

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ  
PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO  
PRIMER CUATRIMESTRE 2017**

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 del Decreto 2641 de 2012, donde se deja en responsabilidad de las Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces el seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2017, a cargo de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, y en cumplimiento del Plan de Auditorias, la oficina de Control Interno realizó seguimiento a la estrategia del Plan Anticorrupción, verificando la pertinencia de cada una de las evidencias de las actividades de los componentes del mismo.

**OBJETIVO GENERAL**

Verificar el cumplimiento de las actividades planteadas en la matriz de riesgos de corrupción del plan anticorrupción y los componentes de racionalización de trámites, rendición de cuentas, atención al ciudadano y mecanismos para la transparencia y acceso a la información.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Verificar el cumplimiento del componente N°1 Matriz de riesgos de corrupción, por medio de las actividades establecidas para cada una de las áreas de la E.S.E.
- Evidenciar la publicación de los trámites y servicios establecidos en la E.S.E para los usuarios, en cumplimiento del componente N°2 Racionalización de trámites.
- Verificar las actividades establecidas para el cumplimiento del componente N°3 Rendición de Cuentas a la ciudadanía por parte de la Gerencia de la E.S.E
- Verificar el cumplimiento de las actividades establecidas para el cumplimiento del componente N°4 Atención al Ciudadano.
- Revisar el cumplimiento de las actividades del componente N° 5 del plan anticorrupción, correspondiente a los mecanismos para la transparencia y acceso a la información.

**ALCANCE:** El seguimiento se realizará verificando el cumplimiento de las actividades establecidas entre los meses de Enero y Abril del año 2017.

## Resultados del Seguimiento

### Componente N° 1 Matriz de Riesgos de Corrupción del Plan Anticorrupción

De acuerdo al seguimiento realizado a los indicadores propuestos en el mapa de riesgos de corrupción se presentó un cumplimiento del 64% de las actividades planteadas para la mitigación de los riesgos en este componente, distribuido por cada una de las áreas así:

- Para el proceso de Gerencia se dio cumplimiento a los indicadores establecidos en un 73% equivalente a 8 actividades, además se observó por parte de la auditoría que no se cumplieron las siguientes actividades:
  - No se encontró un avance significativo en la ejecución de los proyectos propuestos en el Plan de Desarrollo Institucional.
  - No se realiza capacitación del personal vinculado de la entidad en normas disciplinarias y penales que castiguen las acciones de corrupción.
  - No se encontró publicado en el sistema de información interno de la entidad el reglamento de trabajo institucional.

#### Recomendaciones:

Se recomienda que el indicador que mide la participación de la veeduría ciudadana en la institución, la cual se encuentra planteada en las áreas de Farmacia, Referencia y Contra referencia, Consulta Externa y Ayudas diagnósticas, se evalúe solo como un tema estratégico desde los procesos de Gerencia, dado que la participación de los usuarios se da desde en la Junta Directiva de la E.S.E.

Publicar en la intranet del hospital el reglamento de trabajo institucional.

- Para el proceso MECI se dio cumplimiento a los indicadores establecidos en un 88% equivalente a 7 actividades, además se observó por parte de la auditoría que no se dio cumplimiento a la siguiente actividad:
  - No se encuentra definido en el plan de trabajo de la oficina de control interno las actividades para dar cumplimiento al rol de fomento de la cultura de autocontrol.
- Para el proceso SOGC se dio cumplimiento a los indicadores establecidos del 54% equivalente a 7 actividades, se observó por parte de la auditoría que no se dio cumplimiento a la siguiente actividad:

- No se cuenta con un plan de auditorías para el área de Calidad a desarrollar en la presente vigencia.
- Se avanza parcialmente en el cumplimiento de las acciones de mejoramiento planteadas en los planes del área de calidad.
- No se cuenta con un plan de comunicaciones institucional.
- Para el proceso de Contratación se dio cumplimiento a los indicadores establecidos del 93% equivalente a 13 actividades, se observó por parte de la auditoria que no se dio cumplimiento al siguiente indicador:
  - N° de proyectos institucionales ejecutados sin contratos legalizados

#### **Recomendación:**

Se recomienda redefinir el indicador para la actividad 10 *"Socializar los procesos y procedimientos establecidos oficialmente con respecto al tema de contratación"* ya que este no ayuda a la mitigación del riesgo de corrupción, pues las descripciones del numerador y denominador no apunta a disminuir el riesgo.

