



## **ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO PRIMER CUATRIMESTRE 2018**

Dando cumplimiento a 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 y obligaciones derivadas del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, la Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, realizó seguimiento a la estrategia del Plan Anticorrupción, verificando la pertinencia de cada una de las evidencias que soportan la realización de las actividades del mismo.

### **OBJETIVO GENERAL**

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

### **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 a abril del año 2018.

## Resultados del Seguimiento Componente N° 1 Matriz de Riesgos de Corrupción.

1. De acuerdo con la revisión realizada a la formulación del plan anticorrupción y de atención al ciudadano de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez de Bello, para la vigencia 2018, se realizaron las siguientes observaciones en cuanto a su estructura:
  - Incorporar en el componente de Control Interno una actividad con su respectivo indicador, para medir el cumplimiento de los planes de mejoramiento institucional.
  - Redefinir la actividad número 2 del componente de calidad: Solicitar informes de seguimiento a los planes de mejoramiento establecidos con anterioridad, ya que no corresponde con el indicador planteado para la medición.
  - Realizar un cambio a las actividades 4 y 5 del componente de contratación: Aplicación rigurosa del protocolo de contratación en todas las áreas de la institución, con el propósito de que esta concuerde con el indicador a medir.
  - Redefinir los indicadores de las actividades número 2 y 6 del componente del SIAU, con el propósito de que estos sean coherentes con la actividad.
  - Incorporar en el componente de farmacia una actividad con su respectivo indicador, que permita medir el manejo de los inventarios de medicamentos y dispositivos médicos.
  - Definir los indicadores para medir la totalidad de las actividades del componente de referencia y contrarreferencia, ya que se refieren tres actividades y un solo indicador.
  - Redefinir las actividades y los indicadores del componente de urgencias, con el propósito de que estos apunten a prevenir posibles casos de corrupción en el servicio, además de que tengan impacto y sean cuantificables.



- Redefinir las actividades y los indicadores del componente jurídico, con el propósito de que estos apunten a prevenir posibles casos de corrupción, además de que estos tengan impacto y sean cuantificables.

**Recomendaciones:**

- a. Se propone por parte de la oficina de control interno, realizar una revisión de las causas de riesgos de corrupción por procesos y determinar si estos corresponden a actos de corrupción.
  - b. Realizar un ajuste al mapa de riesgos de corrupción con base en la revisión realizada a cada uno de los procesos.
2. Se realizó seguimiento a 54 indicadores establecidos en las diferentes áreas para su cumplimiento los cuales componen el mapa de riesgos de corrupción de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, obteniendo un avance del 48% para el primer cuatrimestre de la vigencia 2018 así:

<b>CUADRO CONSOLIDADO DE SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN</b>				
Nº	ÁREA	Nº ACTIVIDADES PROPUESTAS	Nº ACTIVIDADES CUMPLIDAS	CUMPLIMIENTO
1	GERENCIA	5	4	80%
2	PLANEACIÓN	2	2	100%
3	MECI	5	4	80%
4	CALIDAD	4	2	50%
5	CONTRATACIÓN	6	4	67%
6	SIAU	6	4	67%
7	FARMACIA	2	0	0%
8	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	1	0	0%
9	URGENCIAS	3	1	33%
10	HOSPITALIZACIÓN	1	0	0%
11	CONSULTA EXTERNA	2	0	0%
12	AYUDAS DIAGNOSTICAS	2	0	0%
13	CIRUGIA	2	0	0%
14	GESTIÓN FINANCIERA	4	2	50%
15	TALENTO HUMANO	3	3	100%
16	GESTIÓN TECNOLÓGICA Y SISTEMAS INF	2	0	0%
17	APOYO LOGISTICO E INFRAESTRUCTURA	2	0	0%
18	JURIDICA	2	0	0%
<b>TOTAL ACTIVIDADES</b>		<b>54</b>	<b>26</b>	<b>48%</b>

Elaboró: Oficina de Control Interno.



