

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018

Entidad: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.  
 Vigencia: 2018  
 Fecha Publicación: Enero 31 de 2018

| PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018                            |  |  |   |          |  |  |
|--|--|--|---|----------|--|--|
| Componente 1: Gestion del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción |  |  |   |          |  |  |
| Subcomponente  | Actividades  | Meta o Producto  | Actividades Cumplidas   | % Avance | Seguimiento  |  |
| Política de Administración de Riesgos  | 1.1. Revisar y actualizar la Política de Administración de Riesgos                           | Acto administrativo de Actualización de la Política de Administración de Riesgos   | Resolución No. GGH - 001- 002- 0392 de fecha 27 de abril de 2018.   | 100%     | Se reviso y actualizo la Política de Administración de Riesgos   |  |
| Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción                                 | 2.1. Revisar y actualizar el mapa de riesgos de corrupción de la entidad                     | Actualizar el mapa de riesgos de corrupcion  | Cronograma de reuniones para la revision del Mapa de Riesgos de Corrupcion  | 10%      | El mapa de riesgos de corrupción ha sido revisado y se ha iniciado el proceso de actualización con los lideres de proceso.   |  |
| Subcomponente/Proceso 3 Consulta y Divulgación                                 | 3.1. Publicar la política de Administración de Riesgos en el marco del proceso participativo | Divulgar la Política de Administración de Riesgos a través de correos electronicos institucionales para que pueda ser consultada en cualquier momento por los colaboradores. Publicar en la pagina Web institucional la Política de Administración de Riesgos de Corrupcion. | Se realizara en el mes de mayo de 2018  | 0%       | La Política de Administración de Riesgos sera publicada y socializada en el mes de mayo de 2018.   |  |
|  | 3.2. Publicar el mapa de Riesgos en el marco del proceso participativo                       | Publicar el Mapa de Riesgos de Corrupcion de la entidad en la Pagina Web Institucional.  | Una vez actualizado se renovara la publicacion.   | 100%     | El mapa de riesgos de corrupcion se encuentra publicado.   |  |
| Subcomponente/Proceso 4 Monitoría y Revisión                                   | 4.1. Monitorear las acciones preventivas y la efectividad de los controles establecidos      | Trimestralmente, en Comité de Gestion y Desarrollo se revisara el Mapa de Riesgos de Corrupcion en el evento que se materialice alguno de los riesgos.   | Acta de Comité de Gestion y Desempeño del 30 de abril de 2018 SGCH-010-014-002  | 33%      | En el Comité de Gestion y Desempeño del 30 de abril de 2018, se informo a los lideres sobre el cronograma para revisar y de ser necesario ajustar los riesgos  |  |
| Subcomponente/Proceso 5 Seguimiento  | 5.1. Cumplimiento de la política de Administración de Riesgos de Corrupcion                  | Realizar el seguimiento a la aplicación de la política de Administración de Riesgos de Corrupcion  | Se realiza el seguimiento a la Política de Administración de Riesgos de Corrupcion y se certifica que a la fecha no se ha materializado ninguno de los riesgos de corrupcion. | 33%      | No se han detectado hallazgos de los entes de control y no se evidencia ninguna denuncia ante las autoridades competentes que se derive en algun tipo de investigacion penal, disciplinaria, fiscal, administrativa sancionatoria o etica profesional. |  |
|  | 5.2. Revisión del Mapa de Riesgos de Corrupcion  | Verificar la aplicación de controles para evitar la materialización de los riesgos de corrupcion identificados   | Cronograma de reuniones para la revision del Mapa de Riesgos de Corrupcion  | 10%      | En la revision del mapa de riesgos se verifican los controles y se determinara el ajuste si es necesario.  |  |
| TOTAL PROMEDIO ALCANZADO POR EL COMPONENTE 1.                                  |  |  |   | 41%      |  |  |

  
 JHON JAIDER TORRES PERLAZA  
 ASESOR DE CONTROL INTERNO

**PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018**

Entidad: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.  
 Vigencia: 2018  
 Fecha Publicación: Enero 31 de 2018

**PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018**

Componente 2: Racionalizacion de Tramites

| Subcomponente  | Actividades   | Meta o Producto  | Actividades Cumplidas                           | % Avance | Seguimiento  |
|--|---|--|---|----------|--|
| Identificar los trámites y Otros Procedimientos Administrativos (OPA) que presta el Hospital   | 1.1. Priorizar los tramites y OPA   | Identificar cuales son susceptibles de racionalizar o realizarse en linea.   | Certificacion del DAFP del 06 de marzo de 2018. | 100%     | Los tramites identificados y las OPA se encuentran publicados en la pagina del SUIT  |
| Gestionar la interoperabilidad con otras entidades que prestan servicios de salud en la región | 1.2. Mantener los servicios de comunicación telefónica y Web  | Actualizar mensualmente la pagina Web Institucional  | Subgerencia Gestion de la Calidad               | 100%     | La entidad realiza la interoperabilidad con las EPS y las IPS de la region para la remision de pacientes, a traves de pagina web y via telefonica. |
| Mejorar la accesibilidad a las citas medicas   | 1.3. Asignar un espacio fisico en primer piso y un espacio en la Pagina Web para la solicitud de citas medicas que evite desplazamientos innecesarios de los usuarios | Espacio fisico en el primer piso del Hospital para Central de Citas y solicitud de citas medicas a traves de la pagina Web Institucional | Subgerencia Administrativa                      | 10%      | Se ha iniciado el diseño de un nuevo espacio fisico para el area de citas medicas en el primer piso.   |

|                      |      |   |  |                                   |      |   |
|----------------------|------|---|--|-----------------------------------|------|---|
| Revisión y Monitoreo | 2.1  | Verificar los tramites y OPA priorizados  | Monitorear cuales de los tramites y OPA priorizados se estan realizando en linea                 | Lideres de proceso                | 30%  | La entidad tiene los tramites publicos en el SUIT, pero son de muy baja usabilidad por parte de los usuarios  |
|                      | 2.2. | Revisar la actualizacion mensual de la pagina Web Institucional                       | Verificar la actualizacion mensual de la pagina  | Subgerencia Gestion de la Calidad | 100% | La pagina Web institucional se encuentra actualizada a la fecha del seguimiento   |
|                      | 2.3. | Area de Central de Citas tenga un espacio en primer piso y un enlace en la pagina Web | Monitorear que los usuarios esten solicitando citas medicas a traves del enlace en la pagina Web | Lideres de proceso                | 10%  | En el proceso de actualizacion de la pagina web, se establecera para el mes de junio un enlace donde los usuarios puedan solicitar la cita y posteriormente se dara respuesta al usuario a traves del mismo correo electronico. |
| Seguimiento          | 3.1  | Cumplimiento de las actividades   | Realizar el seguimiento al cumplimiento de las actividades de este componente                    | Control Interno                   | 33%  | Se realiza el seguimiento a las actividades en forma oportuna.  |

  
**JHON JAIDER TORRES PERLAZA**  
**ASESOR DE CONTROL INTERNO**

**PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018**

Entidad: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.  
 Vigencia: 2018  
 Fecha Publicación: Enero 31 de 2018

| PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018         |             |  |   |                                   |          |   |
|---|-------------|--|---|-----------------------------------|----------|---|
| Componente 3: Rendición de Cuentas                          |             |  |   |                                   |          |   |
| Subcomponente   | Actividades |  | Meta o Producto   | Actividades Cumplidas             | % Avance | Seguimiento   |
| Información de Calidad y en lenguaje comprensible           | 1.1.        | Identificar la información que requiere el ciudadano a quien se le rinde la cuenta | Presentar la cuenta en lenguaje comprensible para los ciudadanos  | Subgerencia Gestion de la Calidad | 100%     | El evento de Rendición de Cuentas a los ciudadanos se realizó el 05 de abril de 2018.   |
|   | 1.2.        | Presentar informe Escrito, Verbal, físico y virtual para los usuarios.             | Periodico o revista del Informe de Rendición de Cuentas periodo 2017 y publicacion en pagina Web Institucional                        | Subgerencia Gestion de la Calidad | 100%     | Se presento el informe en forma verbal a traves de un video donde el Gerente, subgerentes, lideres y usuarios del servicio dieron a conocer la gestion de la entidad. Igualmente se construyo un informe escrito para los ciudadanos. |
| Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones | 2.2.        | Promover el dialogo con los usuarios a través de reuniones y comunicados           | Mantener las reuniones con la Asociacion de Usuarios y Comunidad en General. Invitar a los ciudadanos al acto de Rendición de Cuentas | Subgerencia Gestion de la Calidad | 100%     | La entidad mantiene dialogo permanente con la comunidad a traves de reuniones mensuales el primer lunes habil de cada mes y cada vez que se solicita cita a traves de agenda.   |
|   | 2.2.        | Realizar seguimiento a los compromisos adquiridos con los usuarios                 | Mediante Actas se deberan plasmar los compromisos adquiridos con los usuarios y se realizaran los seguimientos.                       | Subgerencia Gestion de la Calidad | 100%     | En cada reunion se levantan actas y se establecen los compromisos.  |

