

## E.S.E HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO SEGUNDO 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 el seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 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 mayo y Agosto del año 2017.

## Resultados del Seguimiento

### Componente N°1 Matriz de Riesgos de Corrupción.

Se realizó seguimiento a los 56 indicadores que no fueron cumplidos en la verificación realizada en el primer cuatrimestre del año, de los cuales se desarrollaron 20, equivalentes a un 36% de cumplimiento.

CUADRO CONSOLIDADO DE SEGUIMIENTO				
N°	ÁREA	N° ACTIVIDADES PROPUESTAS	N° ACTIVIDADES CUMPLIDAS	CUMPLIMIENTO 2DO SEGUIMIENTO A 31 AGOSTO
1	GERENCIA	3	1	33%
2	PLANEACIÓN	0	0	-
3	CONTROL INTERNO	1	1	100%
4	CALIDAD	5	0	0%
5	CONTRATACIÓN	1	1	100%
6	SIAU	1	1	100%
7	FARMACIA	5	1	20%
8	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	6	2	33%
9	URGENCIAS	4	1	25%
10	HOSPITALIZACIÓN	3	0	0%
11	CONSULTA EXTERNA	3	1	33%
12	AYUDAS DIAGNOSTICAS	1	1	100%
13	CIRUGIA	2	0	0%
14	GESTIÓN FINANCIERA	3	2	67%
15	TALENTO HUMANO	4	3	75%
16	GESTIÓN TECNOLÓGICA Y SISTEMAS INF	9	2	22%
17	APOYO LOGISTICO E INFRAESTRUCTURA	2	1	50%
18	JURIDICA	3	2	67%
	<b>TOTAL ACTIVIDADES</b>	<b>56</b>	<b>20</b>	<b>36%</b>

Elaboró: Oficina de Control Interno.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos por cada una de las áreas:

- Para el área de Gerencia se realizó seguimiento a 3 indicadores de los cuales se cumplió 1, éste equivale al 33%, quedando pendiente por cumplir los siguientes indicadores:
  - **Publicación reglamento de trabajo:** N° de publicaciones realizadas del reglamento de trabajo en los diferentes medios existentes de la institución/ No de medios existentes para la socialización de la información institucional.
  - **Capacitar a los funcionarios en las normas disciplinaria y penalmente:** No funcionarios capacitados en normas vigentes

disciplinarias y penalmente/ No total de personal de planta y/o tercerizado a capacitar en normas disciplinarias y penales.

#### Recomendaciones:

Se propone la actualización del reglamento interno de trabajo ya que el encontrado es vigencia 2008, así mismo se realizó revisión en los medios de comunicación existentes en la institución (intranet, Página institucional, cartelera, Facebook, Instagram) sin encontrar cumplimiento de la actividad; por tal motivo, se recomienda que el líder de Gestión Humana gestione la publicación y socialización del reglamento de trabajo.

Se avanza parcialmente en la realización de capacitaciones al personal de la entidad en normas disciplinarias y penales que castiguen las acciones de corrupción, el avance para este seguimiento fue del 28%. (125 funcionarios capacitados)

- Para el área de Control interno se realizó seguimiento a 1 indicador, al cual se le dio cumplimiento con el diseño de una plantilla para la planilla de caja con el propósito de fomentar control con los recibos de caja en los puestos de facturación de la E.S.E; se realizó la socialización de la resolución 0839 de 2017 por la cual se reforma la resolución 1995 de 1999 para el manejo de las historias clínicas, además se logró llevar a comité de historias clínicas un total de 1350 expedientes para su depuración; propuesta de cuadro de control para los procesos judiciales que lleva la entidad del cual se realizó entrega al área jurídica de la E.S.E;
- Para el área de Calidad se realizó seguimiento a 5 indicadores, de los cuales no se obtuvo cumplimiento, quedando pendiente por cumplir los siguientes indicadores:
  - **Realización de informes con análisis producto de las evaluaciones y seguimiento realizados a los procesos y procedimientos institucionales:** No de informes de evaluación y seguimiento realizados a los procesos y procedimientos aplicados en la institución/ No de procesos y procedimientos evaluados por el área de calidad.
  - **Solicitar informes de seguimiento a los planes de mejoramiento establecidos con anterioridad:** No de seguimientos realizados a los planes de mejoramiento del área/ No de planes de mejoramiento existentes en el área.

- **Realizar auditorías al cumplimiento de la política de seguridad de la información:** N° de incumplimientos a las políticas del manejo de la información detectadas mediante auditorías/ N° total de auditorías realizadas a las políticas de información.
- **Socializar e implementar el plan de comunicación Institucional:** N° de personas a quienes se socializó el plan de comunicaciones institucional/ N° total de funcionarios que laboran en la E.S.E.
- **Reporte o diligenciamiento de la información:** N° de planes de mejora cumplidos/ N° de planes de mejora planteados por la institución.

