible | coordinador de sistema | Permanente | Desde el proceso de sistemas se realiza seguimiento semanal a la información publicada, actualizando la misma según los requerimientos normativos, con | 100% |
| Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva | 2.1 | Divulgar los canales de comunicación a través de los cuales se accede a la información pública del Hospital | Canales de atención divulgados | Coordinación Sistemas líder de atención al Usuario Oficina Asesora de prensa Referente de Planeación y Calidad | 31/05/2018 | Se configuró en el sitio web el botón de transparencia donde se puede acceder a la información requerida por la Ley 712/2014 http://www.hmgv.gov.co/transparencia.php | 100% |
| Subcomponente 3 Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información | 3.1 | Socializar al interior de la Entidad los instrumentos para divulgar la información institucional | Registro de la socialización | Coordinación Sistemas líder de atención al Usuario Oficina Asesora de prensa Referente de Planeación y Calidad | 31/05/2018 | En el PIC se está llevando a cabo las capacitaciones de inducción e inducción frente al acceso a la intranet, Consulta de Documentos, Acceso al sitio web y a las herramientas informáticas dispuestas por la entidad. Las actas reposan en el proceso de talento humano. | 100% |
| | 3,2 | Revisar y actualizar el manual de comunicaciones e información en la entidad | Registro de la revisión y actualización (que se actualizó) | oficina asesora de prensa coordinación de sistemas | 31/05/2018 | El manual de comunicaciones se actualizó y se encuentra publicado en la intranet, con los ajustes solicitados por los referentes. | 100% |
| | 3,3 | Revisar y actualizar el manual de imagen corporativa | | oficina asesora de prensa planeación y calidad s y talento humano | 15/09/2018 | El manual de imagen corporativa fue elaborado y ajustado con las recomendaciones de los líderes de proceso, el mismo está en calidad para su correspondiente codificación y publicación en la intranet. | 80% |
| Subcomponente 4 Criterio diferencial | | Priorizar a los Adultos Mayores, Mujeres Embarazadas, Mujeres con niños en brazos, Discapacitados, que demandan servicios en las diferentes unidades funcionales con el objetivo de validar sus derechos de acuerdo a su condición. | Acciones para priorizar a los Adultos Mayores, Mujeres Embarazadas, Mujeres con niños en brazos y en condición de Discapacidad. | Líder de atención al Usuario Oficina Asesora de prensa | 30/06/2018 10/12/2018 semestral | se llevo a cabo reunión con referente de laboratorio a fin de puntualizar la población priorizadas, maternas, niños en brazos , tercera edad, menor de edad población discapacitada, adicional personas de la zona | 100% |
| Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública | 5.1 | Establecer un mecanismo de seguimiento que contemple número de solicitudes recibidas, trasladadas, tiempos de respuesta y solicitudes a las que se le negó el acceso a la información. | Matriz de seguimiento de acuerdo a solicitudes recibidas por subgerencia | Direccionamiento estratégico - Subgerencias científica, administrativa y comunitaria. Asesoría Jurídica. Enlace con el usuario. | 30/06/2018 10/12/2018 semestral | se realiza el seguimiento con la matriz que envió la Secretaría de Salud , con la cual se realiza los seguimientos y se reporta mensualmente por aplicativo. Y en macrocomite se realiza socialización en macrocomites. | 100% |
| Elaboración del Documento: | | Cargo: | Referente de Planeación y Calidad | | | | 95% |
| | | Nombre: | John Henry Sanchez Mendez | | | | |
| | | Firma: | | | | | |

E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YAGUAS DE SOACHA

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

| COMPONENTE 6: INICIATIVAS ADICIONALES | | | | III CUATRIMESTRE | | |
|---------------------------------------|--|---|---|------------------|--|-------------|
| ACTIVIDADES | | META O PRODUCTO | RESPONSABLE | FECHA PROGRAMADA | Actividades Cumplidas | % de Avance |
| 1,1 | Revisar y Actualizar el Código de Ética y buen gobierno | codigo de etica y buen gobierno actualizado | lider de talento Humano (equipo de trabajo definido por el lider de talento humano) | 29/06/2018 | Se llevo acabo la resolución No xxx en el cual se aprobó el codigo de integridad | 100% |
| 1.2 | socializar el codigo de etica y buen gobierno del hospital | codigo de etica y buen gobierno socializado | lider de talento Humano (equipo de trabajo definido por el lider de talento humano) | 10/12/2018 | se llevo acabo la socialización de la resolución del codigo de integridad en el comité de MIPG | 100% |
| Elaboración del Documento: | | Cargo: | Referente de Planeación y Calidad | | | 100% |
| | | Nombre: | John Henry Sanchez Mendez | | | |
| | | Firma: | | | | |



Reviso:

FANNY VILLAMIL BECERRA
JEFE CONTROL INTERNO
ESE HMGY

