INFORME EJECUTIVO DEL SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

TERCER CUATRIMESTRE (SEPTIEMBRE A DICIEMBRE 2024)

VIGENCIA 2024

PARA

DOTOR JULIAN ANDRES CORREA TRUJILLO
Gerente

POR

MARIAEULALIA BERNAL GALLEGO
ASESORA DE CONTROL INTERNO

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL E.S.E ZARZAL
ENERO DEL 2025

Contenido

1 CUADRO SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCION 3
2 POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS 14
3 POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES 15
4 POLÍTICA DE RENDICION DE CUENTAS 15
5 POLITICA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 16
6 POLÍTICA DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN 17
7 RECOMENDACIONES 18
8 CONCLUSION 18

1 CUADRO SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCION

SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO PAAC VIGENCIA 2024				
CORRESPONDIENTE AL TERCER CUATRIMESTRE (SEPTIEMBRE 01 AL 31 DICIEMBRE) VIGENCIA FISCAL 2024				
FECHA DE ELABORACIÓN ENERO del 2025				
POLITICA/ COMPONENTE	**SUBCCOMPONENTE/ PROCESO**	**ACTIVIDAD**	**ACTIVIDADES REALIZADAS**	% cumplimiento
GESTIÓN DE RIESGOS	1. Política de gestión del riesgo.	1.1. Socializar la política de gestión del Riesgos.	La política de Gestión del Riesgo es socializa a través de capacitación virtual a todo lo funcionarios que ingresan nuevos Hospital	100%
		1.2. Inducción de la política integral de gestión de riesgos (Procesos, Sarlaft y Sicof)	Se actualizo el Formato de Inducción a puestos de trabajo con los sistemas de Riesgos 2. La capacitación virtual es tomada por todos los funcionarios nuevos que ingresan a trabajar al Hospital. Las evidencias reposan en el área de Talento Humano.	100%
	2. Implementación controles de riesgos	2.1. Implementación y ejecución de los controles para mitigar los riesgos de Salud	Se creo y aprobó por la Junta directiva la Política de Riesgo en Salud (acuerdo 018-2024 Se creo la matriz riesgos en Salud con sus controles Se creo el cuadro de indicadores Se Socializó el Sistema de Riesgos en Salud.	100%
		2.2. Implementación y ejecución de los controles para mitigar los riesgos de Financieros (Liquidez).	Esta actividad no presento avance para la vigencia 2024.	0%

		2.3. Implementación y ejecución de los controles para mitigar los riesgos Financieros (Crédito).	Esta actividad no presento avance para la vigencia 2024.	0%
		2.4. Implementación y Ejecución de los controles para mitigar los Riesgos Financieros (Actuarial)	Los riesgos financieros actuariales no se ejecutaron para la vigencia fiscal.	0%
		2.5. Efectividad controles de riesgos Operacionales (Procesos).	A la fecha no se evidencian riesgos materializados.	100%
		2.6. Efectividad controles de riesgos de SARLAFT	A la fecha no se evidencian riesgos materializados	100%
		2.7. Efectividad controles de riesgos de SICOF.	A la fecha no se evidencian riesgos materializados	100%
	3. Monitoreo y revisión	3.1. Seguimiento de la gestión del riesgo.	Se realiza el seguimiento a los riesgos cuatrimestralmente entre el asesor de planeación, control interno y lideres de procesos.	100%
	4. Seguimiento	4.1. Realización monitoreo, seguimiento y revisión del Mapa de Riesgos de la Institución.	Se revisaron los riesgos y controles con cada líder de proceso para identificar la efectividad de cada control y que los riesgos descritos siguen vigentes.	100%
		4.2. Realizar seguimiento y evaluación a las actividades de los componentes del PAAC	Durante la vigencia fiscal 2024, cada cuatro se realizó el seguimiento por control interno y asesor de planeación con cada líder de proceso, verificando la ejecución de las actividades descritas en el PAAC. Las evidencias reposan en cada área responsable.	100%
	1. Estructura administrativa y direccionamiento estratégico	1.1. Presentar ante la Alta Dirección de la Entidad iniciativas que ayuden a mejorar y fortalecer el servicio al Ciudadano.	La actividad estaba programada para ejecutar al 30 de abril de la presente vigencia, a pesar que se tenía el compromiso por parte del personal nuevo para presentar ante la gerencia la propuesta de mejoramiento del servicio al Ciudadano, en el seguimiento del tercer cuatrimestre no se evidencio avance alguno.	0%

