



Bogotá, 18 de enero de 2019

Doctor
JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: Alcance al Seguimientos a Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Respetado Doctor:

Dando alcance al oficio con radicado 2019110000530-1 de fecha 16 de enero de 2018, con asunto Seguimientos a Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, me permito informar que la Subdirección de Sistemas, la Dirección de Atención al Usuario y la subdirección de Defensoría al Usuario, presentaron observaciones al **SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO con corte diciembre 31 de 2018, publicado en el sitio WEB el pasado miércoles 16 de enero de 2019;** revisadas las observaciones y una vez justificadas, la Oficina de Control Interno procedió a modificar el porcentaje de avance de cada una de ellas.

Acatando las observaciones presentadas por los interesados; el seguimiento de las actividades y/o metas de producto plasmadas en la modificación del PLAN ANTICORUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, realizada al mes de julio de 2018, por actividades cumplidas y soportadas, registra un porcentaje de avance en promedio del **81%**.

De igual manera se solicita a la oficina de Comunicaciones que se publique el Seguimiento modificado en el sitio WEB de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en el link planeación y gestión/ planes programas y proyectos/ plan anticorrupción y de Atención al ciudadano/ vigencia 2018

Atentamente,



YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

c.c. NELSON ARISTIZABAL - Director Científica; NUBIA GUERRERO P. - Directora de atención al usuario;
JOSE JAIME PINZON - Director de Financiera; NEIDY TINJACA R. - Jefe Oficina Asesora Jurídica;
RICAURTE OSORIO - Director Administrativo; VIVIAN CASTAÑEDA - Jefe Oficina Asesora Planeación;
ALFREDO TELLEZ - Subdirector de Sistemas; NATALIA MARIA BARRIOS - Trabajadora en Misión.



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 - 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co*"Humanización con sensibilidad social"*

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
 PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO

VIGENCIA 2018
 SEGUIMIENTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2018

FECHA PUBLICACIÓN ENERO de 2019

Primer Componente: Metodología para la Identificación de Riesgos de Corrupción:

SUB COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACION
Política Administración de Riesgos	1.1	Fortalecer la socialización de la Política y el mapa de riesgos institucional a los diferentes procesos.	Socializaciones de la Política y el mapa de riesgos institucional a todos los líderes de procesos	6%	Observación a abril de 2018 Con fecha 30 de abril de 2018 se realizó la socialización a 24 servidores públicos de La Unidad Funcional Zibaquirá, del Plan anticorrupción y la política. Observaciones a diciembre 31 de 2018 La oficina de Planeación y Garantía de la calidad presenta como soporte copia de correo electrónico de Comunicaciones a usuarios HUS, con asunto Nuevos documentos en la pirámide documental, con el siguiente texto: ' Me permito socializar consolidado de la actualización de los documentos que se encuentran disponibles en la pirámide documental, organizado por proceso, para su conocimiento. Este reporte se encuentra actualizado el 01/01/2018 con corte al 11/05/2018.' En el sistema de gestión documental se encuentra publicada con fecha 26/07/17 la Política administración el Riesgo - código 01DE06-V2
	1.2	Capacitar a 12 colaboradores en la Gestión del Riesgo. HUS Bogotá.	Capacitación en Gestión del Riesgo	Actividades cumplidas Abril 30. En YouTube se han colocado capacitaciones, una de ellas es la Gestión del riesgo. Actividades cumplidas Agosto 31 Por Convenio con la Universidad de la Sabana se desarrolla diplomado de Gerencia en Riesgos, dirigido a: La jefe de la oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad, Subdirector operativo de Contabilidad, Profesional Especializado, de la planta de personal de la E.S.E. y nueve (9) trabajadores en Misión (Técnicos y Profesionales) de la Empresa de Servicios Temporales.	100%

SUB COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACION
<p>Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción</p>	<p>1.3 Revisar y ajustar el Mapa de Riesgo Institucional.</p>	<p>Mapa de riesgo Institucional ajustado y disponible</p>	<p>Bogotá Actividades cumplidas Abril 30. El proceso de gestión Financiera realizo la revisión de su mapa de riesgos. Actividades a Diciembre 31 de 2018 El Panorama general de los riesgos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, de acuerdo con los contenidos publicados en la Intranet - gestión documental se fundamenta en: el programa de Gestión y administración del riesgo- código de documento 01GC04-V3, la política de Administración del riesgo - código de documento 01DE06-V2, el acto administrativo No. 125 de marzo de 2016 en donde adopta el nuevo mapa de procesos Institucional, y se establecen 27 procesos; de estos procesos se han elaborado cuatro (4) mapas de riesgos por proceso, según venifica estos son: • Mapa de riesgos Proceso Gestión de la Infraestructura • Mapa de riesgos Proceso Facturación y recaudo. • Mapa de riesgos Proceso Gestión Financiera. • Mapa de riesgos Proceso Gestión Jurídica.</p>	<p>15%</p>	<p>Observaciones a diciembre 31 de 2018 La oficina de Planeación y Garantía de la calidad presenta como actividades cumplidas: -Se incluyen los siguientes procesos con Riesgos de Corrupción para la vigencia 2018: - Docencia - Investigación - Gestión de la Calidad - Gestión de la Tecnología Biomédica - Hotelería Hospitalaria - Atención Farmacéutica - Gestión de la Infraestructura Y como soportes: - Pantallazo pagina web no disponible para el archivo. - Se adjunta archivo pdf - Mapa de Riesgos de Corrupción 2018. El indicador de avances se estableció 4/27 = 14,81%</p>
<p>Consulta y divulgación</p>	<p>1.4 Publicar y socializar el mapa de riesgos de corrupción con los ajustes correspondientes</p>	<p>Mapa de Riesgos de Corrupción publicada en la página WEB</p>	<p>Unidad Funcional Zipaquirá Actividades cumplidas Abril 30. Se realizo reunión el 30 de abril de 2018 en donde participaron el coordinador de la unidad funcional Zipaquirá y 18 trabajadores en misión de la ESI de la UFPZ, para dar lectura y realizar ajustes si se requieren del mapa de riesgos publicado en la Intranet el cual se observa con fecha 2017, sin embargo se continúa la lectura de los riesgos que tiene contemplado el HUS, declarando que no se requiere ningún ajuste diferente.... Actividades cumplidas Abril 30. El mapa de riesgos de corrupción 2017, se publico en la WEB dentro del Link planes, programas y proyectos (plan anticorrupción y atención al ciudadano 2018).</p>	<p>100%</p>	<p>Observación a abril de 2018 El mapa de riesgos de corrupción 2017 fue publicado en la WEB el 24 de enero de 2017 y en el plan anticorrupción y atención al ciudadano de 2018 publicado en la WEB el 31 de enero de 2018 se publico el mapa de riesgos de corrupción 2017. Observaciones a diciembre 31 de 2018 La oficina de Planeación y Garantía de la calidad presenta como actividades cumplidas: -Se actualiza el mapa de riesgos de corrupción 2018, se publico en la WEB dentro del Link planes, programas y proyectos (plan anticorrupción y atención al ciudadano 2018). Y como observaciones: -El mapa de riesgos de corrupción 2018 fue actualizado y publicado en la WEB el 28 de diciembre de 2018 y en el plan anticorrupción y atención al ciudadano de 2018 publicado en la WEB el 27 de julio de 2018.</p>