- Para el proceso de SIAU se dio cumplimiento a los indicadores establecidos del 88% equivalente a 7 actividades, se observó por parte de la auditoria que no se dio cumplimiento a la siguiente actividad:
  - No se encuentra publicado en el sistema de información interno de la E.S.E, los informes de satisfacción de los usuarios por mes.
- Para el proceso de Farmacia se dio cumplimiento de los indicadores establecidos del 50% equivalente a 5 actividades, no se pudo evidenciar por parte de la auditoria el cumplimiento a la siguiente actividad:
  - Realización del seguimiento al vencimiento de los medicamentos con los que cuenta en el servicio farmacéutico.
  - Actualización de la normatividad que establece la fijación de las tarifas de medicamentos.

### Recomendación:

Se recomienda modificar el indicador que mide el cumplimiento de la actividad número 10 "*Explicación de usos, contraindicaciones de medicamentos al paciente*" dado que el personal del área de farmacia no realiza explicación a los pacientes sobre el suministro de los medicamentos, ya que estos son entregados al personal asistencial como auxiliares de enfermería quienes son las encargadas de suministrarlos a los pacientes con la orden del médico tratante.

- Para el proceso de referencia y contra referencia se dio cumplimiento de los indicadores establecidos del 33% equivalente a 3 actividades, no se pudo evidenciar por parte de la auditoría el cumplimiento a las siguientes actividades:
  - Realización de auditorías periódicas a las Bitácoras de referencia y contra referencia.
  - Actualización del subproceso de referencia y contra referencia, en especial las actividades de traslado primario y remisiones inmediatas.
  - Supervisión de la utilización de los medios de comunicación del centro regulador mediante planillas de control de llamadas.
  - Implementación, ejecución y socialización del Manual, guía, reglamento o protocolo sobre el uso de la ambulancia.

### Recomendaciones:

Se recomienda redefinir el indicador número 2 "*Realizar auditorías periódicas a las referencias y contra referencias realizadas por la ESE*" ya que el servicio de referencia y contra referencia no elabora historias clínicas, estas llegan desde los servicios de urgencias u hospitalización con el paciente a remitir.

- Para el proceso de Urgencias se dio cumplimiento de los indicadores establecidos del 56% equivalente a 5 actividades, no se pudo evidenciar por parte de la auditoría el cumplimiento a las siguientes actividades:
  - Realizar Auditoría a los procedimientos descritos en la Historia Clínica.
  - Verificar los Controles de auditoría en la Historia Clínica de triage.
  - Llevar un control de las autorizaciones de claves de acceso a las Historias Clínicas, con el fin de conservar la privacidad del usuario.
  - Controlar el stock de medicamentos del servicio de urgencias, con el fin de verificar la aplicación efectiva y la devolución de medicamentos que no se suministraron al paciente.

- Para el área de Hospitalización se dio cumplimiento de los indicadores establecidos del 50% equivalente a 3 actividades, no se pudo evidenciar por parte de la auditoría el cumplimiento de las siguientes actividades:
  - Control de inventarios con periodicidad según hallazgos en auditoría.
  - Auditorías concurrentes de verificación de aplicación de medicamentos con preguntas a los pacientes y arqueo de medicamentos en el cajetín del paciente auditado y pendientes por aplicar en el sistema.