ATENCIÓN AL CIUDADANO	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	Teniendo en cuenta las directrices de Colombia hosting se realizó la emigración de toda la información de la página web institucional al nuevo software a Word Pre. Los Resultado de evaluación del índice de transparencia ITA (Pagina Procuraduría).	90%
		2.2. Garantizar el funcionamiento de los canales de atención.	Los canales de atención al cliente se mantienen actualizados en la página web del Hospital, de fácil acceso, en el siguiente link: hpspitalsanrafaelzarzal.gov.co/Líneas-Atención/ que muestra los siguientes canales: Chat de página Web y Facebook WhatsApp de citas e historias clínicas, diferentes Líneas telefónica email página Web 2. Los canales de atención están en funcionamiento normal.	100%
		2.3. 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 publico video con tips y recomendaciones para mejorar y fortalecer el servicio cordial al ciudadano en la página WEB y el WhatsApp de comunicaciones internas.	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.	Se realizaron capacitaciones en temas como: atención al cliente, lenguaje de señas, humanización, atención en salud, inteligencia emocional, adaptación al cambio a las áreas de: Cajas de facturación (10/10) Asignación de Citas (4/4) SIAU (2/2) Anexos (3/3) Portería Principal (2/2) Se tiene como evidencia los listados de asistencia a las capacitaciones que reposan en Talento Humano	100%

		3.2. Promover espacios de sensibilización para fortalecer la cultura de servicio al interior de las entidades.	Se realizo video del Plan de Trasparencia, código de integridad y Código de buen Gobierno, socializados en los procesos de Inducción y la página Web Institucional.	100%
		3.3. Incluir en el Plan Institucional de Capacitación temáticas relacionadas con el mejoramiento del servicio al ciudadano	En el PIC para la vigencia 2024 se incluyeron y ejecutaron temas relacionados al servicio al ciudadano así: 1.Atención al Cliente. 2. Lenguaje de Señas. 3.Derechos Humanos. 4. Atención a Población con enfoque diferencial. 5. Código de Integridad del Servidor Público. 6. Inteligencia emocional. 7. Adaptación al cambio. Las cuales están dirigidas al personal de la entidad tanto administrativo como asistencial.	100%
	4. Normativo y procedimental	4.1. Socializar a las áreas de servicio al ciudadano el procedimiento para la gestión de las PQRSF.	Se realiza el video y se socializa el proceso de como diligenciar una PQRSF y el trámite interno para dar una respuesta oportuna, como también se informa los medios que puede utilizar (WhatsApp, email, Pagina Web y físico) y ubicación de los buzones en la institución y puestos de Salud (08/10/2024).	100%
		4.2. Elaborar mensualmente informes de PQRSF para identificar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios.	La líder del SIAU Mensualmente envía el informe de las PQRSF a gerencia y presenta ante el Comité las diferentes conformidades e inconformidades presentadas para dar soluciones. control interno realiza seguimiento de las PQRSF y encuestas semestralmente produce informe a gerencia y se publican en la página institucional.	100%

		4.3. Aplicar y Socializar la Política de Protección de Datos Personales.	Se colocaron mensajes en los diferentes canales de atención página WEB, Chat en Línea. Email página Web. WhatsApp (citas y estadísticas) Teléfono, página de autorización de aplicar la política de protección de datos.	80%
		4.4. Publicar en la página web los canales de atención	Esta actividad se cumple ya que se encuentran los links en la página de todos los canales de información como: la página web institucional, redes sociales, wasap, denuncia, números de líneas telefónicas de atención al usuario, entre otros.	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.	Esta actividad se ejecuta mensualmente a través de los informes de las encuestas aplicadas a los usuarios por los servicios prestados, las cuales son analizadas en el comité de PQRSF, donde se toman acciones de mejora.	100%
	6. Monitoreo y revisión	6.1. Realizar monitoreo y seguimiento a los procesos de atención al ciudadano.	Esta actividad se cumple ya que semestralmente se presenta informe por control interno en coordinación con el asesor de planeación sobre el proceso y seguimiento de las PRSF presentadas por los usuarios así: Cuatrimestre 1: Seguimiento 10/05/2024 Cuatrimestre 2: Seguimiento 25/09/2024 Cuatrimestre 3: Seguimiento 15/01/2025	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	Se cuenta con 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". De parte de la Gerencia del Hospital.	100%
		1.2. Elaborar el diagnóstico del estado de la rendición de cuentas en la entidad	Se elaboro el diagnóstico del estado de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, por parte del líder de Planeación y lo socializó a la gerencia y se publica en la página institucional en el link https://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co	100%
		1.3. Realizar caracterización de grupos de interés	Se cuenta con el documento de caracterización de los grupos de valor identificados por la ESE, en el área de Planeación	100%
		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%
	2. Diseño de estrategia para rendición de cuentas	2.1. Diseñar y Divulgar el cronograma para el 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 2023, la cual se rindió en el mes de marzo 2024. Todo el proceso se encuentra publicado en la página web Institucional. https://www.ant.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/6-5-Rendici%C3%B3n-de-cuentas/	100%