SUB.COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACION
			<p>Actividades cumplidas Abril 30. Se realizó reunión el 30 de abril de 2018 en donde participaron el coordinador de la unidad funcional Zipaquira y 18 trabajadores en misión de la EST de la UF-Z, para dar lectura del mapa de riesgos publicado en la intranet el cual se observa con fecha 2017.</p>	100%	<p>Observación a abril de 2018 Se dio lectura al mapa riesgos de corrupción de 2017???? y se revisan para posibles ajustes.</p>
			<p>Actividades cumplidas Agosto 31 A esta meta del programa de gestión y administración del riesgo, (numeral 8) se han elaborado 3 mapas de gestión del riesgo por proceso (Gestión de la infraestructura, Facturación y recaudo, Gestión Financiera). El indicador es 3/27=(1,11%)0,9=10% de avance.</p> <p>Actividades Diciembre de 2018 Los mapas de riesgos por proceso 2018, publicados en la intranet, son cuatro (4): Gestión Jurídica, gestión de la infraestructura, facturación y recaudo y gestión financiera con dos (2), cinco (5), tres (3), catorce (14) riesgos respectivamente. sin embargo de estos 4 procesos que tienen mapa de riesgos por proceso solo GESTIÓN JURÍDICA incluye actividades de fuente gestión del riesgo en su PUMF 2018, indicador 4/27=14,08%*9=16,5%</p>	17%	<p>Observación a agosto 2018 El programa de gestión el riesgo 01GCO4-V3 aprobado el 07-02-2018, publicado el 03-08-2018, el numeral 7 registra: "Programa ejecución programa gestión del riesgo". Observaciones a diciembre de 2018 Soporte: Auditorías realizadas por Control Interno</p>
Seguimiento y revisión	1.5	Revisión y monitoreo del Programa de Gestión del Riesgo.	Cumplimiento del 90% al Cronograma del Programa de Gestión del Riesgo Institucional		
Seguimiento	1.6	Auditoría para la efectividad de los controles incorporados en el mapa de riesgos institucional	Informe de auditoría	100%	<p>Observaciones diciembre de 2018. Control Interno elaboro en la vigencia 2018, tres auditorías de Riesgos y sus Controles. Soporte: Informes de Auditoría y Carpetas de las Auditorías.</p>
Segundo componente: Racionalización de Trámites					
Identificación de trámites	2.1	No aplica debido a que ya se llevó acabo la identificación del 100% de los trámites del HUS y este proceso realiza una sola vez.	N/A		

SUB COMPONENTES/ PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACION
Priorización de tramites	2.2 Priorizar un nuevo Tramite (SUIT)	Tramite seleccionado		0%	Observación a diciembre 31 de 2018 La oficina de Planeación y Garantía de la calidad presenta como observaciones: 'Esta actividad no se ejecuta por no contar por non contar con el usuario y contraseña con el permiso para la gestión de tramites. Se solicitaron los permisos al SUIT por tanto se priorizará nuevos tramites para la vigencia 2019.' Soportes: - Se adjunta pdf de correo electrónico de registro y actualización de usuario con fecha 27/12/2018.
Racionalización de tramites	2.3 Continuar con la racionalización del tramite en Radiología	Racionalizar tramites en radiología	Actividades a Diciembre 31 de 2018 El tramite de radiología e imágenes diagnosticas se encuentra inscrito - PARCIALMENTE EN LINEA - En el monitoreo realizado por los responsables del aplicativo SUIT registra: 'El canal se encuentra habilitado, sin embargo no se puede poner en funcionamiento debido a que las solicitudes de citas llegan directamente a los canales en línea del Call Center Institucional, No obstante, el usuario accede a las citas por medio de correo electrónico institucional radiologia.recepcion@hus.ong.co desde donde se programan todas las citas solicitadas. El principal cliente es Filuprevisora (INPEC) con alrededor de un 60% de participación de solicitudes y a la fecha no ha habido aumento considerable de demanda de usuarios, por tanto tampoco se ha presentado necesidad de aumento de canales. Yo puntos de atención. Se mantiene la estrategia pues esta se encuentra proyectada en diferentes planes institucionales y se espera cumplir una vez se implemente la contratación y ampliación del Call Center'	50%	Observación a agosto 2018 El aplicativo SUIT continua a la fecha, registrando 10 tramites. Observación a diciembre 31 de 2018 Verificado en el SUIT se encuentran inscritos 10 tramites, uno de ellos, el numero 36325 es de Radiología e imágenes diagnosticas. Soporte: pantallazos SUIT, y detalle de seguimiento y monitoreo (entregado por la oficina de Planeación y Garantía de la calidad).
Tercer componente: Rendición de Cuentas					
INFORMACIÓN DE CALIDAD Y EN LENGUAJE COMPRENSIBLE	3.1 Informar cronograma de audiencia pública de rendición de cuentas	Publicación del cronograma de audiencia pública de rendición de cuentas por la WEB	Actividades cumplidas Abril 30. En el link planeación y gestión - rendición de cuentas del sitio WEB se encuentran publicadas las actividades del cronograma.	100%	Observación a abril de 2018 a 30 de abril de 2018 se observa la publicación de las actividades en la WEB, de rendición de cuentas.
	3.2 Realización de Audiencia pública de Rendición de Cuentas que incluya: destinación de tiempo durante la audiencia de rendición para la sustentación, explicación y justificación o respuesta de la administración ante las inquietudes de los ciudadanos relacionadas con los resultados y decisiones.	Audiencia pública de Rendición de Cuentas realizada	Actividades cumplidas Agosto 31 La audiencia de Rendición de cuentas se realizó conforme lo programado en la Unidad Funcional Zipaquirá, en la que participaron 92 personas, además de la transmisión por YouTube, publicada en Facebook.	100%	Observación a abril de 2018 La audiencia pública de rendición de cuentas se realizará en la Unidad funcional Zipaquirá el 30 de mayo de 2018. Observación agosto de 2018. El informe de la Audiencia pública se encuentra publicado en el sitio WEB link planeación gestión y control/ Rendición e cuentas.

