

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1	CÓDIGO: GC-SO-FO-08
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 21/09/2020
	COMUNICACIÓN INTERNA	TRD:
		PÁGINA: 1 de 24

22.21.02

Zarzal, septiembre 11 del 2023

DE: CONTROL INTERNO

PARA: GERENCIA

ASUNTO: INFORME EJECUTIVO DEL SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO CORRESPONDIENTE AL SEGUNDO CUATRIMESTRE (MAYO 01 AL 31 DE AGOSTO). DE LA VIGENCIA 2023.

Cordial saludo.

Comedidamente me permito enviar el consolidado del seguimiento que se realizó por parte de la oficina de Control Interno y el asesor de planeación al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano-PAAC, correspondiente al segundo cuatrimestre (mayo 01 al 31 de agosto) de la vigencia fiscal 2023.

El informe contiene el nivel del cumplimiento de cada componente de acuerdo a las actividades establecidas a desarrollar en el PAAC por cada área durante dicho cuatrimestre,

A continuación, se presenta el siguiente cuadro donde se muestra cada política con su sub componente y las actividades que se programaron desarrollar con su porcentaje de avance, igualmente se hace el análisis de cada uno de ellos.

CUADRO No.1

**SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO PAAC
VIGENCIA 2022**

**CORRESPONDIENTE AL SEGUNDO CUATRIMESTRE (MAYO 01 AL 30 DE AGOSTO)
VIGENCIA FISCAL 2023**

FECHA DE ELABORACIÓN septiembre 11 DEL 2023

POLITICA/ COMPONE NTE	SUBCCOMPON ENTE/ PROCESO	ACTIVIDAD	ACTIVIDADES REALIZADAS	% cumplim iento
GESTIÓN DE RIESGOS DE CORUPCIÓN	1. Política de gestión del riesgo.	1.1. Socializar la política de gestión del Riesgos.	Durante el segundo cuatrimestre se continuó realizado las siguientes actividades: Se realizo capacitación y socialización de la política de Gestión de riesgos Sarlaft, Sicof y procesos a 121 personas que trabajan en la ESE tanto administrativo como asistencial para un total de 264 personas capacitadas a la fecha.	92%
		1.2. Inducción y reinducción de la política integral de gestión de riesgos (Procesos, Sarlaft y Sicof)	Con respecto a esta actividad de hacer la Inducción y reinducción de la política integral de gestión de riesgos (Procesos, Sarlaft y Sicof), la entidad tiene programada realizarla en el tercer trimestre de la vigencia 2023 por estar en los tiempos de ejecución.	0%

	2. Implementación controles de riesgos	2.1. Implementación y ejecución de los controles para mitigar los riesgos de Procesos	Se está en proceso de ejecución y seguimiento de los controles a los riesgos identificados por los líderes de procesos.	30%
		2.2. Implementación y ejecución de los controles para mitigar los riesgos de SARLAFT.	Se encuentran funcionando 18 controles de los 22 controles definidos en su totalidad. Se diseñaron el formato de confidencialidad y el Formato Único de Conocimientos - SARLAF	82%
		2.3. Implementación y ejecución de los controles para mitigar los riesgos de SICOF.	De los 49 controles definidos se evidencia que se encuentra funcionando 41 de ellos. Se verifica en la plataforma de INSPEKTOR que los funcionarios de Planta del Hospital no se encuentren reportados en lavado de activos, terrorismo	84%
		2.4. Efectividad controles de riesgos de Proceso	En los términos de ejecución	
		2.5. Efectividad controles de riesgos de SARLAFT	En los términos de ejecución	
		2.6. Efectividad controles de riesgos de SICOF.	En los términos de ejecución	
	3. Monitoreo y revisión	3.1. Seguimiento continuo de la gestión del riesgo.	En los términos de ejecución	