#### Recomendaciones:

1. Se recomienda para la actividad número 4, redefinir el indicador de cumplimiento así: **"N° de seguimientos realizados a los planes de mejoramiento del área/ N° de seguimientos planeados en la vigencia"**.
2. Para la actividad número 13, se sugiere trasladar el indicador al área de control interno, ya que ésta es la encargada de realizar el seguimiento de los planes de mejoramiento de la institución. Además, se recomienda replantear el indicador así: **"N° de acciones de mejoramiento cumplidos en el periodo/ N° de acciones de mejoramiento que deben estar cumplidos en el periodo"**.

- Para el proceso de Contratación se realizó seguimiento a 1 indicador, dándose cumplimiento del mismo, con la legalización de la contratación en el periodo evaluado.

#### Recomendaciones:

Se recomienda redefinir el indicador para la actividad 10 así: **"N° de contratos legalizados en el periodo/ N° de contratos realizados en el periodo."**

- Para el área de SIAU se realizó seguimiento a 1 indicador, dándose cumplimiento del mismo con la publicación en la intranet institucional de los dos informes de seguimiento realizados al SIAU por parte de la oficina de Control Interno de la E.S.E.

- Para el área de Farmacia se realizó seguimiento a 5 indicadores de los cuales se cumplió 1, éste equivale al 20%, quedando pendiente por cumplir los siguientes indicadores:
  - **Listado básico institucional de la marca de primera, segunda y tercera alternativa:** N° de elementos adquiridos sin soporte técnico científico/ N° Total de elementos adquiridos en el periodo.
  - **Revisar continuamente la normoteca u otros mecanismos que garanticen actualización al día normatividad:** N° de medicamentos con tarifas fijadas en la ESE por fuera de las políticas estatales y reguladas por ley/ N° total de medicamentos con tarifas fijadas en la ESE durante el periodo.
  - **Anotaciones en historia clínica de medicación formulada a despachar en farmacia que permita auditorias en caliente:** N° de fórmulas detectadas o reportadas entregadas erróneamente a los usuarios/ N° total de fórmulas entregadas o despachadas en el periodo.
  - **Explicación de usos, contraindicaciones de medicamentos al paciente:** N° de pacientes a los que no se les informa o explica la aplicación o suministro de un medicamento en los servicios de la ESE/ N° total de pacientes a los que se les aplica o suministra medicamentos en los servicios de la ESE.

#### Recomendación:

1. Se propone por parte del área responsable redefinir el indicador número 3, ya que en este momento no es posible tener en la institución un listado de marcas de medicamentos de primera, segunda y tercera alternativa, debido a que se presentan inconvenientes con los proveedores por escasos de presupuesto para adquirirlos o por falta de disponibilidad del producto.
2. Se propone eliminar la actividad número 4, ya que actualmente no se cuenta con contrato de la herramienta Normoteca y el indicador no se relaciona con la actividad planteada.
3. Se recomienda para la actividad número 5 por parte de la líder de farmacia crear un formato para obtener más información y claridad de los productos devueltos al proveedor por inconsistencias técnicas y administrativas.

4. Se propone retirar la actividad número 10, dado que desde el área de farmacia no se realizan recomendaciones directamente a los pacientes, ya que el personal asistencial es el encargado de realizar dichas recomendaciones de acuerdo con el diagnóstico suministrado por el médico.

- Para el área de Referencia y Contra referencia se realizó seguimiento a 6 indicadores de los cuales se cumplió con 2, esto equivale al 33%, quedando pendiente por cumplir los siguientes indicadores:
  - **Realizar auditorías periódicas a las referencias y contra referencias realizadas por la ESE:** N° de historias clínicas electrónicas detectadas con información no fidedigna/ N° Total de historias clínicas electrónicas realizadas.
  - **Realizar auditorías periódicas a las Bitácoras de referencia y contra referencia:** N° de anotaciones en el sistema de remisiones entregadas sin cumplimiento de requisitos/ N° total de remisiones entregadas desde referencia y contra referencia.
  - **Proceso y procedimiento de recepción de pacientes de la ESE:** N° de usuarios remitidos en traslados primarios inmediatos, remisiones inmediatas o muertes antes de las 24 horas de pacientes recibidos de niveles superiores/ N° Total de pacientes admitidos en la ESE para Hospitalización o Cirugía.
  - **Supervisar la utilización de los medios de comunicación del centro regulador mediante planillas de control de llamadas:** N° de hallazgos o de reportes de uso indebido de los medios de comunicación del centro regulador en auditorías realizadas a las planillas de llamada/ N° total de llamadas reportadas en las planillas de control de llamadas en el centro regulador.

#### Recomendaciones:

1. Se recomienda redefinir la actividad número 2, 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.
2. Se propone desde el área redefinir el indicador, ya que al revisar el número de anotaciones por cada una de las remisiones varía por usuario entre 1 y 15

anotaciones, lo cual no genera oportunidad en la entrega del dato. Por lo anterior se propone el siguiente indicador: **"N° de bitácoras solicitadas por usuario/ N° total de bitácoras realizadas en el mes"**.

