PLAN ANTICORRUPCION Y DE SERVICIO AL CIUDADANO 2018					
COMPONENTE	%				
Gestion del Riesgo de Corrupción	100				
Racionalizacion de Tramites	100				
Rendicion de Cuentas	100				
Atencion al Ciudadano	93				
Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Informacion	99				
Iniciativas Adicionales	100				





Entidad: Vigencia: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.

Fecha Publicación: Fecha de Seguimiento:

Enero 31 de 2018 Septiembre-Diciembre de 2018

PLAT	N ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018	
onente 1:	Gestion del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrup	00

		Compon	ente 1: Gestion del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de	Corrupción	3/196	y
Subcomponente		Actividades	Meta o Producto	Actividades Cumplidas	% Avance	Seguimiento
Política de Administración de Riesgos	plitica de Administración de Riesgos 1.1. Revisar y actualizar la Política de Administracion de Riesgos		Acto administrativo de Actualizacion de la Politica de Administracion de Riesgos Resolucion No. GGH - 001- 002- 0392 de abril de 2018.		100%	Se reviso y actualizo la Politica 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	Listados de asistencia a las reuniones para la revision del Mapa de Riesgos de Corrupcion.	100%	Se realizo reunion en con cada lider de proceso y sus colaboradores para actualizar el mapa de riesgos en la matriz propuesta por el DAFP, se explica la matriz y se da a conocer la política de riesgos. Todos los mapas de riesgos se encuentran actualizados.
3.1. Subcomponente/Proceso 3 Consulta y Divulgación		Publicar la Politica de Administración de	Divulgar la Politica de Administracion de Riesgos a traves de correos electronicos institucionales para que pueda ser consultada en cualquier momento por los colaboradores. Publicar en la pagina Web institucional la Politica de Administracion de Riesgos de Corrupcion.	Se socializo la politica de riesgos con todos los colaboradores a traves del correo institucional.	100%	La Politica de Administracion de Riesgos
	3.2. Publicar el mapa de Riesgos proceso participo		Publicar el Mapa de Riesgos de Corrupcion de la entidad en la Pagina Web Institucional.	Los mapas de riesgos se encuentran publicados en el aplicativo Daruma y socializados a traves del correo institucional	100%	Mapas de riesgos actualizados
Subcomponente/Proceso 4 Monitoria 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.	La revision por la Direccion del 29 de noviembre de 2018, se realizo la revision de los riesgos evidenciando que no se materializaron riesgos de corrupcion en la institucion,	100%	Mapas de riesgos actualizados
Subcomponente/Proceso 5	5.1.	Cumplimiento de la política de Administracion de Riesgos de Corrupcion	Realizar el seguimiento a la aplicación de la polifica de Administracion de Riesgos de Corrupcion	Se realiza el seguimiento a la Politica de Administracion de Riesgos de Corrupcion y se certifica que a la fecha no se ha materializado ninguno de los riesgos de corrupcion.		A la fecha no se ha materializado ningun riesgo de corrupcion.
Seguimiento	5.2.	Revision del Mapa de Riesgos de Corrupcion	materializacion de los riesgos de corrupcion identificados	Cronograma de reuniones para la revision del Mapa de Riesgos de Corrupcion		Se revisio el 100% de los mapas de riesgos y se ajustaron los controles a los riesgos que fueron necesarios.
		TOTAL PROMEDIO ALC	ANZADO POR EL COMPONENTE 1.			100%

JHON JAIDER TORKES PERLAZA ASSOC DE CONTROL INTERNO



Entidad: Vigencia: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.

Septiembre-Diciembre de 2018

2018 Enero 31 de 2018

Fecha Publicación: Fecha de Seguimiento:

0 9 ENE 2019

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018 Componente 2: Racionalizacion de Tramites								
Subcomponente		Acfividades	Meta o Producto	Actividades Cumplidas	% Avance	Seguimiem 04		
Identificar los trámites y Otros Procedimientos Administrativos (OPA)que presta el Hospital	1.1.	Priorizar los tramites y OPA	ldenlificar 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 servícios de comunicación telefónica y Web	Actualizar mensualmente (a pagina Web Institucional	Subgerencia Gestion de la Calidad	100%	La pagina Web institucional se encuentra actualizada a la fecha del seguimiento		
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 físico en el primer piso del Hospital para Central de Citas y solicitud de citas medicas a traves de la pagina Web Institucional	Subgerencia Administrativa	100%	Se cuenta con una nueva oficina en el primer piso para el area de citas medicas.		
	2,1	Verificar los tramites y OPA priorizados	Monitorear cuales de los tramites y OPA priorizados se estan realizando en linea	Lideres de proceso	100%	La entidad tiene los tramites publicos en el SUIT, pero son de muy baja usabilidad por parte de los usuarios		
Revision y Monitoreo	2.2.	Revisar la actualizacion mensual de la pagina Web Institucional	Verificar la actualizacion mensual de la pagina	Subgerencia Gestion de la Calldad	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	100%	Informe del area de citas medicas		
Seguimiento	3.1	Cumplimiento de las actividades TAL PROMEDIO ALCANZADO POR EL COME	Realizar el seguimiento al cumplimiento de las actividades de este componente	Control Interno	100%	Se realiza el seguimiento a las actividades en forma oportuna.		

JHON ANDERTORRES PERLAZA ASSESOR DE CONTROL INTERNO

LA BLENA ESPERANZA

Jumpo Sacial del Estado

Valle

Entidad:

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.