	4. Seguimiento	4.1. Realización monitoreo, seguimiento y revisión del Mapa de Riesgos de la Institución.	Control interno en coordinación con Planeación y los líderes de procesos realiza seguimiento a la matriz de riesgos por procesos	80%
		4.2. Realizar seguimiento y evaluación a las actividades de los componentes del PAAC	Control interno cada cuatro (04) meses realiza seguimiento al desarrollo de las actividades del PACC en coordinación con el asesor de Planeación y líderes de procesos, se envía el respectivo informe a la gerencia y pública en la página Institucional.	100%
ATENCIÓN AL CIUDADANO	1. Estructura administrativa y direccionamiento estratégico	1.1. Gestionar recursos en el presupuesto para el desarrollo de iniciativas que mejoren el servicio al ciudadano	La líder del proceso envió oficio a la subgerencia administrativa solicitando presupuesto para la ejecución del PAAC. cumpliendo con la gestión ante la alta dirección	100%
	2. Fortalecimiento de los canales de atención	2.1. Implementar/garantizar instrumentos y herramientas para mejorar la accesibilidad de la página web de la institución	Permanentemente se realiza la actualización de la página web de acuerdo a las directrices de las MINTIC y del diligenciamiento de la Matriz de cumplimiento al INDICE DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN que se debe rendir a la Procuraduría General de la Nación. Donde se identifican debilidades	80%

			que deben ser fortalecidas en el menor tiempo posible.	
		2.2. Garantizar el funcionamiento de los canales de atención.	Los canales de atención al cliente se encuentran en la página web del Hospital, de fácil acceso, en el siguiente link: hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/Líneas-Atención/ que muestra los siguientes canales: líneas telefónicas del Hospital, líneas móviles, correos electrónicos, email áreas de servicio, páginas de redes sociales Facebook, horarios de atención, central de citas.	100%
		2.3. Implementar mecanismos para revisar la consistencia de la información que se entrega al ciudadano a través de los diferentes canales de atención.	Se implementó las encuestas de Satisfacción virtual para consultar la satisfacción de los servicios prestados, las cuales se encuentran establecidas en el siguiente link https://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/PQRS/ . Las encuestas son revisadas mensualmente en el comité de PQRSF, donde se toman las medidas correspondientes dependiendo el nivel de satisfacción.	100%

		2.4. Implementar y/o Garantizar protocolos de servicio al ciudadano en todos los canales para garantizar la calidad y cordialidad en la atención al ciudadano.	Se cuentan con los procesos de atención al ciudadano en las ventanillas que brindan información al cliente externo como: central de citas, estadística, ventanillas de facturación, SIAU, ventanilla única.	100%
3.Talento Humano		3.1. Fortalecer las competencias de los servidores públicos que atienden directamente a los ciudadanos a través de procesos de cualificación.	Mediante el Plan de Capacitaciones se han desarrollado actividades relacionadas con la humanización dirigida al personal administrativo y asistencial de planta del hospital donde se Fortalecen las competencias de los servidores públicos en la atención a los ciudadanos. Está pendiente por realizar otras capacitaciones programadas en el PIC	80%
		3.2. Promover espacios de sensibilización para fortalecer la cultura de servicio al interior de las entidades.	Se vienen realizando campañas de sensibilización al personal de planta sobre atención y humanización, manejo de segregación de residuos, protocolos de atención al usuario en los servicios de salud entre otros. Las evidencias reposan en Talento Humano. Estas campañas se fortalecerán en el último cuatrimestre del presente año	80%

		3.3. Evaluar el desempeño de los servidores públicos en relación con su comportamiento y actitud en la interacción con los ciudadanos.	Se diseñó el formato virtual a través del google forms la evaluación del desempeño de los servidores públicos en relación con su comportamiento y actitud en la interacción con los ciudadanos.	100%
		3.4. Incluir en el Plan Institucional de Capacitación temáticas relacionadas con el mejoramiento del servicio al ciudadano	El PIC para la presente vigencia se realizaron unos ajustes quedando 73 temas de capacitación dirigido al personal de planta de la Institución tanto administrativos como asistenciales y algunos de ellos relacionados con el servicio al ciudadano como: 1. Deberes y Derechos 2. Humanización de la atención 3. Pruebas en el punto de atención de Pacientes. 4. Seguridad del Paciente.	100%
	4. Normativo y procedimental	4.1. Socializar a las áreas de servicio al ciudadano el procedimiento para la gestión de las PQRSF	Se tiene programada realizar la actividad para el tercer trimestre de la vigencia 2023 por lo tanto no se evidencia avance de la actividad	0%
		4.2. Elaborar mensualmente informes de PQRSF para identificar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios.	Mensualmente se presenta ante el Comité todas las PQRS, donde son analizadas y se toman acciones correctivas para buscar el mejoramiento continuo en los procesos de la Institución, se da respuesta al usuario	100%