#### **Recomendaciones:**

Se recomienda replantear el indicador para medir la actividad número 3 "*Promover en todo el personal la notificación de conductas indebidas del personal que labora*", ya que el numerador y denominador que fueron planteados no apuntan a eliminar la causa raíz del problema.

- Para el proceso de Consulta Externa se dio cumplimiento de los indicadores establecidos del 57% equivalente a 4 actividades, no se pudo evidenciar por parte de la auditoría el cumplimiento a las siguientes actividades:
  - Historias Clínicas con las seguridades exigidas para su implementación, no posibilidad de agregar o quitar datos una vez cerrada la HCL.
  - Obligatoriedad de hacer reportes de patologías de obligatoria información diaria, semanal y mensualmente eventos, o sucesos ocurridos en los pacientes o iatrogenias entre otros.

#### **Recomendación:**

Se recomienda modificar el indicador número 7 "*Uso exclusivo de la ambulancia para el transporte de pacientes institucionales y /o para transporte de pacientes urgentes intrahospitalarias o de SOAT*" dado que el área de medicina interna no utiliza la ambulancia de la institución ya que los usuarios que son atendidos asisten al servicio con cita previa.

- Para el proceso de Ayudas Diagnósticas se dio cumplimiento de los indicadores establecidos del 86% equivalente a 6 actividades, no se pudo evidenciar por parte de la auditoría el cumplimiento a la siguiente actividad:

- Verificar el seguimiento de los controles establecidos en el subproceso sobre la calidad del dato en la entrega de resultados de las ayudas diagnósticas.
- Para el proceso de Cirugía se dio cumplimiento de los indicadores establecidos del 60% equivalente a 3 actividades, no se pudo evidenciar por parte de la auditoría el cumplimiento a la siguiente actividad:
  - Controlar los parámetros de seguridad exigidas para el manejo de la Historia Clínica.
  - Reportar todas las patologías de obligatorio cumplimiento según la normatividad, que se presenten en el servicio.
- Para el proceso de Gestión Financiera se dio cumplimiento de los indicadores establecidos del 70% equivalente a 7 actividades, no se pudo evidenciar por parte de la auditoría el cumplimiento a las siguientes actividades:
  - Realizar capacitación al personal del área sobre los registros financieros que se deben llevar en la entidad.
  - Verificar la adecuada ejecución de los contratos que se celebren en la institución, por medio de la interventoría de los mismos.
  - Realizar los controles al software de facturación cada que se requiera de acuerdo a su funcionamiento.
- Para el proceso de Talento Humano se dio cumplimiento de los indicadores establecidos del 56% equivalente a 5 actividades, no se pudo evidenciar por parte de la auditoría el cumplimiento a las siguientes actividades:
  - Prevenir actuaciones donde se emitan órdenes verbales o escritas, amenazas o designación de tareas a los funcionarios por superiores o compañeros, que generen un uso indebido de la autoridad con el objetivo de recibir beneficios personales y/o de perjudicar al otro.
  - Realizar la verificación del 100% de los títulos académicos del personal vinculado de la institución.
  - Asesorarse sobre los requisitos para realizar un encargo a servidores públicos según la normatividad vigente.
  - Actualizar todas las historias laborales del personal vinculado de la institución.
- Para el proceso Gestión tecnológica y Sistemas de Información se dio cumplimiento de los indicadores establecidos del 23% equivalente a 3 actividades, no se pudo evidenciar por parte de la auditoría el cumplimiento a las siguientes actividades:

- Contar con una Política de seguridad en sistema de información.
- Realizar un control a los equipos que resultan averiados producto de la manipulación de terceros.
- Para el proceso de Apoyo logístico e Infraestructura se dio cumplimiento de los indicadores establecidos del 71% equivalente a 5 actividades, no se evidencia por parte de la auditoria el cumplimiento a las siguientes actividades:
  - No se cuenta con un inventario de los activos fijos actualizado.
  - No se presenta por parte de todas las agremiaciones y personal vinculado el paz y salvo de bienes al momento de su retiro de la institución.
- Para el proceso de Jurídica se dio cumplimiento de los indicadores establecidos del 70% equivalente a 7 actividades, no se evidencia por parte de la auditoria el cumplimiento a las siguientes actividades:
  - Generar mesas de trabajo en la que se sustenten los conceptos que son solicitados al área jurídica, al igual que llevar registros de los mismos.