Vigencia:

2018

Fecha Publicación:

Enero 31 de 2018

Fecha de seguimiento:	Septiembre	e-Diciembre de 2018			THE M			
		PLAN A	NTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO	2018		400		
			Componente 3: Rendicion de Cuentas			BIDO		
Subcomponente		Actividades	Meta o Producto	Actividades Cumplidas	% Avance	Seguimiento		
	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 Rendicion de Cuentas a los ciudadanos se realizo el 05 de abril de 2018		
nformación de Calidad y en lenguaje comprensible	1.2.	Presentar informe Escrito, Verbal, fisico y virtual para los usuarios.	Períodico o revista del Informe de Rendicion de Cuentas período 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 Rendicion de Cuentas	Subgerencia Gestion de la Calidad	100%	La entidad mantiene dialogo permanente coñ 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 lideres de proceso la importancia de la Rendicion de Cuentas	Subgerencia Gestion de la Calidad	100%	En reunion del comité ampliado de los mese: de febrero y marzo se dio a conocer a los lideres 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 retraalimentacion quedo plasmada en el acta del 09 de abril de 2018.		
	TO	TAL PROMEDIO ALCANZADO POR E	EL COMPONENTE 3			100%		

JHON JAIDER FORRES PERLAZA ASESOR DE CONTROL INTERNO

Entidad:

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.

Vigencia:

Fecha Publicación: Fecha de Seguimiento: Enero 31 de 2018

Septiembre-Diciembre de 2018

LA BI-HOSPITAL

Impresa SA ESPIRA

Jumpo a del Stado

RAD: POLO

RAD: POLO

IORA: POLO

IO PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO 2018

			Componente 4: Atencion al Ciud	dadano		Sequimiento
Subcomponente		Actividades	Meta o Producto	Actividades Cumplidas	% Avance	Seguimiento B10 4QA
Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico	1.1.	Realizar la Revision trimestral de las quejas reiterativas	Generar planes de mejoramiento para dismininuir las quejas.	Revision trimestral de las quejas.	100%	Acta de revision trimestral de las quejas y solicitud de plan de mejoramiento a cada subgerencia involucrada.
٠	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	80%	Debido a la gran demanda de los servicios no ha sido posible reubicar los consultorios en el primer piso.
Fortalecimiento de los Canales de atención	2.2	Mantener el aplicativo Orfeo	Realizar la gestion y trazabilidad de los requerimientos de los ciudadanos	La entidad mantiene en uso el aplicativo Orfeo	100%	El aplicativo Orfeo permite realizar la gestion y la trazabilidad de los requerimientos de los ciudadanos a traves de un numero unico 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 terminos 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 terminos establecidos
Talento Humano	3.	Sensibilizar una vez al mes a los colaboradores en la prestacion de los servicios humanizada	Contar con talento humano sensible a las necesidades de los ciudadanos	Se establecieron las "pildoras de humanizacion", en cada reunion.	100%	Se conto con el acompañamiento de un grupo de claw en la entidad para socializar el decalogo del buen trato de los colaboradores en todos los servicios que presta la entidad.
idionio nondrio	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	100%	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. .	Revisar , actualizar y socializar el procedimiento de PQRS de acuerdo con la nomatividad vigente	Documento actualizado de acuerdo con la normatividad vigente y socializado con los lideres de proceso	Se realiza la revision del procedimiento de PQRS	100%	Se actualizo el procedimiento de las quejas
,	4.2.	Informe mensual de PRQS	Identificar oportunidades de mejoramiento	Informe mensual de PQRS	100%	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	Matriz de necesidades y expectativas del cliente	50%	Contamos con una matriz en construccion
		TOTAL PROMEDIO ALC	CANZADO POR EL COMPONENTE 4			93%

JHON JAIDER FORRES PERLAZA ASESOR DE CONTROL INTERNO

Entidad:

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.

Vigencia:

Fecha Publicación:

Enero 31 de 2018

2018

Fecha de Seguimiento:

Septiembre-Diciembre de 2018

HORD. DENE 2019

			ICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2018 Jecanismos para la Transparencia y Acceso a la Info	rmacion	CO TO	C M
Subcomponente		Actividades	Meta o Producto	Actividades Cumplidas	% Avance	Seguimiento
ineamiento 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.	100%	La pagina Web se encuentra actualizada
ineamiento 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.	100%	La entidad responde oportunamente 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	95%	Se observan avances importantes en la construccion del PGD
Criterio diferencial de accesibilidad	4.1.	Servicios de atencion a la salud en el primer piso	Mejorar la accesibliidad de los usuarios a los servicios de salud	Se traslado el area de citas medicas	100%	Se traslado el area de citas medicas al 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.	100%	La entidad tiene identificadas lo quejas y solicitudes, los cuales s responden oportunamente
		TOTAL PROMEDIO ALCANZADO PO	DR EL COMPONENTE 5			99%

JHON JAHDER TORRES PERLAZA ASSESOR DE CONTROL INTERNO

Entidad:

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.

Vigencia:

2018

Fecha Publicación:

Enero 31 de 2018

Fecha de Seguimiento:

Septiembre-Diciembre de 2018

recha de seguirilemo.	Sebueill	ore-diciembre de 2016				
			ON Y DE ATENCION AL CIU			
	DOI: 1000-1000-1000-1000-1000-1000-1000-100	Componer	nte 6: Iniciativas Adiciona	les		
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	100%	El Codigo de Integridad se encuentra elaborado y socializado
TC	TAL PRO	MEDIO ALCANZADO POR	EL COMPONENTE 6			100%

JHON JAIDER TORRES PERLAZA ASESOR DE CONTROL INTERNO LA BUROSPITAT.

Smoresa Social SPERANZA

Jumpo La GERANZA

1 9 ENE 2019

RAD COULCING

RECTBIDO