			mediante oficio o se publican en la página web de la institución de acuerdo a los datos que dejan los peticionarios o en su defecto a través de llamadas. Así mismo al terminar el mes se elabora el informe de PQRS, se envía copia a Gerencia y Control Interno y se publican en la página institucional,	
		4.3. Identificar, documentar y optimizar los procesos internos para la gestión de las peticiones, quejas y reclamos.	Se encuentra documentado con el protocolo de atención al ciudadano y PQRSF, el cual sirve como instrumento base para la capacitación y análisis de las PQRSF. El cual reposa en la oficina del SIAU.	100%
		4.4. Implementar y aplicar la política de protección de datos personales.	Se cuenta con la política de protección de datos personales esta socializada al personal, pero falta las firmas de algunos funcionarios y la implementación del personal de planta.	60%
		4.5. Publicar en la página web los canales de atención	Se tienen publicados en la página web los canales de atención al público https://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/Líneas-Atención/	100%

	5. Relacionamiento con el ciudadano	5.1. Realizar periódicamente mediciones de percepción de los ciudadanos respecto a la calidad y accesibilidad de la oferta institucional y el servicio recibido, e informar los resultados al nivel directivo con el fin de identificar oportunidades y acciones de mejora.	Se continúan realizando mensualmente las encuestas a los servicios de mayor influencia de usuarios como: Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización y Laboratorio Clínica, se analizan y toman decisiones en el comité de PQRSF mensualmente con el fin de buscar el mejoramiento continuo de los servicios ofertados por la ESE.	100%
	6. Monitoreo y revisión	6.1. Realizar monitoreo y seguimiento a los procesos de atención al ciudadano.	La oficina de control interno realiza seguimiento semestral al proceso de las PQRSF, se envía el informe a la Gerencia y se publica en la Página de Transparencia en el link https://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/4-8-2-Otros-informes-y/o-consultas-a-bases-de-datos/	100%
RENDICIÓN DE CUENTAS	1. Análisis del estado del proceso de rendición de cuentas	1.1. Definición de equipo para liderar el proceso de rendición de cuentas	La Gerencia expidió la RESOLUCIÓN No. 0078 - 2022 del 25 de marzo de 2022 "Por medio de la cual se designa el equipo para liderar el proceso de Rendición de Cuentas del Hospital Departamental San Rafael E.S.E. Zarzal".	100%

		1.2. Elaborar el diagnóstico del estado de la rendición de cuentas en la entidad	Se realizó la Autoevaluación con formato de metodología MIPG (29/ENE/2023) sobre el diagnóstico del estado de la rendición de cuentas en la entidad	100%
		1.3. Realizar caracterización de grupos de interés	Se viene trabajando en la caracterización de los grupos de interés del Hospital tales como: Establecimientos Comerciales, Entidades Financieras, Entidades Públicas, Cuerpo de Bomberos, Ejército Nacional, grupos Religiosos entre otros. Está en proceso de fortalecer los demás grupos identificados.	75%
		1.4. Identificar las necesidades de información y valoración de la información actual	Se realizan las encuestas a los ciudadanos y grupos de interés para solicitar preguntas y temas a tratar en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 2023, para Identificar las necesidades de información y valoración de la información.	100%
		1,5, Evaluar la capacidad operativa y la disponibilidad de recursos	Se realizó y conto con el presupuesto y el personal adecuado para realizar la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 2023.	100%

	2. Diseño de estrategia para rendición de cuentas	2.1. Establecer objetivos, metas y seguimiento del proceso de rendición de cuentas	Se establecieron objetivos claros y metas de seguimiento para realizar el proceso de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas correspondiente a la vigencia fiscal 2022, la cual se rindió en el mes de mayo 2023. Todo el proceso se encuentra publicado en la página web Institucional.	100%
		2.2. Diseñar y divulgar el cronograma para el proceso de Rendición de Cuentas.	Se realizó cronograma de actividades con responsables para la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas correspondiente a la vigencia fiscal 2022, el cual se le dio el respectivo cumplimiento.	100%
		2.3. Preparar y divulgar la información pública a ser presentada	Se realizó, preparó y publicó la información y desarrollo de la gestión para la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas correspondiente a la vigencia fiscal 2022 que se rindió en la vigencia 2023.	100%
		2.4. Planear acciones para garantizar el dialogo con la ciudadanía	La Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la Vigencia 2022 se realizó de acuerdo a los lineamientos del DAFP y establecidos en el cronograma, se enviaron invitaciones a los grupos de interés para participar, se invitó a los usuarios y ciudadanos y entidades públicas y privadas por medio de la página web,	100%