SUB COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACION
DIALOGO DE DOBLE VIA CON LA CIUDADANIA Y SUS ORGANIZACIONES	3,3 Estrategia: Gerencia de puertas abiertas	Actas de reunión Gerencia de puertas abiertas	Actividades cumplidas diciembre 31 Dentro del programa estratégico de comunicación en salud, Versiones 2 y 3 (V2 y V3) numeral 6 - líneas estratégicas y su descripción se observa la estrategia de COMUNICACIÓN INTERNA, dentro de la estrategia esta el espacio de comunicación GERENCIA DE PUERTAS ABIERTAS Los responsables adjuntan como soporte, TRES (3) actas de 31 de enero con objeto de ofrecer un espacio de comunicación para personal de equipos médicos, gestión documental y sistemas para conocer las oportunidades de mejora y avances de las áreas a las que pertenecen. 12 de Julio con el objeto del empalme con la nueva comandancia del cuadrante 53 y el 17 de septiembre de 2018 con el objeto de dar por concluido y escuchar a los invitados de la reunión sostenida en enero de 2018 sobre la gestión y oportunidades de mejora.	75%	Observación diciembre 2018 El programa estratégico de Comunicación en Salud identificado con código 01GIS08-V3, aprobado el 12/12/2018 y publicado el 24/12/2018 registra en el número 6 Líneas estratégicas y su descripción - numeral 1, Comunicación Interna los siguiente: ... Generar una comunicación vertical ascendente como proceso comunicativo que permita el retorno de la información (oportunidades de mejora, avances, retroalimentación del quehacer institucional y gestión de las áreas entre otros aspectos) de los comités amplios, Comités directivos, Grupos primarios, personal administrativo, asistencial, líderes de las áreas, personal de mantenimiento y personal de hotelería hacia la gerencia del HUS por medio del espacio de comunicación GERENCIA DE PUERTAS ABIERTAS. Lo mismo se observa en el documento 01GIS08- V2, aprobado en enero de 2017, en donde se encontraba la TACTICA GERENCIA DE PUERTAS ABIERTAS. Soporte: Programa estratégico de comunicaciones en salud 01GIS08-V2 y 01GIS08-V3, mas tres actas.
INCENTIVOS PARA MOTIVAR LA CULTURA DE LA RENDICION DE CUENTAS	3,4 Elaboración de informe de audiencia pública rendición de cuentas	Informe y Acta de audiencia pública de rendición de cuentas	Actividades cumplidas Agosto 31 El informe de la Audiencia pública se encuentra publicado en el sitio WEB link planeación gestión y control/ Rendición e cuentas.	100%	Observación agosto 2018 Con acta No. 05 de 18 de mayo de 2018 se realizo reunion de la Aso-Usuarios de Salud de la E.S.E. , en el numeral 4 Informes. Se informa que el 30 de mayo hay rendición de cuentas en el auditorio sede Zipaquirá y se invita a los asistentes a participar este día.
EVALUACION Y RETROALIMENTACION A LA GESTION INSTITUCIONAL	3,5 Reunión con la Asociación de Usuarios del HUS, para definir estrategia hacia la cultura de rendición de cuentas, capacitar e incentivar su participación.	Acta de reunión con la Asociación de Usuarios del HUS	Actividades cumplidas agosto 31 En acta de mayo de 2018 la Gerencia y la líder de Proyecto - Trabajadora Social Invitan a la Rendición de cuentas.	10%	Observaciones a diciembre 31 de 2018 La oficina de Planeación y garantía de la calidad adjunta la siguiente observación al correo enviado el 15/01/2019: No se realiza PUMP pues producto del informe de gestión de la vigencia 2017 realizado en el proceso de rendición de cuentas institucional no se generó ningún requerimiento de mejora, por lo cual no se requiere acciones de mejora.
Cuarto componente: Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano. Lineamientos generales para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias.					