- Las áreas que no fueron evaluadas se deben a que se presentaron propuestas para ajustar las actividades y sus respectivos indicadores, con el propósito de generar un mayor impacto en el cumplimiento de los controles que ayuden en la disminución o no ocurrencia de actos de corrupción.

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

- Para el área de Gerencia se realizó seguimiento a 5 indicadores de los cuales se cumplieron 4, lo cual corresponde al 80% de cumplimiento. Para el próximo seguimiento se debe verificar el siguiente indicador:
  - **Actualización de los canales de comunicación para la comunidad:** N° de canales de comunicación actualizados / N° de canales de comunicación priorizados.
- Para el área de Planeación se realizó seguimiento a 2 indicadores, de los cuales se dio cumplimiento a los mismos lo que corresponde al 100% de cumplimiento.
- Para el área de Control interno se realizó seguimiento a 5 indicadores, de los cuales se cumplieron 4 lo que corresponde al 80% de cumplimiento. Para el próximo seguimiento se debe verificar el siguiente indicador:
  - **Manual de funciones actualizado:** N° de funciones ejecutadas por el asesor de control interno/ Total de funciones definidas para el asesor de control interno.

**Observación:** Este indicador no fue medido dado que el asesor de Control Interno realizó su posesión en el cargo el pasado 21 de marzo de 2018, por lo cual no son medibles las funciones ejecutadas en el periodo de la evaluación del Plan.

- Para el área de Calidad se realizó seguimiento a 4 indicadores, de los cuales no se dio cumplimiento a 2 indicadores lo que corresponde al 50% de cumplimiento, quedando pendiente por cumplir las siguientes actividades:
  - **Definir política de seguridad de la información:** Política adoptada mediante resolución y socializada.
  - **Socializar e implementar el plan de comunicación Institucional:** Política de comunicación actualizada y socializada.



- Para el proceso de Contratación se realizó seguimiento a 6 indicadores, de los cuales se dio cumplimiento a 4 de ellos, para un porcentaje de avance del 67%. Por lo anterior para el próximo seguimiento se deben verificar las siguientes actividades:
  - **Elaboración y socialización de una guía o protocolo para la elaboración de estudios previos:** Guía o protocolo adoptado mediante resolución y socializado.
  - **Capacitación en la elaboración estudios previos:** N° funcionarios capacitados/ N° funcionarios que intervienen en procesos de contratación.
- Para el área de SIAU se realizó seguimiento a 6 indicadores, de los cuales se dio cumplimiento a 4 de ellos, para un porcentaje de cumplimiento del 67%. Por lo anterior para el próximo seguimiento se deben verificar las siguientes actividades:
  - **El personal debe responder oportunamente PQRS:** N° de PQRS con respuesta oportuna/ N° Total de PQRS recibidas en la ESE en el periodo.
  - **Definir fechas de publicación de información:** N° informes publicados/ N° informes exigidos por ley.
- Para el área de Referencia y Contra referencia se recomienda redefinir los indicadores a medir, con el propósito que se abarquen todas las actividades planteadas en el área.
- Para el área de Urgencias, no se realizó medición en el cumplimiento de los indicadores, dada la observación de redefinir los indicadores con el propósito de que estos apunten a prevenir posibles casos de corrupción en el servicio.
- Para el proceso de Gestión financiera se realizó seguimiento a 4 indicadores, de los cuales se dio cumplimiento a 2 de ellos, para un porcentaje de avance del 50%. Por lo anterior para el próximo seguimiento se deben verificar las siguientes actividades:
  - **Traslados presupuestales entre rubros autorizados:** N° de rubros afectados con objetos de gasto diferentes al autorizado/ N° Total de Rubros.

- **Lista de chequeo de servicios fijos e imprevistos, ocasionales, certificado de interventorías a las facturas de los contratos:** N° Facturas entregadas con errores/ N° De facturas recibidas. (Se sugiere redefinir el indicador ya que no es posible su medición con los datos solicitados, ya que en el área las facturas que se entregan con errores se devuelven de manera inmediata al proveedor para su cambio y estas no se registran).
- Para el área de Talento Humano se realizó seguimiento a 3 de los cuales se dio cumplimiento a todas las actividades, lo que representa el 100% de cumplimiento de los indicadores.
- Para el área de Jurídica no se realizó medición en el cumplimiento de los indicadores, dada la observación de redefinir los indicadores con el propósito de que estos apunten a prevenir posibles casos de corrupción en el servicio.