			perifoneo y redes sociales, la audiencia se llevó a cabo por medio de Facebook live para garantizar la participación de todos los interesados.	
		2.5. Incluir la estrategia en el plan de acción anual	Se incluyó la realización de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas correspondiente a la vigencia fiscal 2022 en el Plan de Acción Anual.	100%
3. Ejecución de las acciones programadas	3.1. Realizar convocatoria a la ciudadanía para participar en consultas, diálogos, y evaluación	Se enviaron invitaciones a los grupos de interés para participar, se invitó a los usuarios y ciudadanos por medio de la página web, perifoneo y redes sociales, se realizará la audiencia por medio de Facebook live para garantizar la participación. Realizar encuestas de preguntas, sugerencias, propuestas y temas a tratar en la Audiencia.	100%	
	3.2. Realizar encuestas de percepción, sugerencias, propuestas y temas a tratar en la Rendición de Cuentas	Se diseñaron las encuestas de preguntas, sugerencias, propuestas y temas que la comunidad quisiera conocer de la gestión del actual gerente en la Rendición de cuentas, y se aplicó las encuestas necesarias para conocer la opinión de los ciudadanos con relación al desarrollo de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas,	100%	

			igualmente se envió la encuesta de preguntas y temas de importantes a los grupos de interés, se publicó en la página web y se realizó la encuesta a los usuarios y ciudadanos una vez germinada la audiencia.	
		3.3. Realizar la audiencia pública de rendición de cuentas	Se desarrolló la audiencia de rendición de cuentas correspondiente al período fiscal del 01 de enero al 31 de diciembre del año 2022, la cual se rindió en mayo del 2023 a través de las redes sociales Facebook live.	100%
	4. Evaluación interna y externa del proceso de rendición de cuentas	4.1. Evaluar el cumplimiento de las actividades planeadas para el proceso de Rendición de Cuentas	Se cumplió con todas las actividades programas en el cronograma y se evaluaron por el personal líder de proceso mediante acta que reposa en la oficina de planeación.	100%
		4.2. Evaluar la estrategia formulada para el proceso de Rendición de Cuentas	Se evaluó el desarrollo de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 2022, mediante acta que reposa en la oficina de planeación y si es el caso se hace plan de mejoramiento para fortalecer las posibles debilidades encontradas.	100%

		4.3. Consolidar la información de la retroalimentación de los grupos de interés	No se tuvo retroalimentación de los grupos de interés	100%
		4.4. Elaborar el informe de gestión del proceso de Rendición de Cuentas	Se elaboró el Informe del desarrollo de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 2022 y se publica en la página Institucional, igualmente Control Interno elabora el informe sobre dicha Rendición, se envía al gerente y es publicado en el siguiente link. https://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/4-8-2-Otros-informes-y/o-consultas-a-bases-de-datos/	100%
		4.5. Diseñar planes de mejoramiento para el proceso de Rendición de Cuentas	Se realizó el plan de mejoramiento de la rendición de cuentas 2022 teniendo en cuenta las debilidades del proceso realizado	100%
	5. Divulgación de información	5.1. Publicar en la página web de la entidad el informe de gestión del proceso de Rendición de Cuentas	El informe de Gestión de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas se publicó en la página web de la entidad en el link https://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/	100%
	6. Otros Espacios de Divulgación	6.1 Otros Espacios de Divulgación y dialogo con grupos de interés	Se encuentra en los términos para ser elaborado y divulgados el proceso de información y dialogo con los grupos de interés.	0%

RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	1. Política de racionalización de trámites	1.1 Identificar y actualizar los trámites y otros procedimientos administrativos de la entidad en la plataforma SUIT	Los trámites y otros procedimientos administrativos de la entidad se encuentran identificados en la plataforma del SUIT	100%
		1.2. Priorización de los trámites de la institución	La Priorización de los trámites de la institución se realiza mediante la plataforma del SUIT en los servicios de citas e imágenes diagnósticas.	100%
		1.3. Racionalización de los trámites de la institución	Se racionalizaron los trámites de Radiología e Imágenes Diagnósticas y citas.	100%
		1.4. Publicar en un lugar visible y a través de la página web de la Institución el listado actualizado de trámites y servicios de la Institución.	Los trámites y Servicios de la entidad se encuentran publicados en el link https://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/5-1-Tr%C3%A1mites-y-Servicios/ , tales como asignación de citas, certificado de nacido vivo, certificado de difusión, exámenes de laboratorio, radiología e imágenes diagnósticas.	100%
		1.5. Dar a conocer a la comunidad los mecanismos definidos por el Hospital para agilizar y optimizar los trámites en la Institución.	El Hospital da a conocer a la comunidad los mecanismos definidos para agilizar y optimizar los trámites mediante los siguientes enlaces: Denuncia la Corrupción, PQRSF, Contáctenos, solicitud de historias clínicas, contratos entre otros que se encuentran en la página:	100%