SUB COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACION
4.1	Realizar seguimiento al cumplimiento de los horarios diarios de información médica a familias de los Pacientes hospitalizados e intervenir en su momento	Elaborar informe semestral	<p>Actividades cumplidas Abril 30.</p> <p>Con tablas de Excel que contienen muestra aleatoria de la información de pacientes del trimestre enero a marzo de 2018 a los que se les brindó información médica por parte del especialista - instructor y residentes, en horarios publicados, a familias de UCI, Ortopedia, Neurocirugía, medicina interna, urología - consulta externa, cirugía general y salas de cirugía, sala de partos, neonatos y ginecología.</p> <p>Actividades cumplidas Agosto 31</p> <p>El reporte de seguimiento de Abril a junio registra la información médica por servicios de Neonatos, Sala de partos y Ginecología, Urgencias, Neurocirugía, Internados, Medicina Interna, Urología-Consulta Externa, Ortopedia, Cirugía General, UCI, Salas de Cirugía.</p> <p>Actividades diciembre 31 de 2018</p> <p>El reporte de seguimiento de información médica por servicios contiene la información trimestres, por especialidades, horario, si se cumple, quien brindó la información (residente y/o especialista) y observaciones.</p>	100%	<p>Observación a abril de 2018</p> <p>se aporta información médica a familiares de 5 pacientes en el mes de marzo y 6 pacientes en el mes de abril.</p> <p>Observaciones a agosto de 2018</p> <p>se aporta tabla de Excel con información de abril a junio.</p> <p>Observaciones a diciembre de 2018</p> <p>Se soporta con los reportes de verificación del horario de información médica a familiar de paciente hospitalizados (hasta el mes de noviembre) entregados por Trabajo social, en donde se registra una tabla con la información por especialidad.</p>
4.2	Realizar seguimiento al cumplimiento de los horarios diarios de Consulta Médica	Elaborar Informe trimestral	<p>Actividades cumplidas Abril 30.</p> <p>Con fecha 13 de abril de 2018 la Dirección científica y la subdirección de consulta externa realizaron el seguimiento a las bitácoras de llegada especialistas, I trimestre de 2018, en la que se destaca que un 19% de las demoras correspondió a Cirugías de urgencia o prolongación de tiempos quirúrgicos; un 7% fue por calandria del profesional; el restante corresponde a causas que se pueden intervenir por cada una de las especialidades, ajustando su planeación, cardiovascular y ginecología tomaron correctivos los cuales se reflejan en la mejoría, ortopedia viene realizando correctivos con resultados parciales y oftalmología pendiente de realizar ajustes a su planeación. 63 de</p> <p>Actividades Agosto 31</p> <p>El acta No. 63 de 27/07/2018 registra el seguimiento de horarios de los especialistas en el II trimestre, como resultados del análisis se destaca que casi el 40% de las consultas son iniciadas por los residentes con el usuario del especialista, siendo la consulta del especialista.</p> <p>En ella se destaca la puntualidad del Anestesiología, Cardiología, Cirugía General, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Hematología, Infecto logía, Medicina Interna, Neurología, Neurología, Neuropsicología, Nutrición.</p> <p>Actividades diciembre 31 de 2018</p> <p>En actas No. 93 y 110 de 8 de noviembre y 31 de diciembre de 2018, del III y IV trimestre, se presentan las bitácoras de seguimiento por cada especialidad (en donde registran hora de llegada y las novedades). En el III trimestre el seguimiento al cumplimiento de los horarios se mejoró, con respecto al II trimestre en el 7% en cuanto a tiempo de espera, aun cuando en días de inicio tarde se amplió en promedio 3 minutos, correspondiendo a un 7% de la varianza. Las especialidades que ampliaron tiempos en inicio de consulta fueron: Cx vascular, reumatología, Cx plástica, oftalmología, neurocirugía y ortopedia y otorrinolaringología.</p>	100%	<p>Observaciones agosto 2018</p> <p>El acta de fecha julio de 2018 informa sobre el promedio de demora en la atención de los especialistas: Ortopedia (52 días promedio 33 minutos); Otorrinolaringología (27 días promedio 33 minutos); Cirugía plástica (18 días promedio 37 minutos); Reumatología (15 días, promedio 28 minutos); Oftalmología (8 días, promedio 41 minutos); Ginecoconsistencia 8 días, promedio 63 minutos).</p> <p>Observaciones a diciembre de 2018</p> <p>Se soporta con las actas Nos. 93 y 110, en donde se registra una tabla con la información por especialidad.</p>

SUB COMPONENTES/ PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACION
Fortalecimiento de los canales de atención al ciudadano	4.3 Establecer compromiso de mejora según resultados del seguimiento de los horarios diarios de Consulta Médica	Compromiso firmado por los especialistas	<p>Actividades a Abril 30 de 2018</p> <p>El 5 de marzo de 2018, se comunico a través de correo electrónico a los especialista, mediante comunicado el requerimiento de la oportunidad en la atención en consulta externa.</p> <p>Y el 12 de abril de 2018 se envió correo electrónico a los especialistas, reportándole las demoras e invitándolo a revisar y/o ajustar las agendas.</p> <p>Actividades cumplidas agosto 2018</p> <p>En acta de 21 de julio de 2018 se informa a los especialistas de Vascular, se solicita dar cumplimiento a los tiempos de oportunidad, ya que no hay oportunidad en la atención por consulta externa a los pacientes con cita asignada, ellos manifestaban que tomará las medidas para mejorar la oportunidad. Y en acta de 23 de mayo de 2018 en la que participa el servicio de oftalmología es informado de las demoras en el cumplimiento de la agenda de consulta externa, a lo cual se solicitar revisar y ajustar la planeación de la agendas.</p> <p>Como acción de mejora se han enviados correos electrónicos a: Cardiovascular, Ginecoobstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia, Plástica, e informa al supervisor de los contratos.</p> <p>Actividades cumplidas diciembre 31 de 2018</p> <p>Con acta de diciembre 18 de 2018 se establecen compromisos con las especialidades medicas, quienes no presentaban oportunidad en la atención a los pacientes de consulta externa.</p>	100%	<p>Observación a abril de 2018</p> <p>Se comunico mediante correos electrónicos.</p> <p>Observaciones a diciembre 31 de 2018</p> <p>Como compromisos del acta se socializaran al interior de las especialidades la oportunidad de atención.</p> <p>Soporte: Acta de diciembre 18 de 2018</p>
4.4	Adecuación y modernización del espacio de recepción principal de ingreso al HUS	Área de recepción principal de ingreso al HUS adecuada y modernizada	<p>Actividades cumplidas Abril 30.</p> <p>Se realizo contrato de obra No. 461 de 2017, suscrito el 29 de diciembre de 2017 con el contratista MASA INGENIERIA S.A., con plazo de 90 días y posterior acta de adición en tiempo de 30 días mas.</p> <p>La obra se concluyo y entregada conforme lo establecido.</p>	100%	

