



RNCI-017-011



Yumbo, Septiembre 10 de 2019

Doctora
CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE
Gerente
Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.
L.C.

ASUNTO: SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN MAYO -- AGOSTO DE 2019

Cordial saludo.

Hago entrega del seguimiento al Plan Anticorrupción correspondiente al cuatrimestre Mayo - Agosto de 2019, para su conocimiento y fines pertinentes, adicionalmente este documento debe ser publicado en la respectiva página oficial de la entidad.

Con respecto al seguimiento al mapa de riesgos de corrupción, se observa la materialización del riesgo concerniente a la no publicación oportuna del 100% de contratos realizados. Lo con conlleva al riesgo **No. 2 No aplicabilidad del estatuto y manual de Contratación, adoptado por la entidad.**

Cualquier inquietud gustosamente será resuelta.

Atentamente,

JHON JAIDER TORRES PERLAZA
Asesor de Control Interno

Hospital La Buena Esperanza De Yumbo E.S.E.
Carrera 6 Calle 10 esquina - Barrio Uribe Uribe - Pbx 695 9595
NIT 800030924-0
YUMBO - VALLE

www.hospitaldeyumbo.gov.co
labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co

SEGUNDO SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2019

Entidad: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.
 Vigencia: 2019
 Fecha Publicación: Septiembre 10 de 2019

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2019

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

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Responsable	Fecha Programada	Actividades Cumplidas	% Avance	Seguimiento
1. Política de Administración de Riesgos	1.1. Socializar y divulgar la política de administración de Riesgos de Corrupción adoptada por la Resolución GGH-001-002-0392 DE ABRIL 27 de 2018.	Informe indicando las actividades de socialización y divulgación. Publicar en la página Web Institucional la Política de Administración de Riesgos de Corrupción.	Subgerencia Gestión de la Calidad y Control Interno.	Enero 31 de 2019	Publicación de la Política de Administración de Riesgos de Corrupción.	50%	Se publicó en la página Web Institucional la Política de Administración de Riesgos de Corrupción. Evidencia: http://hospitaldeyumbo.gov.co/hospital/wp-content/uploads/2018/04/Política-de-Administración-del-Riesgo0001.pdf
2. 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 corrupción por procesos	Líderes de procesos y Control Interno	Enero 31 de 2019	Mapa de riesgos de corrupción actualizado.	100%	Revisión y actualización del mapa de riesgos de corrupción. Evidencia: acta comité de gerencia.
3. Consulta y divulgación	3.1. Publicar el mapa de Riesgos en el marco del proceso participativo	Socialización interna del mapa de riesgos de corrupción. Publicar el Mapa de Riesgos de Corrupción de la entidad en la Página Web Institucional.	Líderes de procesos. Subgerencia Gestión de la calidad	Enero 31 de 2019	1. Socialización mapa de riesgos de corrupción. 2. Publicación mapa de riesgos de corrupción.	100%	1. Por medio de correo institucional se socializa mapa de riesgos de corrupción. 2. Se publica el mapa de riesgos de corrupción en la página web institucional (enero 23 de 2019). Evidencia: http://hospitaldeyumbo.gov.co/hospital/wp-content/uploads/2019/01/MAPA-DE-RIESGOS-DE-CORRUPCION3%93N-2019.pdf
4. Monitoreo y Revisión	4.1. Monitoreo periódico a las acciones preventivas y la efectividad de los controles establecidos a los riesgos de corrupción	Revisión o monitoreo periódico. En Comité de Gestión y Desempeño se presentará informe de monitoreo a riesgos de corrupción.	Líderes de procesos y Control Interno	Abril 30 de 2019	Se presenta informe en la Revisión por la Dirección.	66%	Durante reunión de Revisión por la Dirección realizada el día 12 de agosto de 2019 se realizó la presentación de los seguimientos al mapa de riesgos de corrupción.
5. Seguimiento	5.1. Seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción	Seguimiento cuatrimestral de controles para evitar la materialización de los riesgos de corrupción identificados	Control Interno	Abril 30 de 2019 Agosto 30 de 2019 Diciembre 31 de 2019	Seguimiento al Mapa de Riesgos de corrupción.	66%	Se realizó el segundo seguimiento a la Matriz de Riesgos, para detectar la materialización de los riesgos de corrupción
	5.2. Publicación de los seguimientos realizados	Informes publicados en la página Web	Control Interno	Mayo 10 2019 Septiembre 10 2019 Enero 10 de 2020	Seguimiento a publicaciones realizadas.	66%	Se ha realizado seguimiento a la información publicada en la página web institucional desde los diferentes procesos obligados a hacerlo dando cumplimiento a la normatividad legal vigente.
TOTAL PROMEDIO ALCANZADO POR EL COMPONENTE 1.						75%	