### Cuadro resumen del resultado del seguimiento del mapa de riesgo de corrupción con corte a 31 de Abril del año 2017.

CUADRO CONSOLIDADO DE SEGUIMIENTO %				
Nº	ÁREA	Nº ACTIVIDADES PROPUESTAS	Nº ACTIVIDADES CUMPLIDAS	CUMPLIMIENTO 1ER SEGUIMIENTO A 30 ABRIL
1	GERENCIA	11	8	73%
2	PLANEACIÓN	2	2	100%
3	MECI	8	7	88%
4	SOGC	13	7	54%
5	CONTRATACIÓN	14	13	93%
6	SIAU	8	7	88%
7	FARMACIA	10	5	50%
8	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	9	3	33%
9	URGENCIAS	9	5	56%
10	HOSPITALIZACIÓN	6	3	50%
11	CONSULTA EXTERNA	7	4	57%
12	AYUDAS DIAGNOSTICAS	7	6	86%
13	CIRUGIA	5	3	60%
14	GESTIÓN FINANCIERA	10	7	70%
15	TALENTO HUMANO	9	5	56%
16	GESTIÓN TECNOLÓGICA Y SI	12	3	25%
17	APOYO LOGISTICO E INFRAESTRUCTURA	7	5	71%
18	JURIDICA	10	7	70%
<b>TOTAL ACTIVIDADES</b>		<b>157</b>	<b>100</b>	<b>64%</b>

Fuente: Sistema de Información DINAMICA GERENCIAL; Información suministrada de las áreas auditadas.  
Elaboró: Equipo de Auditoria.

## Resultados del Seguimiento Componente N° 2 Racionalización de Trámites

Para el componente de racionalización de trámites se encontró que se encuentran matriculados en el Sistema Único de Información de Trámites SUIT, diez (10) trámites y servicios para la entidad, los cuales son:

- Terapia
- Certificado de defunción
- Radiología e imágenes diagnosticas
- Atención inicial de urgencias
- Certificado de nacido vivo
- Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos
- Certificado de paz y salvo
- Examen de laboratorio clínico
- Asignación de cita para la prestación de servicios de salud
- Historia clínica

Estos trámites se encuentran en la página web institucional en el acceso "Trámites y Servicios", y cuentan con un link de acceso que direcciona a los usuarios a la plataforma SUIT.

**Observación:** Dentro de las encuestas realizadas por el área de atención al usuario para medir la satisfacción del usuario no se utilizan las observaciones o recomendaciones dadas por estos para evaluar la posibilidad de crear dentro de la institución nuevos trámites y servicios.

### Recomendación:

De la información suministrada por los usuarios realizar un diagnóstico que permita identificar las necesidades de la creación de nuevos trámites y servicios.

## Resultado del Seguimiento Componente N° 3 Rendición de Cuentas

Para el presente seguimiento del Plan Anticorrupción, no se realizó la evaluación de este componente, ya que la rendición de la cuenta por parte del Gerente para la vigencia 2017, se encuentra planeada para el 9 de Junio de 2017, según información suministrada. Por lo cual este componente será evaluado en el segundo seguimiento del Plan Anticorrupción.