SUB COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACION
4.5	Mantener la implementación de la Política de Protección de Datos Personales.	Continuar con la socialización de la Política de Protección de Datos Personales	<p>Actividades cumplidas Abril 30.</p> <p>Se solicitó la capacitación de nivel externo para poder establecer el alcance de la política en la E.S.E.</p> <p>Actividades Diciembre 31</p> <p>La Superintendencia de Industria y Comercio, el 19 de noviembre de 2018, realizó capacitación a: 1 jefe de oficina, 4 subdirectores operativos, 1 líder de proceso y 1 técnico de sistemas de la planta de personal de la E.S.E. Y 14 trabajadores en Misión, en total 21 servidores públicos.</p>	70,00%	<p>Observación a abril de 2018</p> <p>La resolución 447 de 14 de noviembre de 2017 entrega la directriz a la política e Datos personales.</p> <p>Observaciones a diciembre 31</p> <p>La meta o producto es continuar la socialización de la política de protección de datos por lo que la socialización incluye a 274 funcionarios de la planta de personal de la E.S.E. (a 31 de diciembre de 2018), los profesionales que prestan los servicios, trabajadores en misión, asociados y/o cooperados que desempeñan funciones públicas dentro de la E.S.E.</p> <p>Soporte: Listado de asistencia de la Superintendencia de Industria y comercio.</p> <p>La Subdirección de Sistemas Literada por el Ingeniero Alfredo Tellez aclara lo siguiente: La Superintendencia de Industria y comercio, entidad que verifica el tratamiento de datos personales, aclaro en la capacitación de fecha 19 de noviembre de 2018, que la captura de la información de los pacientes no se requiere ninguna autorización por parte de los pacientes y/o familiares, las bases de datos que tienen tratamiento son: las de Personal, las de proveedores y terceros, las entidades de salud, estas son las que deben reportarse, por lo tanto aun cuando esta meta o producto es general, solamente se socializa a los que captan bases de datos.</p>
4.6	Diseñar en la página WEB un link de denuncia de posibles actos de corrupción.	Link disponible en la Página WEB del hospital	<p>Actividades cumplidas Abril 30.</p> <p>En el sitio WEB link atención al ciudadano link denuncias por actos de corrupción se encuentra el correo electrónico denunciacorruptcion@hus.org.co</p>	100%	<p>Observación a abril de 2018</p> <p>La subdirección de sistemas solicita el plan de capacitaciones para la implementación de la política de protección de datos personales.</p> <p>Observaciones a diciembre 31 de 2018</p> <p>En el desarrollo del cronograma de toda la vigencia de 2018 del Plan Institucional de Capacitaciones se desarrollaron: capacitaciones en el puesto de trabajo, jornadas de actualización, talleres, coloquios, congresos, diplomados, simposios, charlas magistrales.</p> <p>Los programas de inducción y los programas de reincidencia no están contenidos en el PIC.</p> <p>Soporte: Cronograma.</p>
4.7	Capacitación al Talento Humano del HUS en los siguientes temas: 1. Cultura de servicio, 2. servicio al cliente, 3. Humanización del servicio, 4. Comunicación Asertiva y demás temas relacionados a grupos prioritarios (personal médico, enfermería, facturadores, Secretaria, orientadoras e informadores y de vigilancia)	Temas incluidos en el Plan de Capacitación Institucional (PIC)	<p>Actividades a diciembre 31 de 2018</p> <p>El plan Institucional de capacitaciones elaborado el 08/09/2018, aprobado el 29/09/2018, está dirigido a colaboradores, cuenta con un cronograma de actividades de toda la vigencia 2018, registro dentro de sus actividades, la educación para el trabajo y el desarrollo humano- educación no formal-entrenamiento en el puesto de trabajo.</p> <p>Esta se ejecuto en los procesos de: Atención Farmacéutica, Gestión de la información, Atención al paciente Hospitalizado, Atención al paciente ambulatorio, Atención al paciente de urgencias, Apoyo diagnóstico, Banco de sangre, Hoteletera Hospitalaria, Gestión del Talento Humano, Atención al usuario y su familia, Gestión de tecnología biomédica, Gestión de la calidad, Gestión de la infraestructura, Facturación y recaudo, Investigación, Gestión financiera.</p> <p>En cuanto a los temas contenidos propuestos en las actividades están:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Servicio al cliente, -Comunicación asertiva , liderando me lidero e inteligencia emocional. 	50%	<p>Observación a abril de 2018</p> <p>La subdirección de sistemas solicita el plan de capacitaciones para la implementación de la política de protección de datos personales.</p> <p>Observaciones a diciembre 31 de 2018</p> <p>En el desarrollo del cronograma de toda la vigencia de 2018 del Plan Institucional de Capacitaciones se desarrollaron: capacitaciones en el puesto de trabajo, jornadas de actualización, talleres, coloquios, congresos, diplomados, simposios, charlas magistrales.</p> <p>Los programas de inducción y los programas de reincidencia no están contenidos en el PIC.</p> <p>Soporte: Cronograma.</p>

SUB-COMPONENTES/ PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACION
4.8	Mantener estrategias definidas en el Programa de Incentivos para destacar el desempeño de los servidores en relación al servicio prestado al ciudadano.	Cumplimiento a las actividades definidas en el programa de incentivos	<p>Actividades a diciembre 31 de 2018</p> <p>El plan de incentivos institucionales, elaborado el 08/09/2018, aprobado el 29/09/2018, su aplicación en toda la organización de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, cuenta con un cronograma de actividades de incentivos que registra cinco (5) actividades del II semestre de 2018, estas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Felicitaciones PQRSDF - tres (3) actividades programadas y ejecutadas -Rula de Acreditación - actividad programadas y ejecutada. -Premios SAMI- actividad programada. 	80%	<p>Observación a abril de 2018</p> <p>Con oficio 2018402004843-1 se informa que la fecha programada para su cumplimiento es el 14 de diciembre de 2018</p> <p>Observaciones a diciembre 31 de 2018</p> <p>Soporte: cronograma general de actividades, en donde se establecen cinco (5) actividades planeadas del II semestre de 2018 de las cuales se ejecutaron 4 = 80%</p>
Relacionamiento con el ciudadano con 4.9	Realizar periódicamente (semestral) informes de la voz del usuario a través de las PQRSD, 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	Informes de Gestión de las PQRSD	<p>Actividades cumplidas Abril 30.</p> <p>En el informe de gestión de PQRSD del primer trimestre de 2018 registran 133 quejas y reclamos según los atributos de la calidad: oportunidad 54, accesibilidad 28 que corresponden al 21%, humanización 18, seguridad 10, continuidad 9, pertinencia 14. Documento entregado a la dirección de atención al usuario.</p> <p>Actividades cumplidas Agosto 31</p> <p>El informe de Gestión de la Subdirección operativa de la Defensoría del Usuario revela que en primer semestre se han presentado un total de 889 peticiones, de las cuales 515 corresponden al segundo trimestre de 2018, observando un aumento significativo (22.1%) en el semestre, con respecto al mismo periodo del año anterior.</p> <p>Actividades a diciembre 31 d e2018</p> <p>La subdirección operativa defensoría usuario presento su Informe de gestión correspondiente al III trimestre de2018, este informe contiene la información de FPQRSDD.</p>	100%	<p>Observación a abril de 2018</p> <p>El informe de Gestión de PQRSD se elaboro en abril de 2018.</p> <p>Observación a agosto de 2018</p> <p>Indicadores registrados en el informe del gestión de la Subdirección operativa de Defensoría al Usuario del mes de julio.</p> <p>Observaciones a diciembre 31 de 2018</p> <p>Soporte: El informe de gestión contiene la información hasta el mes de septiembre d 2018</p>