 DIANA CAROLINA LÓPEZ LÓPEZ
 SUB GERENTE DE GESTIÓN DE LA CALIDAD


 JOHN JAIRO PINEDA PERLA
 JEFE DE CONTROL INTERNO

SEGUNDO SEGUIMIENTO PLAN ANTICORUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2019

Entidad: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.
 Vigencia: 2019
 Fecha Publicación: Septiembre 10 de 2019

PLAN ANTICORUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2019

Componente 2: Racionalización de trámites

Subcomponente	Actividades	Metas o Productos	Responsable	Fecha programada	Actividades Cumplidas	% Avance	Seguimiento	
1. Identificación de los trámites y Otros (Procedimientos Administrativos (OPA) que presta el Hospital)	1.1.	Revisar y actualizar la estrategia anti-trámites o de racionalización de trámites	Identificar cuales son susceptibles de racionalizar o realizarse en línea.	Subgerencia Gestión de la Calidad y líderes de tecnologías de información y comunicación (TIC)	Junio 30 de 2019	Revisión de la estrategia de racionalización de trámites.	100%	Se reunió líder de proceso del SIAU, comunicaciones y sistemas, donde se revisó la normalidad y se decidió cuales trámites se realizarán en línea (Acta de reunión SGCH-010-01-4-015 del 20 de agosto de 2019).
	1.2.	Reportar al DAFP los trámites establecidos para establecer el inventario actualizado y su debido registro en el SUII (Sistema Único de Información de Trámites)	Reporte de trámites y registro en el SUII	Subgerencia Gestión de la Calidad	Agosto 31 de 2019		0%	
2. Priorización de trámites	2.1	Verificar los trámites y OPA priorizados	Monitorear cuales de los trámites y OPA priorizados se están realizando en línea	Líderes de proceso	Diciembre 30 de 2019	Solicitud y asignación de citas medicas generales por la página web	66%	Se continúa con la solicitud y asignación de citas medicas generales por medio de la página web institucional.
3. Racionalización de trámites	3.1	Fortalecer los medios de agendamiento de las citas medicas y odontológicas	Tener un espacio en la Pagina Web o Call Center para la solicitud de citas médicas y odontológicas que evite desplazamientos innecesarios de los usuarios	Subgerencia Científica	Julio 30 de 2019	Solicitud de citas medicas generales via web y telefónicamente.	60%	1. A partir del mes de febrero se cuenta con asignación de citas medicas generales de manera no presencial (telefónicamente ext 107 y 132, también via web). 2. Desde el mes de Junio se realizó ampliación de horario de atención del servicio de odontología hasta las 7p.m (LU-MI-JU-VI). 3. Actualmente el personal de asignación de citas se encuentra recibiendo inducción sobre citas odontológicas (filado de asistencia del 30 de agosto de 2019).
	3.2		Monitorear que los usuarios estén solicitando citas medicas/odontológicas a través del enlace en la pagina Web o telefónicamente	Líderes de proceso	Diciembre 30 de 2019	Informe mensual de la central de citas medicas	66%	Diariamente el personal de asignación de citas revisa las solicitudes de citas realizadas a través de la página web institucional y se les da respuesta.
4. Gestionar la Interoperabilidad con otras entidades que prestan servicios de salud en la región	4.1	Mantener y generar estrategias de comunicación entre EPS e IPS para prestación de servicios oportunos	Actualizar mensualmente la página Web Institucional	Subgerencia Gestión de la Calidad	Diciembre 30 de 2019	Actualización mensual de la página web	66%	Actualización permanente (Boletines Informativos, documentación).
	4.2	Establecer alianzas estratégicas para mejorar la operación e Integralidad del servicio	Alianzas estratégicas	Gerencia y subgerencias	Diciembre 30 de 2019	Alianza 3G+ Telemedicina	66%	1. Alianza con el grupo 3G+ (referencia de pacientes a nivel II, III y IV). 2. En el mes de Julio se iniciaron pruebas para el servicio de Telemedicina.
	4.3	Mesas de trabajo para fortalecimiento de estrategias de la atención en salud	Comités	Líderes de procesos asistenciales	Diciembre 30 de 2019	Cumplir con los cronogramas de cada comité	66%	A la fecha se ha cumplido con los las reuniones de cada comité, exceptuando el comité de ética hospitalaria el cual no cumplió con el cronograma debido a que no hubo quorum (incapacidad y periodo vacacional de algunos integrantes).
5. Seguimiento	5.1	Cumplimiento de las actividades	Realizar el seguimiento al cumplimiento de las actividades de este componente	Control Interno	Diciembre 30 de 2019		66%	Se han realizado los seguimientos a las diferentes actividades, dejando evidencia en las auditorias internas.
TOTAL PROMEDIO ALCANZADO POR EL COMPONENTE 2.						62%		