			Hospitalsanrafaelzarzal.gov.co, videos institucionales. Los trámites en la página web tienen asociado el link de su proceso y pasos a seguir descritos en la SUIT.	
	2. Monitoreo y Revisión.	Realizar monitoreo y seguimiento a la estrategia de racionalización de trámites realizada.	El seguimiento se hace a través de la revisión del avance de las actividades realizadas por cada líder del proceso, quién lleva las estadísticas de las citas asignadas por wasap y de manera presencial.	100%
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	1. Lineamientos de Transparencia Activa.	Publicación de información mínima obligatoria sobre la estructura (Ley 1712 de 2014. Artículo 9º).	La Publicación de información mínima se ha avanzado en la actualización de personas en situación especial.	67%
	2. Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1. Responder las Quejas y Reclamos dentro de los 15 días después de recibida	Las solicitudes recepcionadas por la oficina del SIAU, que se presenten por medio de Quejas y Reclamos, según la petición son remitidas al líder del proceso responsable para que se dé la respuesta oportuna dentro de los términos establecidos por la norma, en algunos casos mínimos se presentan respuestas por fuera de los tiempos debido a la consecución de la información	79%

	3. Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información	3.1. Elaborar el Registro o inventario de activos de Información	Se lleva el registro de los activos de la Información de todos los procesos de la Entidad https://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/Sistemas-2023/s de Información	100%
	4. Criterio diferencial de accesibilidad	4.1. Divulgar la información en formatos alternativos comprensibles	En la página del Hospital se encuentran divulgados los siguientes formatos alternativos comprensibles en el siguiente link https://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/	100%
	5. Monitoreo del Acceso a la Información Pública	Generar informe de solicitudes de acceso a información	Mensualmente la líder del SAIU realiza el informe donde se identifica y consolida las solicitudes donde la comunidad solicita información a la fecha no se han presentado solicitudes de información ante la oficina del SIAU. Las evidencias reposan en dicha área.	100%

En el anterior cuadro se observa el comportamiento con las observaciones de las actividades realizadas por cada líder del proceso donde se dejan algunas recomendaciones, con el siguiente comportamiento:

- **Política de Gestión de Riesgos de Corrupción:**

Está compuesta por 11 actividades

Subcomponente de la Política de gestión del riesgo. Se continuo con el proceso de capacitación y socialización de la Política de Gestión de Riesgos SARLAF, SICOF Y PROCESOS a 121 personas que trabajan en el Hospital tanto en la parte administrativa como asistencial, para un total de 264 personas capacitadas con un avance del 92%.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1	CÓDIGO: GC-SO-FO-08
		VERSIÓN: 01
COMUNICACIÓN INTERNA		FECHA: 21/09/2020
		TRD:
		PÁGINA: 18 de 24

Se recomienda fortalecer la Implementación y ejecución de los controles para mitigar los riesgos de Procesos y así evitar una posible materialización de los mismos, esta actividad se encuentra dentro de los términos de cumplimiento.

En el sub componente de Implementación controles de riesgos: En relación a los Riesgos del Sarlaft se encuentran funcionando 18 controles de los 22 controles definidos en su totalidad para un avance del 82%. Se diseño el formato de confidencialidad y el Formato Único de Conocimientos - SARLAF.

Los controles para mitigar los riesgos de SICOF de 49 controles definidos se evidencia que se encuentra funcionado 41 de ellos. Se verifica en la plataforma de INSPEKTOR que los funcionarios de Planta del Hospital no se encuentren reportados en lavado de activos y terrorismo para un avance del 84%.

Las actividades de la efectividad de controles de riesgos de procesos, SARLAF, SICOF, de la gestión de riesgos se encuentran dentro de los términos de ejecución, por lo tanto, se hace la recomendación de cumplir dichas actividades antes de terminar la vigencia fiscal 2023.