SUB COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACION
			<p>Actividades a Abril 30 de 2018</p> <p>En el informe de gestión de PQRSFD del primer trimestre de 2018 registran 35 quejas y reclamos según los atributos de la calidad: oportunidad 16, accesibilidad 1, amabilidad 10, seguridad 6, pertinencia 2.</p> <p>Documento entregado vía electrónica por la dirección de atención al usuario.</p> <p>Actividades cumplidas Agosto 31</p> <p>El informe semestral de gestión de PQRSFD registran en el primer Semestre de 2018 un total de 187 peticiones de las cuales el 47% (89) son felicitaciones, 29% (55) son reclamos, 18% (34) son quejas, 4% (8) son sugerencias y el 1% (2) son solicitudes de información.</p> <p>Actividades a Diciembre 31 de 2018</p> <p>El informe de III y IV trimestre de PQRSFD 2018, contiene la información general del segundo semestre de 2018, en cuanto a peticiones recibidas y su tramite.</p>	100%	<p>Observación a abril de 2018</p> <p>La Unidad Funcional Zipaquirá registra la información del primer trimestre de 2018 referente a PQRSFD</p> <p>Observación a agosto de 2018</p> <p>Indicadores registrados en el informe del gestión de la Unidad Funcional Zipaquirá.</p> <p>Observaciones a diciembre 31 de 2018</p> <p>Soporte: Información de PQRSFD, muy general, de la Unidad Funcional Zipaquirá del II semestre de 2018.</p>

Quinto componente: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información

5.1	Identificación de informes que deben ser publicados en la página WEB	Listado de informes a ser publicados	<p>Actividades cumplidas Abril 30.</p> <p>Verificada la información publicada en la página WEB de la E.S.E. frente a la ley 1712 de 2014 y al decreto reglamentario 103 de 2015, de carácter obligatorio, la información mínima requerida a publicar, cumple parcialmente con los parámetros organización, actualización y completa.</p> <p>Actividades Agosto 31</p> <p>El acta 091 de 28 de agosto de 2018 define los criterios e informes a publicar en la página WEB, conforme lo establecido en la ley 1712 de 2014.</p>	100%	<p>Observación a abril de 2018</p> <p>La verificación para el presente seguimiento se realiza conforme lo establecido en la ley 1712 de 2014 y decreto reglamentario 103 de 2015.</p>
5.2	Definir los criterios de publicación en la página WEB	Criterios definidos	<p>Actividades a Agosto 31 de 2018</p> <p>El acta 091 de 28 de agosto de 2018 define los criterios e informes a publicar en la página WEB, conforme lo establecido en la ley 1712 de 2014.</p>	100%	
5.3	Elaboración y firma de Acuerdo de Confidencialidad y responsabilidad del contenido de la publicación a cada uno de los responsables	Acuerdos de Confidencialidad y Responsabilidad firmados por cada uno de los líderes de proceso	<p>Actividades a diciembre 31 de 2018</p> <p>Se preciso sobre los funcionarios responsables de la información a todos los entes de Control, entidades y los responsables de la publicación en el sitio WEB, se elaboro por parte de la oficina Asesora Jurídica, posteriormente se firmaron por cada uno de los responsables.</p>	93%	<p>Observaciones a diciembre 31 de 2018</p> <p>La Oficina Asesora Jurídica lidero, elaboro el documento, Soporte Acuerdos de confidencialidad firmados</p> <p>Indicador: 20 acuerdos de confidencialidad de 29 responsable de información.</p>

Lineamientos de Transparencia Activa

SUB COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACION
5.4	Publicación de información sobre contratación pública	Publicación de toda la información relacionada con los procesos de adquisición de bienes y servicios en la página WEB del Hospital y demás portales del Estado	<p>Actividades cumplidas Abril 30.</p> <p>Verificada la información publicada en la página WEB de la E.S.E., frente a la ley 1712 de 2014 y al decreto reglamentario 103 de 2015, de carácter obligatorio, la información mínima requerida a publicar, cumple parcialmente con los parámetros organización, actualización.</p> <p>Actividades Agosto 31</p> <p>Aplicada la matriz de cumplimiento de la Procuraduría General de la Nación arrojó un resultado de cumplimiento del 20,14%; una vez realizadas las acciones de mejora, se reporta un cumplimiento del 68%.</p> <p>Actividades a diciembre 31 de 2018</p> <p>Se realizó en el mes de noviembre el reporte de cumplimiento TIA para el segundo semestre de 2018, obteniendo el 91% de avance.</p>	92%	<p>Observaciones a diciembre 31 de 2018</p> <p>La publicación se verifica a través del SIA OBSERVA, aplicativo de la Auditoría General de la Nación y La Contraloría de Cundinamarca.</p>
5.5	Publicación y divulgación de información establecida en la Estrategia de Gobierno en Línea.	Verificación del cumplimiento de la publicación de la normatividad en la página WEB institucional (entrega de Informe general y a cada uno de los responsables)	<p>Actividades cumplidas Agosto 31</p> <p>Aplicada la matriz de cumplimiento de la Procuraduría General de la Nación arrojó un resultado de cumplimiento del 20,14%; una vez realizadas las acciones de mejora, se reporta un cumplimiento del 68%.</p> <p>Actividades a diciembre 31 de 2018</p> <p>Se realizó en el mes de noviembre el reporte de cumplimiento TIA para el segundo semestre de 2018, obteniendo el 91% de avance.</p>	91%	<p>Observación a abril de 2018</p> <p>La verificación para el presente seguimiento se realiza conforme lo establecido en la ley 1712 de 2014 y decreto reglamentario 103 de 2015.</p> <p>Observación Agosto de 2018</p> <p>Control Interno desarrollo la Auditoría de transparencia y acceso a la información, constituyéndose en la línea base para las realizaciones de acciones de mejora.</p> <p>Observación a diciembre 31 de 2018</p> <p>Se dio cumplimiento de manera oportuna al reporte de cumplimiento de la Procuraduría General de la Nación.</p> <p>Soporte: reporte de cumplimiento TIA y respuesta a oficio.</p>