|   |      |  |   |                                   |      |  |
|---|------|--|---|-----------------------------------|------|--|
| Incentivos para motivar la cultura de rendición y petición de cuentas | 3.1. | Informar a los líderes de proceso la importancia de la de Rendición de Cuentas | En Comité de Gestion y Desarrollo se informara a los líderes de proceso la importancia de la Rendicion de Cuentas   | Subgerencia Gestion de la Calidad | 100% | En reunion del comité ampliado de los meses de febrero y marzo se dio a conocer a los líderes de proceso la fecha establecida para la Rendicion de Cuentas socializando la importancia de este acto publico. |
|   | 3.2. | Coordinar con la Gerencia la Rendición Anual de Cuentas                        | En Comité de Gerencia se inicia en el mes de Febrero de 2018 la Coordinacion para la Rendicion de Cuentas   | Subgerencia Gestion de la Calidad | 100% | Durante los meses de enero, febrero y marzo, se llevo a cabo las reuniones para la coordinacion del acto publico de rendicion de cuentas.  |
| Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional             | 4.1  | Realizar la evaluación y retroalimentación a la gestión institucional          | En Comité de Gerencia se realizara la evaluacion y retroalimentacion de la gestion institucional para identificar oportunidades de mejora para la siguiente vigencia. | Subgerencia Gestion de la Calidad | 100% | Se realizo la evaluacion del evento de Rendicion de cuentas y la retroalimentacion quedo plasmada en el acta del 09 de abril de 2018.  |

  
**JHON JAIDER TORRES PERLAZA**  
**ASESOR DE CONTROL INTERNO**

**PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018**

Entidad: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.  
 Vigencia: 2018  
 Fecha Publicación: Enero 31 de 2018

| PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018         |   |   |  |          |  |  |
|---|---|---|--|----------|--|--|
| Componente 4: Atención al Ciudadano                         |   |   |  |          |  |  |
| Subcomponente   | Actividades   | Meta o Producto   | Actividades Cumplidas  | % Avance | Seguimiento  |  |
| Estructura Administrativa y<br>Direccionamiento Estratégico | 1.1. Realizar la Revisión trimestral de las quejas reiterativas               | Generar planes de mejoramiento para disminuir las quejas.   | Revisión trimestral de las quejas.   | 50%      | Se realiza la revisión trimestral de las quejas reiterativas. Se ha solicitado mediante oficio a los subgerentes involucrados realizar plan de mejoramiento para las quejas reiterativas del 1 trimestre |  |
| Fortalecimiento de los<br>Canales de atención               | 2.1. Trasladar los consultorios que se encuentran en el piso 2 al primer piso | Mejorar la accesibilidad de los usuarios a los consultorios   | Estudio de uso de consultorios del segundo piso  | 20%      | Se realizó un estudio de usabilidad de los consultorios del primer piso para la reorganización de los consultorios médicos.  |  |
|   | 2.2. Mantener el aplicativo Orfeo   | Realizar la gestión y trazabilidad de los requerimientos de los ciudadanos                                    | La entidad mantiene en uso el aplicativo Orfeo   | 100%     | El aplicativo Orfeo permite realizar la gestión y la trazabilidad de los requerimientos de los ciudadanos a través de un número único de ingreso.  |  |
|   | 2.3. Indicador de tiempo de respuesta a las PQRS de los ciudadanos            | Presentar plan de mejoramiento cuando el tiempo de respuesta a las PQRS no se da en los términos establecidos | El Indicador de oportunidad de respuesta a quejas, se encuentra en 12.25 días, dentro de los rangos establecidos | 100%     | Los documentos son contestados oportunamente en los términos establecidos  |  |