3. Se recomienda por parte del área redefinir la actividad número 6, ya que la misma no es clara y no permite ser medida dicha actividad, por lo anterior se propone el siguiente indicador: **"N° de usuarios autorizados por el centro regulador que deben salir en traslado primario inmediato o presenten muerte antes de las 24 horas/ N° total de pacientes autorizados por el centro regulador en la E.S.E para Hospitalización o Cirugía"**.
4. Se recomienda por parte del área replantear la actividad número 8, ya que es difícil llevar un control de la cantidad de llamadas telefónicas salientes en el centro regulador.

- Para el área de Urgencias se realizó seguimiento a 4 indicadores de los cuales se cumplió con 1, esto equivale al 25%, quedando pendiente por cumplir los siguientes indicadores:
  - **Auditoría de procedimientos en HC:** N° de Hallazgos anómalos en auditorías de HC de pacientes no anotados en los registros/ N° total de HC auditadas de pacientes del servicio de urgencias.
  - **Controles de auditoría en HC de triage:** N° de pacientes mal Clasificados en el Triage/ N° total de pacientes que asisten al servicio de urgencias (triage).
  - **Auditorías a devoluciones internas de medicamentos:** N° de productos efectivamente aplicados a los pacientes por enfermería en el periodo según Kardex/ N° total de productos del stock de urgencias recibidos en el periodo -productos reales en el inventario de urgencias en el periodo.

#### Recomendaciones:

1. Para las actividades número 1 y 2, se recomienda que estos indicadores sean replanteados en el área de calidad, ya que desde esta área se viene realizando la revisión y auditoría de las historias clínicas de la entidad.
2. Para la actividad número 7, se propone desde las áreas de urgencias y farmacia redefinir el responsable para la realización de las auditorías a devoluciones

internas de medicamentos. Además, es necesario modificar el indicador propuesto por ser ambiguo y complejo para la medición.

- Para el área de Hospitalización se realizó seguimiento a 3 indicadores a los cuales no se les dio cumplimiento:
  - **Control de inventarios con periodicidad según hallazgos en auditoria:** N° de faltantes de medicamentos detectados en el inventario sin justificación/ N° total de medicamentos existentes en inventario control de la ESE.
  - **Promover la notificación de conductas indebidas del personal que labora:** N° de atenciones realizadas no facturadas en el servicio de hospitalización a personas no usuarias del servicio detectadas por auditoria/ N° total de atenciones realizadas y facturadas en el servicio de hospitalización.
  - **Auditorias concurrentes de verificación de aplicación de medicamentos:** N° de productos efectivamente aplicados a los pacientes por enfermería en hospitalización según Kardex/ N° total de productos del stock de Hospitalización recibidos en el período -productos reales en el inventario del cajetín de los pacientes en Hospitalización en el periodo.

#### Recomendaciones:

1. Se recomienda redefinir el responsable y el indicador para la actividad número 2, ya que no es claro a que inventario de medicamentos se refiere.
2. Se recomienda replantear el indicador para la actividad número 3, ya que no es clara la información contenida en él, además no se encuentra relación entre la actividad y el indicador.
3. Para la actividad número 5 se recomienda que el indicador sea medido desde las auditorias concurrentes realizadas por los auditores responsables.

- Para el área de Consulta Externa se realizó seguimiento a 3 indicadores de los cuales se cumplió con 1, esto equivale al 33%, quedando pendiente por cumplir los siguientes indicadores:



- **Realizar reporte de patologías de obligatoria información o sucesos ocurridos en los pacientes o iatrogenias entre otros:** N° de errores presentados en los datos estadísticos correspondientes al área/ N° Total de datos estadísticos realizados en el área.
- **Uso exclusivo de la ambulancia para el transporte de pacientes institucionales:** N° de registros de uso en el transporte de personas o insumos no autorizados en la ambulancia/ N° Total de registro de uso de la ambulancia.

#### Recomendación:

1. Se propone por parte de los responsables de la actividad número 4, redefinir el indicador así: **"N° de variables analizadas con errores de calidad del dato/ N° total de variables realizadas"**.
  2. Se propone que la actividad número 7, sea retirada del área de consulta externa ya que desde esta área no se realizan traslados en la ambulancia, además en el área de referencia y contra referencia se realiza la medición de esta actividad.
- Para el área de Ayudas Diagnósticas se realizó seguimiento a 1 indicador, dándose cumplimiento del mismo con la presentación del informe de producción con corte a 31 de agosto de 2017.
  - Para el área de Cirugía se realizó seguimiento a 2 indicadores a los cuales no se les dio cumplimiento, quedando pendiente por cumplir los siguientes indicadores:
    - **HC con las seguridades exigidas para su implementación:** N° de historias clínicas en las cuales se omite o agrega información con violación a los controles del software/ N° Total de historias clínicas realizadas en la institución en el periodo.
    - **Realizar reporte de patologías de obligatoria información o sucesos ocurridos en los pacientes o iatrogenias entre otros:** N° de errores presentados en los datos estadísticos correspondientes al área/ N° Total de datos estadísticos realizados en el área en el periodo.