SUB COMPONENTES/ PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACION
Lineamientos de Transparencia Pasiva 5.6	Dar cumplimiento a las respuestas de las solicitudes en los términos establecidos en la Ley	Informe trimestral de PQRSO	<p>Actividades a Abril 30 de 2018</p> <p>En el informe de gestión de PQRSO del primer trimestre de 2018 registra que en el trimestre se han presentado 260 solicitudes (quejas 46, reclamos 87, solicitudes de información 102, sugerencias 12, peticiones 13), de estas se les dio respuesta a 226, que corresponde al 87%.</p> <p>Actividades cumplidas Agosto 31</p> <p>El Informe de Gestión de la Defensoría del Usuario registra: "... en el segundo trimestre se radicaron 355 peticiones, quejas, reclamos, y sugerencias de las cuales se dieron respuesta oportuna, dentro de los términos de ley al 98%.</p> <p>Actividades a diciembre 31 de 2018</p> <p>El Informe de Gestión de la Defensoría del Usuario registra del III trimestre de 2018, registra: "... en el III trimestre se radicaron 485 peticiones, quejas, reclamos, y sugerencias de las cuales se dieron respuesta al peticionario oportunamente dentro de los primeros 15 días hábiles al 94%, ya que el 6% corresponde a 27 quejas, reclamos, solicitudes, sugerencias y petición que su respuesta es posterior....")</p> <p>Actividades cumplidas Abril 30.</p> <p>En la unidad funcional de Zipaquirá se registran del primer trimestre de 2018, 32 peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles, con un total de 37 peticiones (reclamos 22, quejas 12, sugerencias 2, solicitud de información 0), esto corresponde al 86,48% de respuestas a las PQRS.</p> <p>Actividades cumplidas Agosto 31</p> <p>En el Trimestre se radican 62 solicitudes y con respuesta dentro de los 15 días hábiles siguientes el 95%.</p> <p>actividades a diciembre de 2018</p> <p>En el I semestre de 2018 se reciben 186 peticiones de las cuales se les dio respuesta dentro de los 15 días hábiles a 176, siendo el indicador 94,62%</p>	100,0%	<p>Observación a agosto de 2018</p> <p>En lo transcurrido de la vigencia 2018 se han recibido 107 quejas, 232 reclamos, 223 solicitudes de información, 23 Sugerencias, 25 peticiones, en total 615.</p> <p>Observación a diciembre 31 de 2018</p> <p>A septiembre de 2018 la E.S.E. ha recibido 175 quejas, 402 reclamos, 438 solicitudes de información, 33 sugerencias, 52 peticiones y 458 felicitaciones.</p> <p>Soporte: Informe de Gestión FQRSD del III trimestre de 2018.</p> <p>La subdirección de Defensoría del usuario, aclara lo siguiente: El 6% correspondiente a 27 quejas, reclamos, solicitudes, sugerencias y petición que su respuesta es posterior a 30 de septiembre de 2018.... por tal motivo el cumplimiento es al 100%.</p> <p>Observación soportada con correo electrónico enviado.</p> <p>Observaciones a 31 de diciembre de 2018</p> <p>La información entregada para el presente seguimiento por defensoría del Usuario - Bogotá y la Unidad Funcional Zipaquirá se presentan en diferente periodo, formato; no hay homologación de la información.</p> <p>La Dirección de Atención al usuario, aclara lo siguiente: Es importante aclarar que durante el periodo que es evaluado se da respuesta en términos de ley a la peticiones que se deben contestar en 15 días hábiles quedando un porcentaje de quejas que no se les da respuesta debido a que no se ha cumplido el término al corte del periodo". Es decir de acuerdo al corte de los informes se da cumplimiento al 100% y a la fecha se ha dado respuesta al 100% de las peticiones, quedando un porcentaje pendiente por contestar ya que su término de vencimiento está vigente. Observación soportada con correo electrónico enviado.</p> <p>Observación a abril de 2018</p> <p>Se han recepcionado en la subdirección de sistemas el registro de información de la subdirección de personal y la subdirección de sistemas.</p> <p>Observación agosto de 2018</p> <p>La Subdirección de sistemas ejecutó los diseños de la matriz de activos de información, realizó pruebas e inicia su implementación.</p>
Elaboración de los Instrumentos de Gestión	Implementación de los 3 instrumentos establecidos por la Ley para apoyar el proceso de gestión de información de las entidades: -El registro o inventario de activos de información.	Matriz de Activos de Información consolidada	<p>Actividades a Agosto 31 de 2018</p> <p>La Subdirección de sistemas viene desarrollando la matriz de activos de información, para ello realizará en cada área y/o servicio una entrevista para obtener la información que conformará la</p>	15%	