Diana López
 DIANA CAROLINA LÓPEZ LÓPEZ
 SU GERENTE DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

[Firma]
 ASesor DE CONTROL INTERNO

SEGUNDO SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2019

Entidad: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.
 Vigencia: 2019
 Fecha Publicación: Septiembre 10 de 2019

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2019
 Componente 3: Rendición de Cuentas

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Responsable	Fecha programada	Actividades Cumplidas	% Avance	Seguimiento	
1. 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 Gestión de la Calidad	Abril 30 de 2019	Presentación de audiencia pública de rendición de cuentas	100%	Se realizó audiencia pública de rendición de cuentas a la comunidad el 09 de abril de 2019.
	1.2.	Presentar informe a los usuarios de la gestión realizada en la vigencia 2018.	Informe de Rendición de Cuentas periodo 2018 y publicación en página Web Institucional	Subgerencia Gestión de la Calidad	Mayo 30 de 2019	Informe de rendición de cuentas vigencia 2018	100%	Se publica informe y acta de la rendición de cuentas vigencia 2018 en la página web institucional
2. Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2.1.	Promover el diálogo con los usuarios a través de reuniones y comunicados (emitera radial, página web y redes sociales)	Convocaría a la ciudadanía para que asista al acto de Rendición de Cuentas Mantener las reuniones con la Asociación de Usuarios y Comunidad en General.	Subgerencia Gestión de la Calidad	Abril 30 de 2019	Convocatoria a la rendición de cuentas	100%	Se convocó a la comunidad y diferentes entidades a la rendición de cuentas, mediante página web, redes sociales, tarjetas físicas, cuñas y programa radial, canal local CNC.
	2.2.	Realizar seguimiento a los compromisos adquiridos con los usuarios	Actas de compromisos adquiridos con los usuarios. Seguimiento de los compromisos adquiridos.	Subgerencia Gestión de la Calidad	Diciembre 30 de 2019	Reuniones mensuales con la Asociación de usuarios	100%	No se presentaron intervenciones por parte de los usuarios o comunidad durante el proceso de rendición de cuentas vigencia 2018. Sin embargo mensualmente el hospital realiza reunión con la Asociación de usuarios quienes nos informan sus inquietudes y sugerencias, a las cuales se les ha dado trámite. Evidencia: Actas de los meses de febrero, marzo y abril.
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	Informar en Comité Técnico ampliada la importancia de la Rendición de Cuentas	Subgerencia Gestión de la Calidad	Abril 30 de 2019	Informar la importancia de la Rendición de Cuentas	100%	Se informó en comité de gerencia la importancia de asistir a la rendición de cuentas y se envió a cada líder de proceso tarjeta de invitación.
	3.2.	Coordinar con la Gerencia la Rendición Anual de Cuentas	Cronograma y estructura de la rendición de cuentas 2018	Subgerencia Gestión de la Calidad	Febrero 28 de 2019	Coordinación de la rendición de cuentas	100%	En diferentes comités de gerencia se socializó cronograma y logística de la rendición de cuentas
3. Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1	Realizar la evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	Evaluación y retroalimentación de la gestión institucional para identificar oportunidades de mejora para la siguiente vigencia.	Subgerencia Gestión de la Calidad	Mayo 30 de 2019	Evaluación y retroalimentación de la gestión institucional	100%	Equipo directivo y líderes de procesos se reunieron el 12 de agosto de 2019, se evaluó la gestión institucional. (Acta Revisión por la Dirección SGCH-010-014-014).
TOTAL PROMEDIO ALCANZADO POR EL COMPONENTE 3.						100%		

Diana López
 DIANA CAROLINA LÓPEZ LÓPEZ
 SUB GERENTE DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Jhon Jaidin Torres Perla
 JHON JAIDIN TORRES PERLAZA
 ASesor de CONTROL INTERNO