		2.2. Preparar y divulgar la información pública a ser presentada (Informe de Gestión).	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 2023 que se rindió en la vigencia 2024.	100%
		2.3. Planear acciones para garantizar el dialogo con la ciudadanía.	La Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la Vigencia 2023 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, perifoneo y redes sociales.	100%
		2.4. 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 2023 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, la audiencia pública de Rendición de Cuentas se realizó de manera presencial en el nuevo urgencias del Hospital Departamental San Rafael ESE Zarzal y se utilizó el lenguaje de señas, paralelamente se transmitió de manera virtual por Facebook live.	100%
		3.2. Realizar encuestas de preguntas, 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	100%

			Pública de Rendición de Cuentas, 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 terminada la audiencia.	
		3.3. Realizar la audiencia pública de rendición de cuentas.	Se desarrolló la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas correspondiente al período fiscal del 01 de enero al 31 de diciembre del año 2023, la cual se rindió el 22 de marzo del 2024 de manera presencial en las instalaciones del Hospital Departamental San Rafael en el Nuevo Urgencias y 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 y publicados en la página web institucional. https://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/gallery/Acta%20de%20Reuni%C3%B3n%20Rendicion%20de%20cuentas%202023%20Audiencia%20#01.pdf	100%
		4.2. Evaluar la estrategia formulada para el proceso de Rendición de Cuentas.	Se evalúo el desarrollo de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 2023, 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%

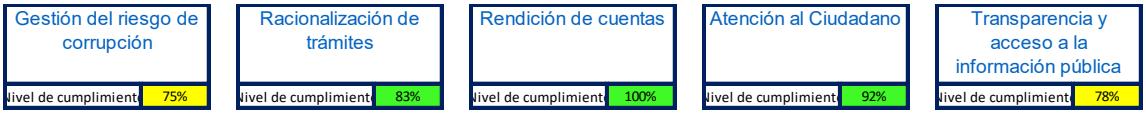
		4.3. Consolidar la información de la retroalimentación de los grupos de interés.	No se tuvo retroalimentación de los grupos de interés	100%
		4.4. Elaborar el acta de gestión del proceso de Rendición de Cuentas.	Se elaboró el Informe del desarrollo de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 2023 y se pública 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 2023 teniendo en cuenta las debilidades del proceso realizado	100%
	5. Divulgación de información	5.1. Publicar en la página web el acta 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/gallery/Acta%20de%20Reuni%C3%B3n%20Rendicion%20de%20cuentas%202023%20Audiencia%20#01.pdf.	100%
	6. Otros Espacios de Divulgación.	6.1 Otros Espacios de Divulgación y dialogo con grupos de interés.	Se realizo espacio de divulgación de información y dialogo con Colombina S.A.	100%
	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 trámites en historias y solicitud de citas.	100%

RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES		1.3. Racionalización de los trámites de la institución.	No presentan avance en la racionalización de los trámites de las solicitudes de Historias Clínicas porque se dio prioridad a la corrección de los errores presentados en el aplicativo SIHOS, por lo tanto, Se aplazo la automatización del trámite de solicitud de Historia Clínica para el 2025.	0%
		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 tramites de Nacido Vivo y Certificado de Difusión se realizan por el área de estadísticas en la proforma del RUAF.	100%
		1.5. Dar a conocer a la comunidad los mecanismos definidos por el Hospital para agilizar y optimizar los trámites en la Institución.	Se dieron a conocer a la comunidad los cambios en el proceso de solicitud del trámite de resultados de los exámenes del Laboratorio, RX y anexos.	100%
	2. Monitoreo y Revisión.	2.1. Realizar monitoreo y seguimiento a la estrategia de racionalización de trámites realizada.	Con el asesor de Planeación y Control Interna realizan el monitoreo según lo establecido sobre la racionalización de trámites en la plataforma SUIT.	100%
	1. Lineamientos de Transparencia Activa.	1.1. Publicación de información mínima obligatoria sobre la estructura (Ley 1712 de 2014. Artículo 9º).	La Publicación de información mínima se creo el menú de trasparencia y acceso a la información con todos sus, sub menús y temas relacionados, se publica la información mínima de Ley.	100%
		1.2. Publicación de información sobre contratación pública en SIA Observa, SECOP II y Pagina Web Institucional.	Los contratos se publican en SIA Observa y SECOP II, en la página Web de la Institución se creó el link que va directamente a las anteriores páginas, donde la comunidad puede entrar y observar los contratos de interés.	100%

TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	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. Esta actividad se desarrolla durante toda la vigencia fiscal. Pero se evidencio falencia en la vigencia 2024 ya que no se ejecutó el proceso de respuesta de PRQ bajo los parámetros establecidos por la norma.	11
	3. Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información	3.1. Elaborar el Registro o inventario de activos de Información	Se cuenta con el registro de inventarios de activos de la información que reposa en el área de sistemas y está en proceso de revisión para ser publicado en la página web de la Institución.	90%
		3.2. Actualizar Tablas de Retención Documental.	Está en proceso de la actualización de las tablas de retención, ya que se vio la necesidad de ajustar el manual d funciones por área funcional y hacer la renovación del organigrama, el cual debe sr presentado para aprobación de la Junta Directiva en el año 2025, por lo tanto, en la vigencia 2024 se han ajustado: Primer trimestre 6 tablas de retención de 12 Trimestre 2: Se han actualizado 6 tablas de retención de 12. La actualización de las Tablas de Retención se retomará en la vigencia 2025.	50%

	4. Criterio diferencial de accesibilidad	4.1. Divulgar la información en formatos alternativos comprensibles	Se han diseñado en la página con descripción de los videos (close Caption) en agrandar texto, resaltar enlaces, contraste, espaciado de texto, ocultar imágenes, fuente para dislexia, saturación entre otros.	100%
		4.2. Socialización y Publicación de los Derechos y Deberes de los Usuarios.	Se entrego un folleto y socializo los derechos y deberes de los usuarios a los pacientes y acompañantes visitantes de la institución	100%
	5. Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.1. Elaborar y publicar informe de solicitudes de acceso a información.	Para la vigencia 2024 no se han presentado solicitudes de acceso a la de información.	100%
	6. Gestión de un Mecanismo de Denuncias.	6.1. Gestionar y Socializar un Mecanismo de Denuncias.	El mecanismo de denuncia se encuentra diseñado en la página web de la institución https://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/DENUNCIA/	100%

En el anterior cuadro se observa el comportamiento de cada componente con sus políticas según las actividades realizadas que se ejecutaron durante el tercer cuatrimestre (del 01 septiembre al 31 de diciembre) de la vigencia 2024 por los líderes de procesos, donde se evidencia que continúan algunas actividades que no han cumplido el 100% de ejecución y otras quedaron pendientes para su ejecución por algunos líderes de procesos, concluyendo lo siguiente:



2 POLITICA DE GESTIÓN DE RIESGOS

La integran **12** actividades con el 75% de avance durante la vigencia 2024, de las cuales:

9 actividades están con el 100%, La política de Riesgo fue aprobada por la Junta Directiva mediante acuerdo No. 018 del 2024, para dicha vigencia no se evidenciaron riesgos materializados, se realiza inducción sobre los riesgos a todo el personal nuevo que ingresa a la Entidad. Control Interno en coordinación con el asesor de planeación hace el seguimiento a los Riesgos con cada líder de procesos, igualmente se hace seguimiento al PAAC. se envía informe a gerencia y se publica en la página institucional

3 actividades no presentaron avances relacionados con los controles para mitigar los riesgos financieros de crédito, liquidez y actuarial. Los cuales están pendientes de ser implementados en el Hospital.