## Resultado del Seguimiento Componente N° 4. Atención al Ciudadano

### ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ COMPONENTE 4: ATENCIÓN AL CIUDADANO



SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	AVANCES 30 ABRIL 2017	OBSERVACIONES
<b>Subcomponente 1</b> Estructura administrativa y direccionamiento estratégico	1.1. Formular planes de acción y asignación de recursos	Políticas, estrategias y herramientas de atención al ciudadano	Se cuenta con una política de atención al usuario la cual se adopta en la resolución 057 de 2014 la cual adopta las políticas institucionales .	
	1.2. Establecer mecanismos de comunicación directa entre las áreas de servicio al ciudadano y la Alta Dirección	Proyectos para mejorar la atención al ciudadano viabilizados	Se realizó un correo electrónico para el Gerente donde se da respuesta a las inquietudes de los usuarios al igual que visitas y reuniones personalizadas.	
<b>Subcomponente 2</b> Fortalecimiento de los canales de atención	2.1. Fortalecer acciones para los principales canales (presenciales, telefónicos y virtuales) en materia de accesibilidad, gestión y tiempos de atención	Página WEB de la ESE en funcionamiento con la información requerida y actualizada para los ciudadanos	Se realiza la revisión de correo electrónico institucional, se reciben y realizan llamadas a los usuarios, se cuenta con página web institucional, se cuenta con redes sociales en las cuales se publica información de interés para la comunidad, se cuenta con sala lúdica para los niños, préstamo de libros o privacidad de los pacientes cuando se requiere.	
	2.2. Ajustar los espacios físicos de atención y servicio al ciudadano para garantizar su accesibilidad.	Espacios accesibles y con personal capacitado en las diferentes sedes de la Institución	Se cuenta con sala de espera para los usuarios y se realizó señalización de las rampas de acceso para usuarios con movilidad reducida.	
	2.3. Implementar instrumentos y herramientas para garantizar la accesibilidad a las páginas web de las entidades	Indicadores del área permanentes para la toma oportuna de decisiones	Se puede acceder a la pagina web institucional desde los dispositivos electrónicos.	
	2.4. Implementar nuevos canales de atención de acuerdo con las características y necesidades de los ciudadanos para garantizar cobertura		Se cuenta con canales de comunicación como las redes sociales y aula lúdica.	
	2.5. Establecer indicadores que permitan medir el desempeño de los canales de atención y consolidar estadísticas sobre tiempos de espera, tiempos de atención y cantidad de ciudadanos atendidos		Se crearon planillas de registro sobre atención a los usuarios en la oficina de atención al usuario, la cual se envió a la SUPERSALUD, como evidencia de plan de mejoramiento establecido por este ente de control.	
<b>Subcomponente 3</b> Talento humano	3.1. Capacitar el talento humano en competencias en materia de sensibilización, cualificación, vocación de servicio y gestión.	Talento Humano competente en atención al Ciudadano	Se cuenta con registro en las planillas de asistencia a las capacitaciones.	
	3.2. Fortalecer la cultura de servicio al interior de la E.S.E.	Permanencia de los servidores públicos y contratistas que sean bien evaluados en las competencias de atención al ciudadano	Se realizan rondas que cuentan con la compañía del asesor de calidad y coordinadora de atención al usuario. Estas rondas no son registradas en un documento oficial.	
	3.3. Evaluar el desempeño de los servidores públicos en relación con su comportamiento y actitud en la interacción con los ciudadanos.	Servidores públicos incentivados y dispuestos a estar en contacto y en servicio de los ciudadanos que acuden a la institución	No se encontró avance para esta actividad	Capacitar y evaluar el desempeño del personal con respecto a su comportamiento y trato a los usuarios de la institución, el cual permita una mejor interacción y satisfacción del usuario.

## ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ COMPONENTE 4: ATENCIÓN AL CIUDADANO



SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	AVANCES 30 ABRIL 2017	OBSERVACIONES
<b>Subcomponente 4</b> Normativo y procedimental	4.1. Incorporar en el reglamento interno de mecanismos para dar prioridad a las peticiones presentadas por menores de edad y aquellas relacionadas con el reconocimiento de un derecho fundamental	Acciones que aseguran el cumplimiento normativo, en temas de tratamiento de datos personales, acceso a la información, Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD), y trámites.	No se encontró avance para esta actividad	Incorporar en los procesos de la institución el reglamento interno de mecanismos para dar prioridad a las peticiones presentadas por menores de edad y aquellas relacionadas con el reconocimiento de un derecho fundamental
	4.2. Optimizar los procesos internos para la gestión de las peticiones, quejas y reclamos.		Se cuenta con un funcionario encargado de gestionar las PQRSF que llegan al área de atención al usuario o a la entidad.	
	4.3. Cualificar el personal encargado de recibir las peticiones.			
	4.4. Construir e implementar una política de protección de datos personales.		No se encontró avance para esta actividad	Construir y adoptar la política de protección de datos personales en la entidad.
	4.5. Definir e implementar elementos de apoyo para la interacción con los ciudadanos, como los formatos para recepción de peticiones interpuestas de manera verbal.		Se cuenta con buzones de sugerencias ubicados en los servicios del Hospital con formatos para su diligenciamiento por parte del usuario.	
<b>Subcomponente 5</b> Relacionamiento con el ciudadano	5.1. Conocer las características y necesidades de su población objetivo, así como sus expectativas, intereses y percepción respecto al servicio recibido	Contacto permanente y real con la satisfacción de las necesidades del usuario	Se realiza por parte de las practicantes de trabajo social encuestas que describen la población que consulta en la entidad.	
	5.2. Identificar oportunidades y acciones de mejora, permanentemente		Se cuentan con planes de mejoramiento institucionales y los suministrados por los entes de control externos que vigilan la entidad.	

## Resultados del Seguimiento Componente N° 5. Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información

### ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ

#### COMPONENTE 5: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

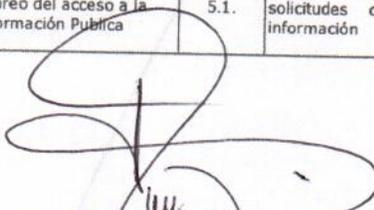


SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	AVANCES 30 ABRIL 2017	OBSERVACIONES
<b>Subcomponente 1</b> Lineamientos de Transparencia Activa	1.1. Publicación y actualización del organigrama y mapa de procesos en la pestaña Nuestro Hospital de la página web institucional.	Información publicada y divulgada a través de los medios de comunicación institucionales	Se encuentra publicado en la página web institucional el organigrama y mapa de procesos de la entidad.	
	1.2. Publicación y actualización de los Procedimientos, el portafolio de servicios y el funcionamiento institucional en las pestañas: Nuestro Hospital-Plan de Desarrollo y la pestaña trámites y servicios de la página web		Se cuenta con la publicación en la página web institucional del portafolio de servicios, al igual que los trámites que se encuentran establecidos en la entidad y matriculados en la plataforma SUIT.	
	1.3. Publicación y actualización de datos abiertos de la ESE., en la pestaña Gestión institucional de la página web		No se encontró avance de la actividad	Publicar en la página web institucional en la pestaña Gestión institucional los datos abiertos de la E.S.E
	1.4. Publicación y actualización de la contratación pública institucional en las páginas de SECOP y Gestión Transparente de la contraloría general de Antioquia.		Se publica en la plataforma SECOP y Gestión Transparente la contratación pública de la institución.	
	1.5. La publicación y divulgación de información correspondiente a Gobierno		Se cuenta con la publicación del Plan de Desarrollo, Plan de Gestión y Plan Operativo Anual en la pagina web institucional.	
<b>Subcomponente 2</b> Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1. Revisión de los estándares del contenido y oportunidad de las respuestas a las solicitudes de acceso a información pública	Gestión de las solicitudes de información siguiendo los lineamientos del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano	Se realiza por parte de atención al usuario la gestión para dar respuesta a las PQRS-F que ingresan a la institución. La oportunidad en la respuesta de estas peticiones se encuentra en el 52%	Dar oportuna respuesta a las PQRS-F que ingresan a la institución de acuerdo a los tiempos establecidos por norma.
	2.2. Cumplimiento con la normatividad de gobierno en línea		Se viene implementando en la entidad la estrategia de Gobierno en Línea, la cual presenta un avance del 65%.	Seguir avanzando en la implementación de la estrategia de acuerdo a la normatividad vigente.
	2.3. Cumplimiento con la normatividad del SUIT		Se encuentran publicados en la página web del SUIT los tramites y servicios establecidos en la institución, al igual que su acceso a la plataforma SUIT.	
	2.4. Entrega de respuestas escritas a los ciudadanos que solicite el acceso a la información institucional en los términos estipulados por la ley		En la entidad se reciben las PQRS-F por medio de los buzones de sugerencias o peticiones radicadas y entregadas en la institución la cual se distribuye por medio del sistema de información a los funcionarios responsables para dar respuesta.	Responder en los tiempos establecidos por la normatividad vigente los derechos de petición que lleguen a la entidad de acuerdo a la solicitud de información que tienen derechos a conocer los usuarios.

**ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ**  
**COMPONENTE 5: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN**



<b>Subcomponente 3</b> Elaboración de los instrumentos de Gestión de la Información	3.1.	Elaboración del registro o inventarios de activos de información	Instrumentos de gestión de información con los lineamientos del Programa de Gestión Documental	No se encontró avance de la actividad	Elaborar el inventario de activos de la información de conformidad con el artículo 11, literal j) de la Ley 1712 de 2014 y los artículos 37 y 38 del Decreto 103 de 2015
	3.2.	Elaboración del esquema de publicación de la información		No se encontró avance de la actividad	Elaborar el esquema de publicación de la información
	3.3.	Elaboración del Índice de información clasificada y reservada			Construir el índice de información clasificada y reservada para la institución de acuerdo a lo establecido en la Ley 1712 de 2014
<b>Subcomponente 4</b> Criterio diferencial de Accesibilidad	4.1.	Divulgar la información en formatos alternativos comprensibles. Es decir, que la forma, tamaño o modo en la que se presenta la información pública, permita su visualización o consulta para los grupos étnicos y culturales de la zona de influencia, y para las personas en situación de discapacidad	Facilitar a poblaciones específicas el acceso a la información que las afecte	No se encontró avance de la actividad	Implementar medio de comunicación que permitan su visualización o consulta para los grupos étnicos y culturales de la zona de influencia, y para las personas en situación de discapacidad
	4.2.	Adecuar los medios electrónicos para permitir la accesibilidad a población en situación de discapacidad.		No se encontró avance de la actividad	Adecuar los medios de comunicación con los que cuenta la institución, para que sean accesibles a la población en situación de discapacidad.
	4.3.	Implementar los lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad.		Se cuenta en la entidad con acceso a rampas para las personas con movilidad reducida, al igual que el funcionamiento de ascensores al interior de la institución	
	4.4.	Identificar acciones para responder a solicitud de las autoridades de las comunidades, divulgando la información pública en diversos idiomas y lenguas de los grupos étnicos y culturales del país, que sean aplicables a la población objeto de la atención en la E.S.E. y sus sedes.		La E.S.E en su pagina web institucional cuenta con un link de segundo idioma el cual suministra información como la visión, la misión y el portafolio de servicios en inglés.	
<b>Subcomponente 5</b> Monitoreo del acceso a la información Pública	5.1.	Elaboración de informes de solicitudes de acceso a información	Perfeccionar y ampliar los mecanismos de monitoreo para el acceso a la información pública	No se encontró avance de la actividad	Seguir desarrollando dentro de la estrategia de gobierno en línea el componente de acceso a la información institucional.

  
JOVANY PINZÓN PINZÓN  
Asesor de Control Interno  
ESE Hospital Marco Fidel Suarez

Natalia Morales

Elaboró: Natalia Morales Galvis  
Apoyo Control Interno  
Fecha: Mayo 2017