#### COMPONENTES PLAN ANTICORRUPCIÓN

Se realizó seguimiento a cada uno de los componentes del plan anticorrupción; racionalización de tramites, rendición de cuentas, atención al ciudadano y transparencia y acceso a la información, de los cuales se obtuvo un 72% de avance así:

<b>CUMPLIMIENTO COMPONENTES PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>				
No	COMPONENTE	N° DE ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO CORTE 30 ABRIL	%
1	RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES	10	9	90%
2	RENDICIÓN DE CUENTAS	12	12	100%
3	ATENCIÓN AL CIUDADANO	14	10	71%
4	MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	17	7	41%
<b>TOTAL</b>		<b>53</b>	<b>38</b>	<b>72%</b>



## Componente No 2 Racionalización de Tramites

Para el componente de racionalización de trámites, se sigue presentando información desactualizada en la plataforma del Sistema Único de Información de Tramites SUI, a pesar de la solicitud realizada por el área de planeación a la plataforma el mes de julio de 2016, para realizar la actualización de las sedes de la institución, direcciones, números telefónicos, horarios de atención y servicios prestados en ellas.

Se anexa evidencia.

*Información proporcionada por:*

**E.S.E. HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ DE BELLO**

Atención inicial de urgencia

¿Cuándo se puede realizar?	Cualquier fecha
----------------------------	-----------------

**Puntos de Atención**

Punto	Departamento/Municipio	Dirección	Horario	Teléfono	Ver
E.S.E. HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ - NIQUIA	BELLO / ANTIOQUIA	AC 42 # 52 - 06	Lunes a Viernes 7:00 am a 5:00 pm	018000517347, (4) 4549090 - 400	Mapa
E.S.E. HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ - BELLO	BELLO / ANTIOQUIA	Calle 44 1º 49 B - 90 Bello Antioquia	Lunes a Viernes 7:00 am a 5:00 pm	018000517347, (4) 4549000 - 1037, 1038, 1039	Mapa
E.S.E. HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ - PUERTO TRIUNFO	PUERTO TRIUNFO / ANTIOQUIA	CL 14 # 10 - 25	Lunes a Viernes 7:00 am a 5:00 pm	(4) 8352024, (4) 8352060	Mapa

**Ciudadano**    Extranjeros

- 1 - Reunir los documentos y cumplir con las condiciones establecidas para el trámite +
- 2 - Asistir al servicio de urgencias +