3 POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

La política de Racionalización de tramites durante la vigencia fiscal 2024 tuvo un cumplimiento del 83%, integrada por **6** actividades de las cuales:

5 actividades cumplen con el 100%, el Hospital tiene identificados los trámites ante la plataforma del SUIT como Historias Cínicas, asignación de citas las cuales se hacen el seguimiento con planeación y control interno directamente en dicha plataforma, la entidad cuenta en la página con el menú de Transparencia y Acceso a la Información Pública con la información mínima requerida por Ley,

1 actividad no presenta avance en la racionalización de los trámites de las solicitudes de Historias Clínicas porque se dio prioridad a la corrección de los errores presentados en el aplicativo SIHOS.

4 POLÍTICA DE RENDICION DE CUENTAS

El nivel de cumplimiento de la Política de Rendición de Cuentas durante el año 2024 es del 100% de sus **18** actividades así:

18 de ellas cumplen el 100% ya que se realizó la Rendición de cuentas correspondientes a la vigencia fiscal 2023 desarrollada en el mes de marzo de la presente vigencia cumpliendo con todos los componentes normativos direccionados por el Departamento Administrativo de la Función Pública relacionados con Audiencia pública de Rendición de cuentas, como se observa en el cuadro anterior. Además, se realizó la caracterización de los grupos de valor.

5 POLITICA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Esta política para la vigencia 2024 obtuvo el 92% de cumplimiento con sus 13 actividades así:

10 actividades con el 100% ya que Los canales de atención al cliente se mantienen actualizados en la página web del Hospital, de fácil acceso, en el siguiente link: hpspitalsanrafaelzarzal.gov.co/Líneas-Atención, Chat de página Web y Facebook, WhatsApp de citas e historias clínicas, diferentes Líneas telefónica, email página Web, los cuales están en funcionamiento normal, así mismo Se publico video con tips y recomendaciones para mejorar y fortalecer el servicio cordial al ciudadano en la página WEB y el WhatsApp de comunicaciones internas.

Se realizaron capacitaciones en temas como: atención al cliente, lenguaje de señas, humanización, atención en salud, inteligencia emocional, adaptación al cambio a las áreas de: Cajas de facturación se hizo la capacitación a las 10 personas que trabajan en dicha área, en asignación de Citas de dicto a 4 funcionarios, en SIAU a sus 2 profesionales que prestan sus servicios, Anexos a 3 servidores y en Portería Principal a los 2 vigilantes.

Se realizo video del Plan de Trasparencia, código de integridad y Código de buen Gobierno, socializados en los procesos de Inducción y la página Web Institucional, igualmente se realizó el video y se socializa el proceso de como diligenciar una PQRSF y el trámite interno para dar una respuesta oportuna, como también se informa los medios que puede utilizar (WhatsApp, email, Pagina Web y físico) y ubicación de los buzones en la institución y puestos de Salud, la líder del SIAU Mensualmente envía el informe de las PQRSF y de las encuestas aplicadas a los usuarios por los servicios prestados a la gerencia y presenta ante el Comité las diferentes conformidades e inconformidades las cuales son analizadas con el fin de buscar acciones de mejora, como también se hace el seguimiento semestral por control interno con informe a gerencia y se publica en la página institucional del comportamiento de las PQRSF y encuesta con sus respectivas recomendaciones.

1 actividades cumplen el 90%. Teniendo en cuenta las directrices de Colombia hosting se realizó la emigración de toda la información de la página web institucional al nuevo software a WordPress, lo cual permite mejorar la accesibilidad de la página web de la institución para conocimiento de la comunidad en general. Los resultados de evaluación del índice de transparencia ITA se encuentran en la página de la Procuraduría con la información suministrada por el Hospital con un Nivel de cumplimiento: 90 sobre 100 puntos.

1 actividad cumplió con el 80%, se mantiene el fortalecimiento de los canales de información de la página web de la Institución, Chat en línea, Email página Web, WhatsApp (citas y estadísticas), Teléfono y se cuenta con link para la audotrizacion de políticas de protección de datos.

1 con el 0 % La actividad estaba programada para ejecutar al 30 de abril de la vigencia 2024, a pesar que se tenía el compromiso por parte del personal del SIAU para presentar ante la gerencia la propuesta de mejoramiento y fortalecer el servicio al Ciudadano, en el seguimiento del tercer cuatrimestre no se evidencio avance alguno.

