

## SEGUIMIENTO 3 OCI

Fecha de Seguimiento: 31 de Diciembre de 2016.

Componente	Actividade Programadas	Actividades Cumplidas	% de Avance
<b>1. Mapa de Riesgos de Corrupción</b>	Medición y evaluación periódica de indicadores de gestión, Acciones de mejora y seguimiento	Los Indicadores, Establecido en la Institucion en le cuadro de mando Integral, son leidos y analizados en los difrentes comites de Gestion de la Institucion, tanto Administrativos como asistenciales, según el cronograma establecido para cada comité, las acciones de mejoramiento se establecen en cada comite mediante compromisos a desarrollar segun fechas establecidas. Apartir del 20 de octubre se esta desarrollando el plan de gestion de la nueva vigencia, por cambio de Gerente.	80%
	Realizacion de comités Institucionale de Desarrollo Administrativo para el análisis, acciones correctivas y recomendaciones con base a variables e indicadores.	El comité de Desarrollo administrativo se desarrolla bimensalmente, paralelamente con MECI,	100%
	Control de consumo de insumos.	Por parte del subproceso Gestion de bienes insumos y suministros, en el software Dinamica se lleva el resgistro de control de Insimos	100%
	Seguimiento a la ejecución presupuestal.	De manera Mensual y cada vez que lo amerite se realiza el seguimiento de ejecuciun presupuestal	100%
	Toma de decisiones sobre la base de comité de compras y contratación.	Se realizó el comité de compras y contrtacion en el mes de septiembre aprobacion plan de compras, nueva vigencia	60%
	Inventarios	Se contrato auditoria extrena para inventario General en el mes de Noviembre	100%
	Reporte, análisis y evaluación de Indicadores de manera oportuna.	Aun cuando se realiza el reporte de los indicadores, el nalisis y evaluacion no se realiza en todos los casos	80%
	Planes de mejoramiento a las desviaciones de los objetivos y metas Institucionales.	Mediante las evaluaciones de acreditacion en salud y auditorias de calidad se realizan los palnes de mejoramiento de cada uno de los estandares de acreditacion como son: Cliente asistencia, tecnologia, ambiente fisico, Gerencia de la informacion , Direccionamiento, talento humano, control y mejora asi mismo para el caso de la PQR, una vez investigadas, se procede al plan de mejoramiento segun el caso.	100%
	Socializacion del procesos en reunión de procesos.	De manera quincenal de 4:00 a 6:00 pm se tiene reunion de procesos, donde se socilizan los procesos en sus actualizaciones y/o ajustes necesarios.	100%
	Designacion del interventor o supervisor con conocimiento del objeto contractual.	La supervision es designada a los colaboradores de planta .	80%
	Inspecciones oculares del estado y calidad de los bienes	Se tiene un plan de mantenimiento correctivo y preventivo de todos los elementos con cronograma establecido	100%
	Infomar oportuna de la designacion de supervision.	No se cumple con el procedimiento de notificar oportunamente la designacion de supervision de los contratos.	0%
	Cumplimiento del estatuto de Contrtacion de la Institucion.	En cumplimiento	100%
	Reforzamiento en la socialización y adherencia del código ética y buen gobierno, principios y valores Institucionales.	En el mes de septiembre se realizo evaluacion de adherencia al codigo de ETICA	100%
	Socializacion de los procedimientos, políticas y normas establecidas en la Instiucion.	En capacitacion genmeral se realizo la socializacion de las politicas: Prestacion y humanizacion del servicio, talento humano, confidencialidad y seguridad de la informacion, Gestion ambiental, Gestion de la tecnologia, Gestion de calidad, Politica de Gestion de calidad , Gestion del Riesgo.	100%

	Seguimiento a la PQR de acuerdo al cumplimiento de la norma que aplique.	El seguimiento a las PQRS, se realiza mediante consecutivo designado por la oficina de control interno y evaluación y análisis en el comité de ética hospitalaria el cual se desarrolla mensualmente.	100%
<b>2. Racionalización de Trámites</b>	Inventario de Trámites	De acuerdo al Sistema Único de Información de Trámites SUIT, se determinaron los trámites propios de la Institución Estandarizados de acuerdo a la homologación o equivalencia de gran parte del contenido de los trámites atendiendo la norma Nacional que los reglamenta, catalogados como trámites MODELO: las acciones, condiciones, o requisitos del trámite, se identifican por que ya tienen creados los momentos o pasos. De acuerdo a estos parámetros se subieron al aplicativo los siguientes trámites: Historia clínica, certificados de defunción, solicitud cita medicina general, Atención laboratorio clínico, Entrega de medicamentos.	60%
	Identificar posible alternativa de optimización en los trámites priorizados.	NO iniciado	0%
<b>3. Rendición de Cuentas</b>	Diagnostico de la calidad y el lenguaje en el proceso de Rendición de Cuentas	El 31 de Marzo se realizó la audiencia pública de rendición de cuentas, vigencia 2015, se desarrolló el auditorio de la Institución, con la participación de representantes de la Alcaldía Municipal, EPS, usuarios y colaboradores, abordando el informe financiero, de servicios, infraestructura, programas y experiencias exitosas de la Institución, se desarrolló una encuesta de evaluación arrojando un resultado positivo, por parte de los participantes.	100%
	Definición de Acciones		100%
	Diagnostico del dialogo con el Ciudadano en el proceso de Rendición de Cuentas		100%
	Definición de Acciones		100%
	Diagnostico del Estado de incentivos en el proceso de Rendición de Cuentas		100%
	Definición de Acciones		100%
	Diseñar estrategia para Evaluación y retroalimentación de la Gestión de Rendición de Cuentas		0%
	Socialización de la política de Institucional de humanización y prestación del servicio	En el mes de mayo en capacitación General se realizó la socialización de la Política con la participación de todos los colaboradores.	100%
	Medición de adherencia a la política Institucional de humanización y prestación del servicio	Al finalizar la jornada de capacitación se realiza la evaluación de adherencia a la política y se obtuvo un resultado satisfactorio.	80%
	Revisar, actualizar y socializar el procedimiento de PQRS.	Se realizó la actualización y posterior socialización del procedimiento en capacitación general	100%
	Establecer plan de acción en comité de ética hospitalaria altamente efectivo.	En el desarrollo del comité se establecen los compromisos a seguir pero no se estableció plan de acción.	80%
	Taller educativo al usuario en el uso de los canales de atención, telefónica e internet.	Se suministran papeletas con Nros telefónicos para solicitar cita, son distribuidos por el área de citas y atención a vinculados, para el caso de citas por Internet aun no está habilitado el servicio.	80%
	Fortalecer los mecanismos de comunicación asertiva a todos los colaboradores, mediante capacitación General y en proceso de inducción y reinducción.	Se realizó charla de capacitación asertiva en capacitación de comunicación asertiva en el mes Junio, para el presente cuatrimestre no se realizó	100%