SEGUNDO SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2019

Entidad: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.
 Vigencia: 2019
 Fecha Publicación: Septiembre 10 de 2019

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2019
 Componente 4: Atención al Ciudadano

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Responsable	Fecha Programada	Actividades Cumplidas	% Avance	Seguimiento
1. Estructura Administrativa y Dirección Estratégica	1.1. Realizar seguimiento mensual a los tiempos de respuesta de los PGRS	Informe de gestión sobre la atención de PGRS	Subgerente Gestión de la Calidad y Líder del SIAU	Diciembre 30 de 2019	Seguimiento al indicador de respuesta de los PGRS	66%	Cumplimiento en el indicador de respuesta a PGRS de Enero a Julio de 2019
		Publicación semestral de informe de gestión de PGRS	Control Interno	Diciembre 31 DE 2019 Enero 31 DE 2020	Informe del primer semestre de 2019, realizado y publicado en Julio de 2019	66%	Informe de PGRS del primer semestre 2019 realizado y publicado en la página web
	1.2. Realizar la Revisión trimestral de las quejas reiterativas	Plan de mejoramiento para disminuir las quejas.	Subgerencia Gestión de la Calidad	Diciembre 30 de 2019	Revisión trimestral de quejas reiterativas	66%	Se realizó reunión e Informe de las quejas reiterativas del primer y segundo trimestre 2019.
2. Fortalecimiento de los canales de atención	2.1. Generar cultura para el uso del aplicativo Orfeo	Socialización y sensibilización permanente del uso del aplicativo	Subgerencia Administrativa	Diciembre 30 de 2019	Capacitación a personal nuevo y reintroducción.	66%	Se realizó inducción (02 personas) y reintroducción (07 personas). Se evidencia de asistencia del 30 de agosto de 2019.
	2.2. Indicador de tiempo de respuesta a las PGRS de los ciudadanos	Plan de mejoramiento cuando el tiempo de respuesta a las PGRS no se da en los terminos establecidos	Proceso normativo	Diciembre 30 de 2019	Seguimiento al indicador de respuesta de los PGRS	66%	A la fecha se ha cumplido con los tiempos de respuesta a las PGRS
3. Talento Humano	3.1. Generar estrategias de sensibilización a los colaboradores en la prestación de los servicios humanizados	Cumplimiento política de humanización	Subgerencia Gestión de la Calidad	Diciembre 30 de 2019	Socialización de la política de humanización. Intervenciones con payasos hospitalarios Clown.	66%	Socialización de la política de humanización al personal de intervención mensual con payasos hospitalarios Clown. Inducción y reintroducción al personal sobre el tema de humanización. Socialización del decálogo del buen trato (puntos 7.8.9 y 10) en el escritorio de los equipos de computo.
	3.2. Fortalecer la socialización de la política de humanización en la inducción y reintroducción del personal	Número de personas que reciben la socialización	Subgerencia de Gestión de la Calidad y Subgerencia Administrativa	Diciembre 30 de 2019	Inducción y reintroducción al personal sobre el tema de humanización	66%	Inducción sobre el tema de humanización 04 de septiembre (10 personas). Personal de facturación el 13 de junio y 01 de agosto (10 personas). Auxiliares de enfermería el 11 de julio (09 personas) TOTAL29
4. Normativo y Procedimental	4.1. Revisar, actualizar y socializar el procedimiento de PGRS de acuerdo con la normatividad vigente	Documento actualizado de acuerdo con la normatividad vigente y socializado con los líderes de proceso	Subgerencia Gestión de la Calidad	Diciembre 30 de 2019	Se revisó y actualizó el procedimiento de PGRS, pendiente aprobación.	30%	Se evidencia borrador del procedimiento de PGRS, pendiente aprobación.
	4.2. Informe mensual de PGRS	Plan de mejoramiento	Subgerencia Gestión de la Calidad	Diciembre 30 de 2019	Informe mensual de PGRS	66%	Se evidencia informe de los meses de enero a julio de 2019.
5. Relacionamiento con el Ciudadano	5.1. Realizar mediciones de percepción de los ciudadanos respecto a la calidad y accesibilidad de la oferta institucional y el servicio recibido, e informar los resultados con el fin de identificar oportunidades y acciones de mejora.	Informe de satisfacción ciudadana	Líder del SIAU y Subgerencia Gestión de la Calidad	Diciembre 30 de 2019	Informe mensual de satisfacción de los usuarios	66%	Se evidencia informe de los meses de enero a julio de 2019.
TOTAL PROMEDIO ALCANZADO POR EL COMPONENTE 4.						64%	