📄 Resultado que se obtiene +

📍 ¿Dónde se puede hacer seguimiento a la solicitud? +

📄 Soporte legal +

ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ			
SUBCOMPONENTE		ACTIVIDADES	META O PRODUCTO
COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS		OBSERVACIONES	
AVANCES 30 ABRIL		OBSERVACIONES	
Subcomponente 1 Información de calidad y en lenguaje comprensible	1.1	Generación de datos y contenidos sobre la gestión	Se solicitó a las áreas la información financiera, producción y costo de servicios, planes de mejoramiento y avances en la gestión institucional, para la consolidación de la información.
	1.2	Presentación de los resultados de la gestión	Por parte de la comunicadora de la ESE se consolidó y realizó presentación de la información de la gestión, correspondiente a la vigencia 2017.
	1.3	Cumplimiento de las metas misionales y asociadas al plan de desarrollo	El POA presenta un cumplimiento del 96% para la vigencia 2017.
	1.4	Difusión de datos, estadísticas o documentos por parte de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez	Se encuentra publicada en la página web institucional la presentación de la rendición de cuentas de la vigencia 2017.
Subcomponente 2 Diálogo 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	Se realiza ronda de preguntas, luego de la finalización de la rendición de cuentas por parte del Gerente.
	2.2	Sustentación, explicación y justificación ante las inquietudes de los ciudadanos relacionadas con los resultados y decisiones	Se realiza ronda de preguntas, luego de la finalización de la rendición de cuentas por parte del Gerente.
	2.3	Reuniones periódicas con la asociación de usuarios	Se evidencian actas de las reuniones realizadas en la vigencia 2018, y se suministra cronograma de reuniones anual.
	2.4	Socialización de las PQRS y de la presentación final de la rendición de cuentas	Se realiza socialización de las PQRS en el comité de ética y en el comité CANECI. Además se publicó en la página web de la institución la presentación de la rendición de cuentas.
Subcomponente 3 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.	Se adoptó por medio de acto administrativo la resolución 027 de 2018, por la cual se crea el plan de estímulos e incentivos para los funcionarios de la ESE, en el cual se evalúa el cumplimiento de sus funciones.
	3.2	Refuerzo del comportamiento de los servidores públicos y ciudadanos, con la cultura en la entrega de la información.	La evaluación del cumplimiento del plan de gestión esta a cargo de la Junta Directiva de la ESE, de presentarse incumplimiento se procede a la destitución del Gerente y se traslada la responsabilidad administrativa a los servidores de acuerdo a su funciones.
	3.3	Sanciones que se imponen por el incumplimiento a los compromisos contemplados en el plan de gestión	Publicación del acta de rendición de cuentas en la página web institucional, y en la página de la SUPERSALUD
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1	Valoración cualitativa tanto con el cliente interno como externo	Se realizan reuniones con la asociación de usuarios, comité de ética, comité de gerencia, en los cuales se socializa la información de la rendición de cuentas.
	4.2	Publicación del acta de la audiencia pública	
	4.3	Reuniones informativas con los diferentes comités institucionales y con la asociación de usuarios Hospital Marco Fidel Suárez	
TOTAL ACTIVIDADES		12	CUMPLIMIENTO
		12	12



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

SUBCOMPONENTE		ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	AVANCES 30 ABRIL	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 aplican las políticas institucionales de respeto y buen trato, humanización del servicio.	
	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 cuenta actualmente con una trabajadora social la cual se encarga de realizar la gestión de situaciones reportadas por el área asistencial y que deben ser intervenidas por otras entidades. Se tiene el proyecto de aula lúdica, como espacio para el esparcimiento del usuario y sus familias.	
	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 la página web en funcionamiento, se requiere actualizar y montar información de ley	Se cuenta parcialmente con la información requerida por gobierno en línea.
	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 2 puntos de atención al ciudadano en la sede autopista y Niquía respectivamente para la orientación de los usuarios.	
	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 cuenta con página web response (se adapta a cualquier dispositivo electrónico donde sea consultado), se cuenta con otros canales de atención como son redes sociales.	
	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			

<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 capacitación virtual, con temáticas de atención al usuario, las cuales deben ser realizadas por el personal de la institución.	
	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		No se realiza evaluación de las competencias del personal agremiado.
	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	Se realizaron las evaluaciones de desempeño para el cierre de la vigencia 2017, y se realizó la concertación de objetivos para la vigencia 2018.	
<b>Subcomponente 4</b> Normativo y procedimental	4.1	Incorporar en el reglamento interno los mecanismos para dar prioridad a las peticiones presentadas por menores de edad y aquellas relacionadas con el reconocimiento de un derecho fundamental			No se cuenta incorporado en el reglamento interno la priorización de usuarios menores de edad.
	4.2	Optimizar los procesos internos para la gestión de las peticiones, quejas y reclamos.			
	4.3	Cualificar el personal encargado de recibir las peticiones.	Acciones que aseguran el cumplimiento normativo, en temas de tratamiento de datos personales, acceso a la información, Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSF), y trámites.	Se usa una plataforma institucional a través de la cual se ingresan las PQRS y se realiza el trámite correspondiente lo cual permite tener trazabilidad del proceso y su cumplimiento.	
	4.4	Construir e implementar una política de protección de datos personales.			No se cuenta con la política de protección de datos.
	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 formato establecido para recibir la petición en el momento que el usuario lo solicite.
<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	Por medio de las sugerencias y felicitaciones de los usuarios se logran identificar expectativas y mejoras al servicio, además se cuenta con la caracterización de la población atendida en la institución.	
	5.2	Identificar oportunidades y acciones de mejora, permanentemente		Se realiza seguimiento a los informes de oportunidad en la respuesta de las PQRSF y a la satisfacción del usuario de manera semestral por parte de la Oficina de Control Interno	
<b>TOTAL ACTIVIDADES</b>		<b>14</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>	<b>10</b>	