|                                  |     |   |   |   |     |  |
|----------------------------------|-----|---|---|---|-----|--|
| Talento Humano                   | 3.1 | Sensibilizar una vez al mes a los colaboradores en la prestación de los servicios humanizada      | Contar con talento humano sensible a las necesidades de los ciudadanos                                | Se establecieron las "pildoras de humanización", en cada reunion. | 33% | Durante las reuniones de comité tecnico y reuniones de equipos de trabajo, jornadas de induccion y reinduccion se esta socializando la politica de humanizacion, para cumplir con la meta propuesta. |
|                                  | 3.2 | En las jornadas de induccion y reinduccion realizar una charla sobre atencion al Cliente          | Contar con talento humano concedor de la manera en que debe atenderse a los ciudadanos                | Listados de asistencia a la Induccion y Reinduccion               | 50% | La charla sobre atencion al cliente fue incluida en la parte correspondiente a Plataforma Estrategica. Para el segundo semestre se solicitara incluir un espacio para esta charla.                   |
| Normativo y Procedimental        | 4.1 | Revisar , actualizar y socializar el procedimiento de PQRS de acuerdo con la normatividad vigente | Documento actualizado de acuerdo con la normatividad vigente y socializado con los lideres de proceso | Se realiza la revision del procedimiento de PQRS                  | 33% | Se actualizara teniendo en cuenta la Ley Disciplinaria vigente.  |
|                                  | 4.2 | Informe mensual de PRQS   | Identificar oportunidades de mejoramiento   | Informe mensual de PQRS   | 33% | Se han identicado oportunidades de mejoramiento, dadas a conocer a los subgerentes y lideres de proceso.   |
| Relacionamiento con el Ciudadano | 5.1 | Caracterizar nuestros usuarios  | Para identificar sus necesidades para dar cumplimiento a la mision institucional                      | En proceso  | 10% | La entidad esta realizando la revision de un software que permita caracterizar a nuestros usuarios para la aplicacion de las rutas y redes de atencion en el MIAS.                                   |

  
**JHON JAIDER TORRES PERLAZA**  
**ASESOR DE CONTROL INTERNO**

**PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018**

Entidad: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.  
 Vigencia: 2018  
 Fecha Publicación: Enero 31 de 2018

| PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018                      |             |   |  |   |          |  |
|--|-------------|---|--|---|----------|--|
| Componente 5: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Informacion |             |   |  |   |          |  |
| Subcomponente  | Actividades |   | Meta o Producto  | Actividades Cumplidas   | % Avance | Seguimiento  |
| Lineamiento de transparencia activa                                      | 1.1         | Actualizacion y publicacion de toda la informacion obligada en la Ley de Transparencia en la Pagina Web | Mantener a los usuarios informados sobre la actuacion administrativa de la entidad                 | La pagina Web cuenta con la informacion obligada por la Ley de Transparencia. | 33%      | La pagina Web se encuentra actualizada   |
| Lineamiento de transparencia pasiva                                      | 2.1.        | Respuesta a las PQRS en los terminos de ley   | Indicador de respuesta oportuna a las PQRS   | Las PQRS se responden en el tiempo establecido por la normatividad.           | 33%      | El indicador de respuesta oportuna a las PQRS  |
| Elaboración los instrumentos de gestión de la información                | 3.1.        | Programa de Gestion Documental  | Elaborar el Programa de Gestion Documental de la entidad   | El programa de Gestion Documental se encuentra en construccion                | 70%      | Se evidencian los avances con la lider del proceso.  |
| Criterio diferencial de accesibilidad                                    | 4.1.        | Servicios de atencion a la salud en el primer piso  | Mejorar la accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud                                  | Se iniciara con el area de citas medicas                                      | 10%      | Se ha iniciado el diseño de un nuevo espacio fisico para el area de citas medicas en el primer piso. |
| Monitoreo del acceso a la información                                    | 5.1.        | Informe de PQRS recibidas   | Conocer tipos de PQRS, volumen y oportunidad en la respuesta para generar acciones de mejoramiento | Informe mensual de PQRS, socializado a los usuarios.                          | 33%      | La entidad tiene identificadas las quejas y solicitudes, los cuales se responden oportunamente       |

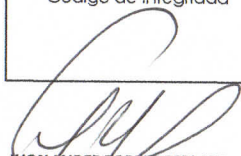
  
**JHON JAIDER TORRES PERLAZA**  
 ASESOR DE CONTROL INTERNO



**PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018**

Entidad: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.  
 Vigencia: 2018  
 Fecha Publicación: Enero 31 de 2018

| PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018 |     |   |  |   |          |  |
|---|-----|---|--|---|----------|--|
| Componente 6: Iniciativas Adicionales               |     |   |  |   |          |  |
| Subcomponente                                       |     | Actividades                                   | Meta o Producto  | Actividades Cumplidas   | % Avance | Seguimiento  |
| Codigo de Integridad                                | 1.1 | Elaborar y socializar el Codigo de Integridad | Colaboradores conocedores del Codigo de Integridad Institucional | El documento se encuentra en proceso en actualización de acuerdo con los lineamiento del DAFP | 80%      | Se verifica con la Subgerencia de Calidad el avance del código de integridad institucional |

  
**JHON JAIDER TORRES PERLAZA**  
 ASESOR DE CONTROL INTERNO