Diana López
 DIANA CAROLINA LÓPEZ LÓPEZ
 SUB GERENTE DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

[Firma]
 JHON JAVIER TORRES SUAZA
 ASESOR DE CONTROL INTERNO

SEGUNDO SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2019

Entidad: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.
 Vigencia: 2019
 Fecha Publicación: Septiembre 10 de 2019

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2019

Componente 5: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Responsable	Fecha Programada	Actividades Cumplidas	% Avance	Seguimiento
1. Lineamiento de transparencia activa	1.1 Actualización y publicación de toda la información obligada en la Ley de Transparencia en la Pagina Web	Información actualizada y publicada de acuerdo a la normalidad vigente	Subgerencia gestión de la Calidad y Control Interno	Permanente	Información actualizada y publicada	66%	A la fecha se ha cumplido con la actualización y carga de informes y documentos exidos por la normalidad vigente
2. Lineamiento de transparencia pasiva	2.1. Respuesta a las PQRS en los terminos de ley	Indicador de respuesta oportuna a las PQRS	Subgerencias Control Interno y Jurídico	Permanente	Seguimiento al Indicadore de respuesta de las PQRS	66%	Cumplimiento en el Indicadores de respuesta a PQRS según aplicativo DARUMA
3. Elaboración los instrumentos de gestión de la información	3.1. Realizar el diagnóstico para implementar el programa de gestión documental	Diagnóstico para implementación del programa de gestión documental	Subgerencia Administrativa	Diciembre 30 de 2019	1. Socialización del programa de gestión documental. 2. Cronograma de implementación del programa.	66%	El 22 de Julio en ocmité de gestión y desempeño se socializó a líderes de procesos y equipo directivo el programa de gestión documental (Acta SGCH-010-014-013)
4. Criterio diferencial de accesibilidad	4.1. Prestación de servición a todas las poblaciones	Atención sin barreras sin distingo de la condición	Subgerencia Científica y SIAU	Permanente	Prestación de servicios sin barreras	66%	La oficina de atención al usuario cuenta con 3 gestoras (orientadoras) quienes se encargan de dar trato preferencial a esta población y orientarlos hacia los servicios que requieran.
5. Monitoreo del acceso a la información	5.1. Monitoreo de página Web y respuestas a solicitudes de información. Demanda inducida telefónica.	Informe con número de las visitas que los ciudadanos realizan ala página web. Respuestas a solicitudes de información de manera escrita.	Subgerencia de Gestión de la calidad y comunicaciones	Permanente	1. Número de las visitas que los ciudadanos realizan a la página web. 2. Respuesta a solicitud de citas medicas vía web.	66%	1. Al 30 de abril se registraron 3.924 visitas a la pagina web y al 31 de agosto 7.083 para un total de 11.007 visitas. 2. Actualmente se responden de manera oportuna la solicitud de citas medicas generales [evidencia en correo electrónico cita.medicas@hospitaldeyumbo.gov.co]
TOTAL PROMEDIO ALCANZADO POR EL COMPONENTE 5.						66%	


 DIANA CAROLINA LÓPEZ LÓPEZ
 SUB GERENTE DE GESTIÓN DE LA CALIDAD


 IVÓN JADER TORRES PERLAZA
 ASESOR DE CONTROL INTERNO

SEGUNDO SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2019

Entidad: HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.
 Vigencia: 2019
 Fecha Publicación: Septiembre 10 de 2019

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2019								
Componente 6: Iniciativas Adicionales								
Subcomponente	Actividades		Meta o Producto	Responsable	Fecha Programada	Actividades Cumplidas	% Avance	Seguimiento
1. Código de Integridad	1.1	Socializar el Código de Integridad	Colaboradores conocedores del Código de Integridad Institucional	Gerencia y Subgerencias	Junio 30 de 2019		0%	
TOTAL PROMEDIO ALCANZADO POR EL COMPONENTE 5.							0%	

PLAN ANTICORRUPCIÓN 2019

N°	Componente	% Ejecución
1	Gestión de riesgo de corrupción	75%
2	Racionalización de trámites	62%
3	Rendición de cuentas	100%
4	Atención al ciudadano	64%
5	Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información	66%
6	Iniciativas Adicionales	0%
Total		61%


 DIANA CAROLINA LÓPEZ LÓPEZ
 SUB GERENTE DE GESTIÓN DE LA CALIDAD


 JHON LAIDER TORRES PERLAZA
 ASESOR DE CONTROL INTERNO