<b>4. Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano</b>	Establecer cronograma con temario para informacion y educacion a los usuarios y sus familias mediante ayudas audiovisuales.	En cumplimiento	100%
	Seguimiento al cronograma y medicion de adherencia	En proceso de medicion	60%
	Ampliacion de las lineas telefonicas y colaborador	No iniciado	50%
	Capacitacion a todos los colaboradores en atencion humanizada del servicio.	Se desarrollo taller con todos los colaboradores en el mes de abril	100%
	Fortalecer la adherencia a los derechos y deberes de los usuarios, por parte de todos los colaboradores, mediante seguimiento periodicos.	Se desarrollo encuesta para adherencia a derechos y deberes en salas de espera y usuarios internos	100%
	Continuar con las actividades propuestas en plan de mejoramiento de clima laboral y cultura organizacional	Se practicó la Encuesta de instrumento clima laboral correspondiente al 1er semestre de la actual vigencia con el respectivo analisis por procesos, se espera la elaboracion de planes de mejora con cada lider de proceso, retomando las acciones propuestas pendientes por desarrollar.	100%
	Revisar, actualizar y socializar el procedimiento de PQRS.	Procedimiento Actualizado socializado	100%
	Seguimiento a la trazabilidad de respuestas de las PQR y planes de mejoramiento	Se realizó seguimiento al primer y segundo trimestre de la vigencia	100%
	Informes mensuales de PQRS ante el comité de etica hospitalaria	En el comité de etica hospitalaria se presenta el informe de PQR por procesos por parte de la oficina de SIAU	100%
	Informes trimestrales de respuesta y acciones de mejoramiento de las PQRS, a Gerencia	Informe trimestral Consolidado de PQRS	100%
	Elaborar , aprobacion y publicacion carta del trato digno.	Incumplido	0%
	Analisis del cumplimiento de las metas de promocion y prevencion frente a la caracterizacion de los usuarios.	S e realizó caracterizacion por EPS con analisis de cumplimiento de metas por cada una, realizando estrategias para el cumplimiento de las metas incumplidas.	80%
	Revision y Modificacion de la encuesta	La Encuesta fue modificada, con periodo de prueba en el mes junio e implementada en sutotalidad en el mes julio.	100%
	Elaboracion de formato para PQRS verbales.	Se utiliza el mismo formeto de PQRS Escritas	100%
	Cronograma de reuniones periodicas con asociacion de usuarios	Se realizo reunion en el mes de octubre con la participacion de todos los integrantes.	100%
	Verificacion de la efectividad de las reuniones con asociacion de usuarios.	Por Ausencia de los miembros de la asociacion de usuarios se presenta dificultad para el cumplimiento del cronograma, falta mayor compromiso por parte de los integrantes	60%
<b>Mecanismos para transparencia y Acceso a la informacion</b>	Diagnostico del nivel de implementacion del lineamientos de tranparencia activa según la matriz autodiagnostica.	Se realizo diagnostico de acuerdo a la matriz autodiagnostica de transparencia	100%
	Plan de Accion y mejoramiento para el cumplimiento de la Norma de la informacion sujeta a publicacion	S e realizo plan de accion para las acciones inherentes a los procesos de Atenciona la usuario, Comunicación, Calidad, Finaciera	100%
	Diagnostico del nivel de implementacion del lineamiento de tranparencia pasiva según la matriz Autodiagnostica.	En proceso	60%
	Plan de Accion y mejoramiento para el cumplimiento de la Norma en lineamientos de tranparencia pasiva.	En proceso	60%
	Actualizacion de la tabla de retencion documental	Actualizada Res 558 de mayo 27 de 2016	100%
	Verificar y actualizar el registro de activos de la informacion	Actualizado	100%
	Verificar y actualizar el indice de informacion clasificada y reservada	Actualizada	100%

	Verificar y actualizar el esquema de publicacion de la informacion	En proceso	20%
	Realizar diagnostico de la informacion y el criterio diferencial de accesibilidad de acuerdo a lo requerido por la norma	En proceso	20%
	Plan de accion y mejoramiento del criterio diferencial de la informacion	En proceso	20%
	Implementacion del mecanismo de seguimiento de acceso a la informacion publica	En proceso	20%
<b>6. Iniciativas Adicionales</b>	Socializacion Principios Eticos	En capacitacion General, Via correo electronoco	100%