Subcomponente de Control: Control interno en coordinación con Planeación y los líderes de procesos realiza seguimiento a la matriz de riesgos por procesos y cada cuatro (04) meses realiza seguimiento al desarrollo de las actividades del PAAC, se envía el respectivo informe a la gerencia y publica en la página Institucional, esta actividad se desarrolla de acuerdo a los lineamientos legales a los informes de gestión que debe presentar Control Interno y así se cumple con lo programado en el PAAC.

- **Política de Atención al ciudadano:**

Esta política cuenta con 16 actividades para desarrollar con un promedio de cumplimiento del 60%, 10 actividades están cumplidas en su totalidad, 3 se encuentran con el 80% ya que el líder de Talento Humano debe continuar con el proceso de capacitación de acuerdo al PIC para la vigencia 2023 se deja nota que estas actividades las habían programado hasta el mes de julio del 2023.

El subcomponente Estructura Administrativa y direccionamientos Estratégico: La líder del SIAU, realizo la gestión ante la alta gerencia enviando el oficio donde solicito la inclusión dentro del presupuesto una asignación que permita cumplir con las actividades que conlleven al mejoramiento del servicio al ciudadano.

El subcomponente Fortalecimiento de los canales de atención: Se debe mantener :actualizada la página web de acuerdo a las directrices de la Ley 1712 de 2014, Igualmente realizar los ajustes como resultado del diagnóstico de la matriz de Índice de Transparencia y

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1	CÓDIGO: GC-SO-FO-08
		VERSIÓN: 01
COMUNICACIÓN INTERNA		FECHA: 21/09/2020
		TRD:
		PÁGINA: 19 de 24

Acceso a la Información Pública según el informe enviado a la procuraduría General de la Nación.

Las demás actividades para el seguimiento del segundo cuatrimestre se cumplieron al 100%, ya que se realizaron las actividades programadas en el PACC, la página web del Hospital tiene la información institucional de fácil acceso a la comunidad, se cuentan con los protocolos de servicio al ciudadano publicados en la página web y Se implementó las encuestas de Satisfacción virtual.

El subcomponente de Talento Humano: El PIC para la presente vigencia se realizaron unos ajustes quedando 73 temas de capacitación dirigido al personal de planta de la Institución tanto administrativos como asistenciales y algunos de ellos relacionados con el servicio al ciudadano cumpliendo con la actividad programada del 100%, tales como:

1. Deberes y Derechos
2. Humanización de la atención
3. Pruebas en el punto de atención de Pacientes.
4. Seguridad del Paciente

Se están realizando las capacitaciones programadas tanto en el área asistencial como en el administrativo dirigido al personal de planta del Hospital, estas actividades debieron cumplirse al mes de junio, las cuales se tienen proyectadas culminar en el último cuatrimestre de la presente vigencia. Mediante el Plan de Capacitaciones se han desarrollado actividades relacionadas con la humanización dirigida al personal administrativo y asistencial de planta del hospital donde se fortalecen las competencias de los servidores públicos en la atención a los ciudadanos.

Se cumplió con el 100% ya que se diseñó el formato virtual a través del google forms para la evaluación del desempeño de los servidores públicos en relación con su comportamiento y actitud en la interacción con los ciudadanos.

El sub componente Normativo y procedimental: no se evidencia avance al cumplimiento de la actividad de socializar a las áreas de servicio al ciudadano el procedimiento para la gestión de las PQRSF, el cual se tiene programada realizarla en el tercer trimestre de la vigencia 2023.

Se resalta que la líder del proceso del SIAU mensualmente presente ante el comité todas las PQRSF, donde se toman acciones correctivas y se dan respuesta de manera oportuna a los usuarios que presentan sus insatisfacciones ante el servicio prestado.

Se cuenta con la política de protección de datos personales esta socializada al personal, pero falta las firmas de algunos funcionarios y la implementación del personal de plan

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1	CÓDIGO: GC-SO-FO-08
		VERSIÓN: 01
	COMUNICACIÓN INTERNA	FECHA: 21/09/2020
		TRD: PÁGINA: 20 de 24

Se encuentran publicados en la página web los canales de atención, en el link <https://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co>, es recomendable que esta página se le haga permanentemente la actualización con la información que produzca el área.