#### Recomendaciones:

1. Se propone por parte de los responsables de la actividad número 3, redefinir el indicador así: **"N° de variables analizadas con errores de calidad del dato/ N° total de variables realizadas"**.
2. Se propone redefinir las actividades del área que permitan evaluar o medir la probabilidad y el impacto de los riesgos inherentes al subproceso, por ejemplo: el cumplimiento de los cuadros de turno, utilización de materiales, registros de la Historia Clínica, entre otras.

- Para el área de Gestión Financiera se realizó seguimiento a 3 de los cuales se cumplió con 2, esto equivale al 67%, quedando pendiente por cumplir los siguientes indicadores:
  - **Capacitaciones con el personal del área con los registros y la manera de diligenciarlos:** N° De inconsistencias reflejadas en los registros financieros/ N° Total de registros financieros de la ESE.

#### Recomendaciones:

Para la actividad número 10, a pesar de que se cumplió con el indicador propuesto, se recomienda por parte del responsable replantear el mismo dado que no se realizan programaciones previas a los controles realizados al software, por lo cual no se obtendría información confiable acerca de este control.

- Para el área de Talento Humano se realizó seguimiento a 4 de los cuales se cumplió con 3, esto equivale al 75%, quedando pendiente por cumplir los siguientes indicadores:
  - **Hacer verificación al 100% de los títulos académicos:** N° De personas vinculadas con títulos académicos falsos o alterados presentados al momento de su contratación/ N° Total de personas vinculada con títulos académicos acreditados por las instituciones educativas legalmente constituidas.

### Recomendaciones:

Se recomienda verificar la validez de todos los títulos académicos del personal vinculado a la institución.

- Para el área de Gestión tecnológica y Sistemas de Información se realizó seguimiento a 9 de los cuales se cumplió con 2, esto equivale al 22%, quedando pendiente por cumplir los siguientes indicadores:
  - **Disponer de Política de seguridad en sistema de información:** N° de quejas interpuestas de usuarios internos y externos por pérdida de información en el sistema/ N° total de quejas recibidas en el área.
  - **Software con normas de seguridad:** N° de software instalados susceptibles a la manipulación o adulteración por parte de terceros/ N° total de software instalados del periodo en la ESE.
  - **Unificar información y/o formatos institucionales de manera oficial y /o por una oficina centralizada:** N° de auditorías realizadas para la validación de la información institucional/ N° total de auditorías programadas para la validación de la información institucional.
  - **Contar con herramientas Informática y/o digitales que ayuden en el proceso de seguridad y custodia de la información:** N° de software instalados susceptibles a la manipulación o adulteración por parte de terceros/ N° total de software instalados del periodo en la ESE.
  - **Sistemas de seguridad y vigilancia institucional:** N° de equipos inventariados que presentan daños o averías causados por terceros en la institución/ N° total de equipos inventariados en la institución.
  - **Contar con herramientas informáticas que ayuden al control, seguridad y custodia de la información:** N° de licencias de software adquiridos por la ESE/ N° total de software instalados en la ESE.
  - **Contar con Switch de datos de respaldo por daño o pérdida:** N° de áreas con reportes de daños en las redes eléctricas en el periodo/ N° total de áreas en la institución.

### Recomendaciones:

1. Se recomienda modificar el indicador para la actividad número 4, ya que éste no es claro y no permite medir con exactitud la actividad planteada.
  2. Se propone replantear el indicador de la actividad número 5 de la siguiente manera: Número de variables analizadas con errores de calidad del dato / Número total de variables analizadas.
  3. Se recomienda revisar la actividad número 7, pues no se identifica la relación de ésta con el indicador; también es necesario especificar a qué clase de equipos se refiere el indicador.
  4. Se recomienda cambiar el indicador para la actividad 10, ya que la información solicitada en el numerador no es de fácil medición. Además, se debe precisar a qué tipo de datos se está haciendo referencia.
  5. Se recomienda cambiar el indicador para la actividad 11, ya que el numerador no es de fácil medición debido a que la consola detecta todas las amenazas, más no la cantidad de equipos que se vieron afectados. Además el personal tampoco ha reportado irregularidades en el equipo producidas por virus.
  6. Desde el área de Gestión de Sistemas de Información, se recomienda que sea replanteadada la responsabilidad de la actividad número 12, pues allí no se tiene la información requerida para dar cumplimiento a esta actividad y por ende al indicador.
  7. Contar con un espacio o elemento para salvaguardar las licencias de la institución.
- Para el área de Apoyo logístico e Infraestructura se realizó seguimiento a 2 de los cuales se cumplió con 1, esto equivale al 50%, quedando pendiente por cumplir los siguientes indicadores:
    - **Actualización de inventarios de activos bienes y equipos con responsables:** N° de inventarios de equipos actualizados y con responsables/ N° total de inventarios individuales por personas con equipos a su cargo.