6 POLÍTICA DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

Cuenta con **9** actividades con un nivel de cumplimiento del 78% durante la vigencia 2024 discriminados así:

6 actividades presentaron el 100% de cumplimiento con la creación del menú de Transparencia y Acceso a la Información Pública con todos los sub menús que contiene la información de los temas relacionados con los procesos institucionales, se observa la publicación de los contratos en la plataforma del SECOP II y SIA observa mediante el link https://www.ant.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/3-2-1-Informaci%C3%B3n-de-gesti%C3%B3n-contractual-en-el-SECOP/ , donde cualquier persona puede ingresar y tener conocimientos del proceso contractual de la Entidad.

La líder del SIAU con el personal de apoyo entregaron un folleto y socializaron los derechos y deberes de los usuarios a los pacientes y acompañantes visitantes de la institución,

En la pagina web institucional cuenta con la descripción de los videos (close Caption) en agrandar texto, resaltar enlaces, contraste, espaciado de texto, ocultar imágenes, fuente para dislexia, saturación y se diseñado el link https://www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co/DENUNCIA/ para que la comunidad se pronuncie ante cualquier inconformidad o posibles acciones incorrectas de algún funcionario.

1 actividad con el 90% de avance donde se cuenta con el registro de inventarios de la información que reposa en el área de sistemas, el cual está en proceso de revisión y pendiente de publicar en página Web institucional.

1 actividad con el 50%, Está en proceso la actualización de las tablas de retención, ya que se vio la necesidad de ajustar el manual de funciones por área funcional y hacer la redefinición del organigrama, el cual se presentará a la Junta Directiva en el año 2025 para su aprobación, por lo tanto, en la vigencia 2024 se han ajustaron 6 tablas de retención de 12.

1 actividad con el 11% de avance debido a que el proceso de respuesta no se dio dentro de los parámetros de ley, se debe tener presente que en algunos meses no se contó con líder del proceso del SIAU, pero una vez ingreso se tomaron las acciones correctivas quedado las respuestas de manera extemporánea.

7 RECOMENDACIONES

En la Rendición de Cuentas se recomienda fortalecer los espacios de divulgación y dialogo con los grupos de interés que funciones en el Municipio

Se recomienda a los lideres de procesos conservar y mantener actualizados el 100% de todas las actividades relacionadas con los riesgos para la vigencia 2025.

Se recomienda al líder del SAIU que en la política de atención al ciudadano se presenten las propuestas a la alta dirección que permitan el mejoramiento de los servicios de atención al ciudadano como también se de respuesta oportuna y clara dentro de los términos establecidos en el articulo 23 de la Constitución Política y demás normas que lo reglamentan.

Se recomienda que las capacitaciones de manejo al público se fortalezcan a todo el personal que atiende directamente público y así se logre el mejoramiento de las competencias de los servidores de la Entidad.

Se recomienda establecer los mecanismos de racionalización de los trámites identificados en la entidad, así como publicar en un lugar visible y a través de la página web de la Institución el listado actualizado de tramites y servicios de la Institución y dar a conocer a la comunidad los mecanismos definidos por el Hospital para agilizar y optimizar los trámites.

8 CONCLUSION

Realizado el análisis de seguimiento se observa que el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano PACC, los lideres de procesos cumplieron con las actividades propuesta en aras de minimizar posibles actos de corrupción.

Teniendo que el **Decreto 1122 del 30 de agosto del 2024 "Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública", y Ley 2195 del 2022 "Por medio del cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones",** donde el PAAC es reemplazado por el Programa de

Transparencia y Ética Pública cuyo plazo de implementación es hasta agosto 30 del 2026, sin embargo se sugiere que las Entidades creen un plan de transición con las acciones del PAAC para cumplir con la formulación e implementación en el nuevo programa de transparencia.

Bien es cierto que el plazo máximo para adoptar el Programa de Transparencia y Pública a las Entidades es hasta el 30 de agosto de la vigencia 2026, Control Interno recomienda que durante la vigencia 2025 se inicien los ajustes necesarios al Programa de Transparencia y Ética Empresarial, donde se tenga presente los lineamientos contemplados en el PAAC, ya que se debe acoger a las directrices del Gobierno Nacional

Agradecemos el apoyo y colaboración prestada.

Atentamente,

MARIA EULALIA BERNAL GALLEO
Asesora de Control Interno
Original Firmado.

ALVARO TAMAYO
Asesor Planeación.
Original Firmado