Sub componente Relacionamiento con el ciudadano: Se continúan realizando mensualmente las encuestas a los servicios de mayor influencia de usuarios como: Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización y Laboratorio Clínica, se analizan y toman decisiones en el comité de PQRS

Sub componente de Monitoreo: La oficina de control interno realiza seguimiento semestral al proceso de las PQRSF, se envía el informe a la Gerencia y se publica en la Página de Transparencia en el link <https://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/4-8-2-Otros-informes-y/o-consultas-a-bases-de-datos/>

- **Política de Rendición de Cuentas:**

El componente el Análisis del estado del proceso de rendición de cuentas se observa que cumplió el 95% con sus cinco actividades, ya que aún está pendiente de fortalecer la actividad de la caracterización de grupos de interés que se encuentren focalizados en el municipio.

Las demás actividades se ejecutaron dentro de los términos programados como: organización de un grupo de profesionales idóneos para llevar a cabo el proceso de la Audiencia pública de Rendición de Cuentas del periodo fiscal 2022 que se realizó en la vigencia 2023. Se ejecuto la Autoevaluación en el formato previamente diseñado para tal fin, se aplicaron las encuestas a los ciudadanos y grupos de interés, conto con el presupuesto y el personal adecuado para realizar la Audiencia.

El componente de diseño de la estrategia para rendición: De cuentas estaba integrado por cinco actividades, las cuales se cumplieron con el 100% de acuerdo a lo programado entre ellas se establecieron objetivos claros y metas de seguimiento para realizar el proceso de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas correspondiente a la vigencia fiscal 2022, Se realizo cronograma de actividades, se preparó y publico la información y desarrollo de la gestión para la Audiencia Pública en la página Institucional y se incluyó en el Plan de Acción Anual.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1	CÓDIGO: GC-SO-FO-08
		VERSIÓN: 01
COMUNICACIÓN INTERNA		FECHA: 21/09/2020
		TRD:
		PÁGINA: 21 de 24

El componente de ejecución de las acciones programadas: Se cumplió con las tres actividades programadas en un 100% ya que se enviaron invitaciones a los grupos de interés para participar de la audiencia, como también a los usuarios y ciudadanos.

Se diseñaron las encuestas de preguntas, sugerencias, propuestas y temas que la comunidad quisiera conocer de la gestión del actual gerente en la Rendición de cuentas, y se aplicó las encuestas necesarias para conocer la opinión de los ciudadanos con relación al desarrollo de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, igualmente se envió la encuesta de preguntas y temas importantes a los grupos de interés.

la audiencia de rendición de cuentas correspondiente al período fiscal del 01 de enero al 31 de diciembre del año 2022, Se desarrolló en el mes de mayo del 2023 a través de las redes sociales Facebook live. Cumpliendo con los criterios normativos y directrices del DAFP, se encuentra publicada en la página web.

El componente de Evaluación interna y externa del proceso de rendición de cuentas: Integrada por 5 actividades de las cuales se cumplieron al 100%, donde se evaluaron por el personal líder del desarrollo del proceso mediante acta que reposa en la oficina de planeación, el grupo líder trabajo coordinadamente de acuerdo al cronograma diseñado para la Rendición.

Se elaboró el Informe del desarrollo de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 2022 y se publica en la página Institucional, igualmente Control Interno elabora el informe sobre dicha Rendición.

El plan de mejoramiento de la rendición de cuentas 2022 se elaboró teniendo en cuenta las debilidades del proceso realizado.

- **Política de Racionalización de Trámites:**

Compuesto por seis actividades, el líder del proceso cumplió el 100% de la proyectado para el segundo cuatrimestre de la presente vigencia con ejecución de los trámites y otros procedimientos administrativos identificados en la plataforma del SUIT, La Priorización de los trámites de la institución se realiza mediante la plataforma del SUIT en los servicios de citas e imágenes diagnósticas, Los trámites y Servicios de la entidad se encuentran publicados en la página web del Hospital, donde se informa a la comunidad los mecanismos definidos para agilizar y optimizar los trámites mediante los siguientes enlaces: Denuncia la Corrupción, PQRSF, Contáctenos entre otros,

El monitoreo se hace a través de la revisión del avance de las actividades realizadas por cada líder del proceso, quien lleva las estadísticas de las citas asignadas por wasap y de manera presencial

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1	CÓDIGO: GC-SO-FO-08
		VERSIÓN: 01
	COMUNICACIÓN INTERNA	FECHA: 21/09/2020
		TRD:
		PÁGINA: 22 de 24

- **Política de Transparencia y Acceso a la información:**

La integran 5 componentes cada una con su actividad, las cuales tienen un promedio de cumplimiento del 83%, se evidencia que esta pendiente de la Publicación de información mínima obligatoria sobre la estructura según la Ley 1712 de 2014. Artículo 9º, con un porcentaje de cumplimiento del 67%.