SUB-COMPONENTES/ PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACION
Información	El esquema de publicación de la información. El índice de información clasificada y reservada.	Matriz de información publicada	Una versión para usuarios y otra versión para proveedores que conforman la matriz de activos consolidada. Actividades a diciembre 31 de 2018		Observaciones a diciembre 31 de 2018 A la fecha solo se ha enviado la matriz por parte de subdirección de personal y subdirección de sistemas, por tanto no se puede realizar la consolidación de la matriz para ser publicada en la página Web. Se diseña estrategia con el fin de realizar este levantamiento por cada área. Sin soporte.
5.8	Definir estrategia de comunicación en medios electrónicos para facilitar la accesibilidad a información pública	Estrategia definida	<p>Actividades diciembre 31 de 2018</p> <p>El programa estratégico de comunicaciones en salud -código 01GIS08-V3, en su nueva versión de diciembre de 2018, se actualizó, el numeral 6 - líneas estratégicas y su descripción, en donde se establece las líneas estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación interna. - Comunicación externa. - Asesoría de Comunicaciones Estratégicas. - Cultura organizacional de comunicaciones. - Facilitar la accesibilidad a la información pública a través de la estrategia en medios electrónicos 	100%	<p>Observación agosto de 2018</p> <p>El programa estratégico de comunicaciones en salud -código 01GIS08-V2 en el numeral 6 establece las líneas estratégicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comunicación + conexión = a humanización. -Comunicación en HUS fomentamos humanización. Con estrategia y comunicación transitaríamos humanización. -Cultura comunicación al servicio de la humanización. -La imagen del HUS eres TU. <p>Observación diciembre 31 de 2018</p> <p>Se realizó la actualización del PECOS (Plan Estratégico de Comunicación en Salud), donde se definieron las diferentes estrategias para fortalecer la difusión de la información a través de los medios electrónicos.</p> <p>Soporte: Programa de comunicaciones en salud V2 y V3.</p>
5.9	Ejecutar en un porcentaje igual o superior al 40% el Proyecto de diseño e inversión para mejorar condiciones de accesibilidad de infraestructura para personas con discapacidad física	Mejora de ambientes interiores: unidades sanitarias y duchas	<p>Actividades diciembre 31 de 2018</p> <p>El contrato No. 458 de 2017, suscrito el 29 de diciembre de 2017 tuvo por objeto el mantenimiento y adecuación del área de observación de urgencias, que incluye el sistema de ventilación, el sistema de gases medicinales, el sistema hidrosanitario y actividades de mantenimiento complementarias de la E.S.E., se cumplió en septiembre de 2018 con ejecución del 100%.</p> <p>El contrato No. 440 de 2018, suscrito el 8 de octubre de 2018, tiene por objeto la adecuación para el cumplimiento de la NTC 6047 y la resolución 14861 de 1985 de las unidades sanitarias públicas que incluye también, implementación de ventilación, mejoramiento del sistema hidrosanitario y las actividades de mantenimiento complementarias de la E.S.E. se ha ejecutado en un 10%.</p>	100%	<p>Observación agosto de 2018</p> <p>Con oficio de fecha 3 de septiembre de 2018 el líder de proyecto de arquitectura y mantenimiento informa que la ejecución de las actividades: "...la intervención de obra se refiere al mantenimiento y renovación de la batería de baños públicos teniendo en cuenta los requerimientos normativos de acceso a personas con discapacidad física. Por lo anterior dicha ejecución de obra está ligada al rubro de mantenimiento, por esto no se encuentra reflejado en el plan bienal..."</p> <p>Observación a diciembre 31 de 2018</p> <p>Se han ejecutado el 55% (100%+10%) de las obras contratadas y ejecutadas en la vigencia 2018, porcentaje que es superior al 40% de lo establecido en la actividad.</p> <p>Soporte: Contratos Nos. 458 de 2017 y 404 de 2018 e informes de ejecución.</p>
Criterio Diferencial de Accesibilidad			<p>Actividades cumplidas Abril 30.</p> <p>se recibieron 102 solicitudes de información con respuesta al usuario dentro de los términos de ley 95 y corresponde al 33% las restantes (7) su respuesta esta dentro de los términos y es posterior al 31 de marzo de 2018.</p> <p>Actividades cumplidas Agosto 31</p> <p>Bogotá: En el I trimestre se recibieron en Bogotá 126 solicitudes, con respuesta oportuna al 100%. En la Unidad Funcional Zipaquirá 59, para un total de 165 solicitudes.</p> <p>Actividades a diciembre 31 de 2018</p> <p>En el III trimestre de 2018 se han radicado 210 solicitudes de información de las cuales se dieron respuesta oportuna al 99%</p>		



SUB COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE DE AVANCE	OBSERVACION
Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.10 Generar un informe de solicitudes de acceso a información que contenga: 1. El número de solicitudes recibidas. 2. El número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución. 3. El tiempo de respuesta a cada solicitud. 4. El número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.	Informe trimestral de PQRSD que contenga los parámetros definidos en la actividad	Actividades cumplidas Abril 30. En el trimestre se realizaron cinco trasladados, cuatro de ellas fueron a la unidad funcional Zipaquirá y una a otra institución a la EPS CONVIVA. Actividades cumplidas Agosto 31 En el segundo trimestre no se trasladaron solicitudes a otra institución. Actividades a diciembre 31 de 2018 En el III trimestre no se trasladó ninguna solicitud de información a otra institución. Actividades cumplidas Abril 30. El tiempo de respuesta promedio de respuesta a las solicitudes es de 6 días en el primer trimestre de 2018. Actividades cumplidas Agosto 31 El tiempo de respuesta promedio de la solicitudes en Bogotá es de siete (7) días. En la Unidad Funcional Zipaquirá esta dentro de los quince días establecido por norma. Actividades a diciembre de 2018 El tiempo de respuesta con corte a septiembre de 2018 es 7 días en Bogotá. Actividades cumplidas Abril 30. En el primer trimestre de 2018 no se negó ninguna información. Actividades cumplidas Agosto 31 En el segundo trimestre de 2018 no se negó el acceso a la información. Actividades a diciembre 31 de 2018 Con corte al III trimestre de 2018 no se ha negado ninguna solicitud de información.	100%	Observación a abril de 2018 Información contenida en el informe de gestión del primer trimestre de 2018 Observación a agosto de 2018 Indicadores registrados en el informe del mes de julio. Subdirección operativa de Delensoría al Usuario del mes de julio. Observaciones a diciembre 31 de 2018 Soporte: Informe de gestión FQPRSD III trimestre de 2018.
Sexto componente: Iniciativas adicionales.					
INICIATIVA ADICIONAL	6.1 Elaborar el Código de Integridad y Buen Gobierno	documentado elaborado y aprobado.	Actividades a diciembre 31 de 2018 La resolución No. 526 de 17 de diciembre de 2018, por medio de la cual se deroga todas sus partes la resolución 337 de agosto de 2014 y se adopta el código de integridad para la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaniana.	100%	Observaciones a diciembre 31 de 2018 La resolución 526 de diciembre de 2018 adopta el código integridad para los servidores públicos de la E.S.E. , no se observa la participación de los funcionarios y servidores públicos en la elaboración del acto administrativo
Avance de Actividades cumplidas				81%	

YETICA HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Bogotá, enero 18 de 2019