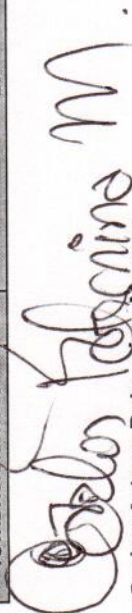


ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ

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

SUBCOMPONENTE		ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	AVANCES 30 ABRIL	OBSERVACIONES
Subcomponente 1 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	Realizar la actualización del mapa de procesos y organigrama institucional de acuerdo a la realidad 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 presenta en la página web institucional el portafolio de servicios actualizado, además de los trámites que se encuentran establecidos en la institución por medio del SUIT.	
	1.3	Publicación y actualización de datos abiertos de la E.S.E, en la pestaña Gestión institucional de la página web		No se presentaron avances	
	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 de manera permanente la rendición de la contratación en las plataformas de SECOP y Gestión Transparente de acuerdo a la normatividad aplicable.	
	1.5	La publicación y divulgación de información correspondiente a Gobierno		Se viene trabajando desde el área de comunicaciones en la publicación en la página web institucional de los requerimientos de la estrategia de gobierno en línea.	
Subcomponente 2 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 seguimiento a los informes de oportunidad en la respuesta de las PQRSF y a la satisfacción del usuario de manera semestral por parte de la Oficina de Control Interno, además del seguimiento a la oportunidad en las respuestas de los derechos de petición.	
	2.2	Cumplimiento con la normatividad de gobierno en línea		En la entidad se viene cumpliendo de manera parcial la normatividad de gobierno en línea, se cuenta con un avance del 50% de los requerimientos	
	2.3	Cumplimiento con la normatividad del SUIT		Se debe realizar la actualización de las sedes que se encuentran en funcionamiento de la institución, además de los datos estadísticos requeridos por la página.	
	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 realiza por parte del personal responsable las respuestas a los derechos de petición que ingresan a la entidad, en el cual se valida la pertinencia de la entrega de la información solicitada de acuerdo a la normatividad.	

<b>Subcomponente 3</b> 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 presentaron avances
	3.2	Elaboración del esquema de publicación de la información		Se encuentra publicado en la página web de la institución en la pestaña de Transparencia.
	3.3	Elaboración del Índice de información clasificada y reservada		Se cuenta con un avance del índice de información por áreas.
	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		No se presentaron avances
<b>Subcomponente 4</b> Criterio diferencial de Accesibilidad	4.2	Adecuar los medios electrónicos para permitir la accesibilidad a población en situación de discapacidad.	Facilitar a poblaciones específicas el acceso a la información que las afecte	No se presentaron avances
	4.3	Implementar los lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad.		Se cuenta con el funcionamiento de los ascensores, rampas de acceso, pasamanos y sillas de rueda en los puntos de vigilancia para el uso de los usuarios con limitaciones físicas o de movimiento.
	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 presentaron avances
	5.1	Elaboración de informes de solicitudes de acceso a información		Se realiza por parte de la oficina de control interno seguimiento a los informes del SIAU, además seguimiento a la oportunidad en la respuesta de los derechos de petición a los usuarios.
<b>TOTAL ACTIVIDADES</b>		<b>17</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>	<b>7</b>



**Carlos Arturo Paternina Moreno**  
 Asesor de Control Interno  
 ESE Hospital Marco Fidel Suarez  
 Mayo 16 de 2018