A través de la oficina del SIAU presenta ante el comité las PQRSF, se analizan y dan respuestas oportunas y se toman acciones correctivas a las solicitudes presentadas ante los diferentes medios. Esta actividad tiene un nivel de cumplimiento del 79% ya que en algunos casos se evidencia respuesta por fuera de los términos establecidos en la norma debido a la dificultad en la consecución de la información.

El área de Sistemas y Comunicación diseñaron los formatos alternativos comprensibles que se encuentran publicados en <https://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/>

se encuentran dentro de los tiempos de ejecución. Dicha política se observa claramente en el cuadro No.1 de seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano- PACC.

En dicho cuadro se muestran todas las políticas, subcomponentes con sus actividades y una casilla de las actividades realizadas con el porcentaje de cumplimiento.

Se aclara que la mayoría de las actividades se encuentran dentro de los términos establecidos para su ejecución.

RECOMENDACIONES:

- **Política de Gestión de Riesgos de Corrupción**

- Se recomienda se programe hacer la Inducción y reinducción de la política integral de gestión de riesgos a los Procesos, Sarlaft y SicoF al personal de tal manera que se cumpla con la actividad programada
- Se recomienda fortalecer la Implementación y ejecución de los controles para mitigar los riesgos de Procesos y así evitar una posible materialización de los mismos, esta actividad se encuentra dentro de los términos de cumplimiento.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1	CÓDIGO: GC-SO-FO-08
		VERSIÓN: 01
	COMUNICACIÓN INTERNA	FECHA: 21/09/2020
		TRD:
		PÁGINA: 23 de 24

- Se hace la recomendación de cumplir con las actividades de controles de riesgo de procesos de SARLAF, SICOF y Gestión de Riesgos durante la presente vigencia fiscal 2023.

➤ **Política de Atención al Ciudadano**

- Se recomienda que aplicar el formato virtual a través del google forms para la evaluación del desempeño de los servidores públicos en relación con su comportamiento y actitud en la interacción con los ciudadanos.
- Se recomienda que en el líder del proceso socialice a todas las áreas del Hospital el procedimiento para la gestión de las PQRSSF y así dar cumplimiento a la actividad programada en el PAAC.
- Se recomienda mantener publicados y actualizada en la página web toda la información que produzca el área.
- Se recomienda que la política de protección de datos personales se socialice y aplique a todo el personal que presta los servicios al Hospital ya que se evidencio que al personal de planta faltan por fortalecer.
- Se recomienda realizar los ajustes como resultado del diagnóstico de la matriz de Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública según el informe enviado a la procuraduría General de la Nación.

➤ **Política de Rendición de Cuentas:**

- Se recomienda fortalecer la actividad de la caracterización de grupos de interés que se encuentren focalizados en el municipio ya que faltan grupos por su caracterización.
- Se recomienda fortalecer otros espacios de divulgación de información y dialogo con los grupos de interés.

➤ **Política de Racionalización de Trámites**

- Se recomienda tomar acciones durante el último cuatrimestre de la vigencia 2023 para que fortalecer la página web con toda la información mínima requerida por la norma y debe ser publicada.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA Nit: 891900441-1	CÓDIGO: GC-SO-FO-08
		VERSIÓN: 01
	COMUNICACIÓN INTERNA	FECHA: 21/09/2020
		TRD: PÁGINA: 24 de 24

- Se recomienda que independientemente de las posibles dificultades encontradas al momento de consolidar información se de las respuestas a las solicitudes presentadas por la comunidad dentro de los tiempos normativos.

➤ **Política de Transparencia y Acceso a la Información:**

- Se recomienda responder todas las solicitudes presentadas ante el SIAU dentro de los tiempos establecidos por la norma.

Muy respetuosamente se recomienda a los jefes y líderes de los procesos se tomen acciones correctivas frente a las actividades que no han desarrollado y tener presente las fechas de los demás compromisos con el fin de dar cumplimiento a dicha programación del PACC, ya que este puede ser auditado por los órganos de control externos y el no cumplimiento puede generar procesos sancionatorios a la Institución prestadora de los servicios de Salud.

Agradecemos el apoyo y colaboración prestada.

Atentamente,

MARIA EULALIA BERNAL GALLEO
Asesora de Control Interno
Original Firmado.

ALVARO TAMAYO
Asesor Planeación.
Original Firmado