**Recomendaciones:**

Realizar un inventario de activos fijos actualizado de la entidad, además existe la relación del inventario de los equipos dada por centro de costos y no por personas, por lo cual no es posible medir el indicador.

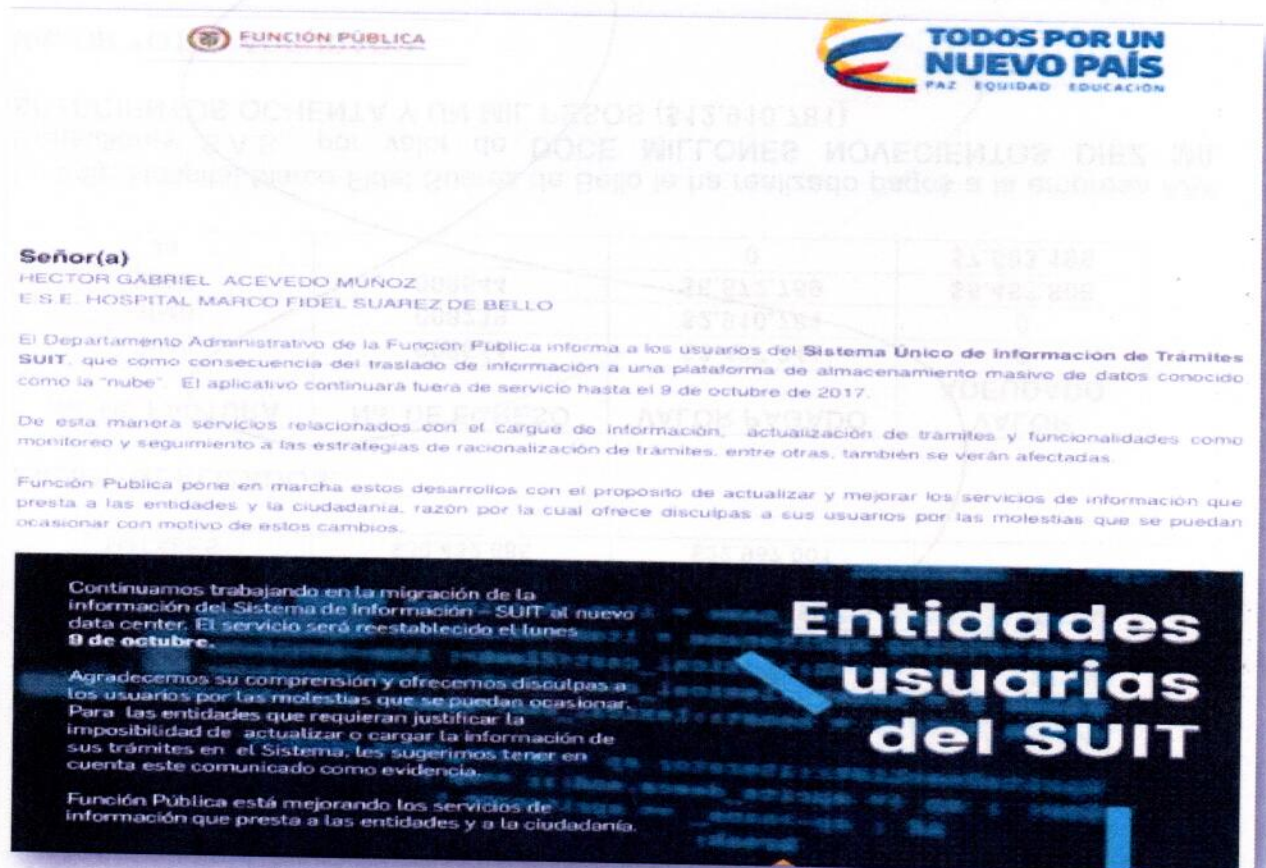
- Para el área de Jurídica se realizó seguimiento a 3 de los cuales se cumplió con 2, esto equivale al 67%, quedando pendiente por cumplir los siguientes indicadores:
  - **Generar mesa de trabajo en el que se sustente el concepto buscando unificación de conceptos:** N° de Conceptos sin fundamentación legal emitidos desde el área jurídica en el periodo/ N° Total de conceptos emitidos por el área Jurídica en el periodo.

**Recomendación:**

Se recomienda redefinir la actividad número 10, al igual que su indicador, ya que es complejo unificar los conceptos de cada uno de los profesionales del área jurídica.

## Componente N° 2 Racionalización de Tramites

Para el componente de racionalización de trámites, no se realizó seguimiento en el periodo evaluado, dado que la plataforma del Sistema Único de Información de Tramites SUIT se encontró fuera de servicio. Por lo cual no fue posible la verificación de los datos requeridos en cuanto a datos de operación y datos del número de solicitudes de información y tramites del trimestre.



**FUNCIÓN PÚBLICA**

**TODOS POR UN NUEVO PAÍS**  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**Señor(a)**  
HECTOR GABRIEL ACEVEDO MUÑOZ  
E.S.E. HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ DE BELLO

El Departamento Administrativo de la Función Pública informa a los usuarios del Sistema Único de Información de Trámites SUIT, que como consecuencia del traslado de información a una plataforma de almacenamiento masivo de datos conocido como la "nube". El aplicativo continuará fuera de servicio hasta el 9 de octubre de 2017.

De esta manera servicios relacionados con el cargue de información, actualización de trámites y funcionalidades como monitoreo y seguimiento a las estrategias de racionalización de trámites, entre otras, también se verán afectadas.

Función Pública pone en marcha estos desarrollos con el propósito de actualizar y mejorar los servicios de información que presta a las entidades y la ciudadanía, razón por la cual ofrece disculpas a sus usuarios por las molestias que se puedan ocasionar con motivo de estos cambios.

**Entidades usuarias del SUIT**

Continuamos trabajando en la migración de la información del Sistema de Información - SUIT al nuevo data center. El servicio será reestablecido el lunes **9 de octubre**.

Agradecemos su comprensión y ofrecemos disculpas a los usuarios por las molestias que se puedan ocasionar. Para las entidades que requieran justificar la imposibilidad de actualizar o cargar la información de sus trámites en el Sistema, les sugerimos tener en cuenta este comunicado como evidencia.

Función Pública está mejorando los servicios de información que presta a las entidades y a la ciudadanía.

Por otra parte, se pudo evidenciar que desde el área de planeación, se realizó la solicitud de retirar de la plataforma SUIT, la información correspondiente a los servicios que se prestaban anteriormente en el Hospital del municipio de Puerto Triunfo - Antioquia. Ya que desde el mes de julio de 2016 el Hospital Marco Fidel Suárez dejó de ser el administrador de la operación en esta región.



## ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	AVANCES 31 AGOSTO 2017	OBSERVACIONES
<b>Subcomponente 1</b> Información de calidad y en lenguaje comprensible	1.1. Generación de datos y contenidos sobre la gestión	Información de calidad, oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y disponible en formatos accesibles.	Se realizó rendición de cuentas en el mes de Junio, en la cual se hizo una recopilación de la gestión del Gerente entre los meses de Octubre de 2016 y Junio de 2017.	
	1.2. Presentación de los resultados de la gestión		Se presentaron las líneas estratégicas del Plan de Desarrollo, el comportamiento del presupuesto entre el 2014 y 2017, Estados Financieros, portafolio de servicios e informes de producción.	
	1.3. Cumplimiento de las metas misionales y asociadas al plan de desarrollo		Se presentó el Plan de Desarrollo y los avances por cada una de las líneas estratégicas planteadas que se reflejan en los informes de producción y estados financieros.	
	1.4. Difusión de datos, estadísticas o documentos por parte de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez		Se presentó información gráfica comparativa de los informes de producción, costos vs facturación y recaudo en el periodo de Gestión del Gerente.	
<b>Subcomponente 2</b> Dialogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2.1. Respuestas de la gerencia ante las inquietudes de los ciudadanos relacionadas con los resultados y decisiones	Contacto directo con la población.	Se hizo entrega a los asistentes a la rendición de cuentas 2 formatos tipo encuesta para proponer temas o inquietudes que se presentaran durante la rendición, además de temas que les gustaría se profundizara en la próxima rendición de cuentas.	
	2.2. Sustentación, explicación y justificación ante las inquietudes de los ciudadanos relacionadas con los resultados y decisiones		Se dio respuesta por parte del Gerente a las inquietudes de los asistentes al finalizar la presentación de la rendición.	
	2.3. Reuniones periódicas con la asociación de usuarios		Se vienen realizando mensualmente las reuniones de asociación de usuarios de la E.S.E.	
	2.4. Socialización de las PQRS y de la presentación final de la Rendición de cuentas		Se realiza socialización de las PQRS por medio de correo electrónico a los funcionarios, carteleras y en los comités institucionales de CAMECI y ética hospitalaria. La presentación de la rendición de cuentas se encuentra publicada en la pagina web institucional	



SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	AVANCES 31 AGOSTO 2017	OBSERVACIONES
<b>Subcomponente 3</b> Incentivos para motivar la cultura de la medición y rendición de cuentas	3.1. Premios que se otorgan con la rendición de cuentas por la oportunidad y cumplimiento de la entrega de informes y su presentación a los ciudadanos	Retiro o continuidad en el Cargo		No se presentan incentivos por parte de los entes de control por la rendición de cuentas.
	3.2. Refuerzo del comportamiento de los servidores públicos y ciudadanos, con la cultura en la entrega de la información y el reconocimiento público y privado que se les hace			
	3.3. Sanciones que se imponen por el incumplimiento a los compromisos contemplados en el plan de gestión		Se presenta en el comité de Gerencia un informe por áreas con el fin de realizar seguimiento y presentar avances a los compromisos adquiridos por cada una de ellas y que integran la gestión de la Gerencia.	
<b>Subcomponente 4</b> Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1. Valoración cual cuantitativa tanto con el cliente interno como externo	El acta de la audiencia pública	Se presentan avances cuantitativos como informes financieros y de producción y cualitativos como portafolio de servicios, percepción del clientes externo y avances en proyectos institucionales.	
	4.2. Publicación del acta de la audiencia pública	Informe final de la rendición de cuentas publicado y divulgado en los medios informativos del hospital	Se encuentra publicado en la página web institucional en la pestaña Gestión Institucional, Rendición de cuentas, Acta de rendición de cuentas realizada el 9 de Junio de 2017. se realiza cargue del acta en la pagina web de la supe salud en el ítem cumplimiento de la circular única, rendición de cuentas.	
	4.3. Reuniones informativas con los diferentes comités institucionales y con la asociación de usuarios Hospital Marco Fidel Suárez		Se tiene participación de los usuarios en el comité de ética hospitalaria y en las reuniones mensuales de asociación de usuarios.	





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

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	AVANCES 31 AGOSTO 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 hoja de ruta para la atención a población vulnerable. Se incorporó en el POA la construcción de un manual de servicio el cual se encuentra en proceso de elaboración.
	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 realiza mensualmente entre el gerente y los funcionarios de las áreas una reunión llamada "Un café con el Gerente", en la cual se escuchan comentarios e inquietudes que tengan los funcionarios con respecto a la prestación del servicio, se buscan soluciones y se realiza retroalimentación.
	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 cuenta con redes sociales como Facebook e Instagram, en los cuales se publica información de interés para los usuarios tanto externos como internos. Se sigue realizando publicación en las carteleras institucionales y se cuenta con un plegable "MARCOCALIDAD" desde el área de calidad, donde se realiza retroalimentación de temas de influencia para los funcionarios de la E.S.E. Se envía desde el correo de comunicaciones información a las diferentes áreas sobre temas de interés.
	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 designó la ventanilla para atención preferencial y las sillas en salas de espera para uso preferencial.
	2.3.	Implementar instrumentos y herramientas para garantizar la accesibilidad a las páginas web de las entidades		
<b>Subcomponente 2</b> Fortalecimiento de los canales de atención	2.4.	Implementar nuevos canales de atención de acuerdo con las características y necesidades de los ciudadanos para garantizar cobertura	Indicadores del área permanentes para la toma oportuna de decisiones	Se realizan pautas radiales a través de las cuales se informa a la ciudadanía como teléfonos, ubicación y servicios ofrecidos.
	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 lleva registro en el informe mensual de PQRS del número de usuarios atendidos vía telefónica, presencial, además en las redes sociales se visualiza el tiempo de respuesta a las solicitudes de los usuarios.



SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	AVANCES 31 AGOSTO 2017	OBSERVACIONES
<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 realiza mensualmente reuniones con el personal de atención al usuario sobre sensibilización de la prestación de servicios.	
	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 siguen realizando las rondas por parte del personal de atención al usuario en los diferentes servicios para identificar necesidades de los usuarios. Se lleva un registro en una planilla para tomar datos de los usuarios.	
	3.3. Evaluar el desempeño de los servidores públicos en relación con su comportamiento y actitud en la interacción con los ciudadanos.	Servidores públicos incentivos y dispuestos a estar en contacto y en servicio de los ciudadanos que acuden a la institución	No se realiza evaluación a los servidores públicos sobre el comportamiento e interacción con los ciudadanos, solo se realiza seguimiento desde la oficina de atención al usuario de las PQRS interpuestas por los usuarios.	
<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		Se da respuesta por parte del área encargada a las peticiones realizadas por los diferentes usuarios con los términos de ley.	
	4.2. Optimizar los procesos internos para la gestión de las peticiones, quejas y reclamos.	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.	Se viene vinculando a las diferentes agremiaciones en el proceso de respuesta a las PQRS para lograr una mayor efectividad y oportunidad.	
	4.3. Cualificar el personal encargado de recibir las peticiones.		No se encuentra construida una política para la protección de datos personales.	
	4.4. Construir e implementar una política de protección de datos personales.			
	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 formatos manuales, un link de ingreso de PQRSF por la página web institucional, correo electrónico, línea telefónica y redes sociales.
<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 realizan las encuestas de satisfacción en los servicios y se tiene participación de los usuarios en la rendición de cuentas.	
	5.2. Identificar oportunidades y acciones de mejora, permanentemente			



## ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ

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

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	AVANCES 31 AGOSTO 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	Analizada la estructura orgánica de la E.S.E. definida en el acuerdo 02 de 2010, se observa que es modificada por el acuerdo 09 de 2015 y que posteriormente se deroga éste por el acuerdo 012 de 2016, dejando como vigente la estructura orgánica definida en el acuerdo 02 de 2010, por lo tanto se recomienda redefinir la estructura básica organizacional con la cual se está operando actualmente en la entidad.	Los procesos institucionales no se actualizan desde la vigencia 2015, por lo cual se recomienda realizar la actualización de dichos procesos de acuerdo a la realidad de la institución.
	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 realizó actualización del portafolio de servicios de la E.S.E el cual fue presentado en la rendición de cuentas del mes de Junio de 2017 y también se encuentra publicado en la pagina web institucional.	
	1.3. Publicación y actualización de datos abiertos de la E.S.E, en la pestaña Gestión institucional de la página web		No se encontró avance de la actividad planteada.	
	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 realiza diariamente la publicación de ordenes de servicio o de suministro en la plataforma del SECOP, además se cumple con la publicación de los contratos en la plataforma de Gestión Transparente cuando se realiza o se modifica la contratación de la E.S.E.	Cumplir con los términos exigidos por norma en cuanto a tiempo de publicación y la documentación exigida.
	1.5. La publicación y divulgación de información correspondiente a Gobierno		Se encuentra publicado en la pagina web institucional el Plan de Desarrollo, Plan de Gestión y POA para la vigencia 2016-2019	



SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	AVANCES 31 AGOSTO 2017	OBSERVACIONES
<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 realizó seguimiento trimestral a la oficina de PQRSF con corte a 30 de Junio de 2017, en el cual se evaluó la oportunidad en las respuestas de las Quejas y Reclamos presentándose un cumplimiento del 62% en las respuestas oportunas.	
	2.2. Cumplimiento con la normatividad de gobierno en línea		Se avanza en la clasificación de la información pública, clasificada y reservada a través del comité de gobierno en línea.	
	2.3. Cumplimiento con la normatividad del SUIT		Se realiza actualización de los trámites y servicios que se prestan actualmente en la E.S.E, al igual que la información de interés para los usuarios.	
	2.4. Entrega de respuestas escritas a los ciudadanos que solicite el acceso a la información institucional en los términos estipulados por la ley		Se realizó seguimiento trimestral a la oficina de PQRSF con corte a 30 de Junio de 2017, en el cual se evaluó la oportunidad en las respuestas de las Quejas y Reclamos y los derechos de petición presentándose un cumplimiento del 62% en las respuestas oportunas de los Derechos de petición y el 78% de las PQRSF.	
<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	Aún no se encuentra elaborado el inventario de activos de información de la E.S.E	
	3.2. Elaboración del esquema de publicación de la información		Se encuentra publicado en la página web el esquema de publicación de la información, el cual se actualiza periódicamente.	
	3.3. Elaboración del Índice de información clasificada y reservada		Se avanza en la clasificación de la información pública, clasificada y reservada a través del comité de gobierno en línea, se encuentra pendiente para publicar en la página web.	



SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	AVANCES 31 AGOSTO 2017	OBSERVACIONES
<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	Aún no se implementa en la entidad un mecanismo de información para la visualización o consulta de grupos étnicos o personas en situación de discapacidad.	
	4.2. Adecuar los medios electrónicos para permitir la accesibilidad a población en situación de discapacidad.		Aún no se implementa en la entidad un mecanismo de información para la visualización o consulta de grupos étnicos o personas en situación de discapacidad.	
	4.3. Implementar los lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad.		Se realizó la señalización de las rampas de acceso a la institución, se cuenta con el funcionamiento de ascensores y una ventanilla preferencial de atención en la Oficina de Atención al Usuario.	
	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.		No se divulga información pública en diversos idiomas o lenguas de grupos étnicos en la institución. Solo se cuenta con cambio de idioma a inglés en la página web institucional.	
<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	Se realiza seguimiento trimestral por parte de la oficina de control interno a la oportunidad en la respuesta de los derechos de petición que ingresan a la entidad.	



**JOVANY PINZÓN PINZÓN**  
Asesor de Control Interno  
E.SE Hospital Marco Fidel Suárez

Elaboró: Natalia Morales Galvis  
Apoyo Control Interno  
Fecha: septiembre 30 de 2017

*[Faint, mirrored text from the reverse side of the page, including words like 'CONTENIDO', 'OBJETIVO', 'ALCANCE', 'DEFINICIÓN', 'OBJETIVOS', 'ALCANCE', 'DEFINICIÓN']*

<p><i>[Faint mirrored text from reverse side]</i></p>	<p><i>[Faint mirrored text from reverse side]</i></p>	<p><i>[Faint mirrored text from reverse side]</i></p>	<p><i>[Faint mirrored text from reverse side]</i></p>
---	---	---	---

