

SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

NIVEL DE CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PLAN ANTICORRUPCIÓN 2020 = (ACTIVIDADES CUMPLIDAS / ACTIVIDADES PROGRAMADAS) * 100

| | | |
|--------------|----------|------------|
| De 0 - 59% | Rojo | Zona Baja |
| De 60 a 79% | Amarillo | Zona Media |
| De 80 a 100% | Verde | Zona Alta |

| | Componente 1 | % Cumplimiento Componente 1 | Componente 2 | % Cumplimiento Componente 2 | Componente 3 | % Cumplimiento Componente 3 | Componente 4 | % Cumplimiento Componente 4 | Componente 5 * | % Cumplimiento Componente 5 | Total actividades | % Cumplimiento actividades |
|--|--------------|--------------------------------|--------------|--------------------------------|--------------|--------------------------------|--------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------|-------------------|-------------------------------|
| Actividades programadas | 4 | 100% | 4 | 100% | 9 | 100% | 21 | 100% | 17 | 100% | 55 | 500% |
| Actividades cumplidas | 4 | 100% | 2 | 65% | 9 | 100% | 21 | 96% | 9 | 49% | 45 | 410% |
| Nivel de Cumplimiento = (%Actividades cumplidas /100% Actividades programadas) *100 | | | | | | | | | | | 82% | 82% |

(*) Componente 5 Teniendo en cuenta que hay actividades planteadas en el Componente 2 y 5 que no se cumplieron, estas deben ser formuladas en la Matriz del PAAC para la vigencia 2021

Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción

| Subcomponente | Actividades | Meta o producto | Responsable | Fecha programada | Porcentaje de avance% | Descripción del avance | Evidencias | Ubicación de la evidencia ANEXOS ADJUNTOS | Observaciones | |
|--|-------------|--|---|---------------------------------------|-----------------------|------------------------|---|--|---|---|
| Subcomponente /proceso 3 Consulta y divulgación | 3.1 | Publicar el Mapa de riesgos de corrupcion definitivo | Mapa de riesgos publicado en pagina web | Gestión de Planeación Organizacional | Enero | 100% | El PAAC fue publicado para consulta a la ciudadanía el día 18 de enero de 2020. | El Link de acceso es http://www.saludtundama.gov.co/new/index.php/transparencia/planeacion/plan-anti-corrupcion | El Link de acceso es http://www.saludtundama.gov.co/new/index.php/transparencia/planeacion/plan-anti-corrupcion | El Link de consulta Interna de nuestros colaboradores es: https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento |
| | 3.2 | Publicara el Mapa de riesgos de Gestion definitivo | Mapa de riesgos publicado en pagina web | Gestión de Planeación Organizacional | Abril | 100% | Ajustar el mapa de riesgos de corrupción por proceso conforme a las nuevas condiciones operacionales de las Entidades, considerando las circunstancias del entorno y los lineamientos impartidos, tanto por el Gobierno Nacional, los Gobiernos Locales como por el Representante Legal al interior de la entidad a raíz de la pandemia originada por el COVID-19 | Proyecto matriz de riesgo de destión ajustada | http://webmail.saludtundama.gov.co/cpsess2252381913/3rdparty/afterlogic/#mail/-1752102961/INBOX/msg7488 | En época de crisis, las prioridades de los procesos, recursos, programas o proyectos sin duda cambian, razón por la cual las Instituciones deben revisar sus riesgos bajo las nuevas condiciones operacionales de las Entidades, considerando las circunstancias del entorno y los lineamientos impartidos, tanto por el Gobierno Nacional, los Gobiernos Locales como por el Representante Legal al interior de la entidad. |
| | 3.3 | Socializar Mapa de riesgos de Gestion y de Corrupcion con todo el personal | Mapa de riesgos publicado en pagina web | Líder Gestión de Evaluación y Control | Mayo | 100% | La matriz de riesgo fue socializada por el Apoyo de Calidad en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño según consta en catas No. 07,08 y 016 de 2020 | Actas de Comité Institucional de Gestión y Desempeño Nos. 07,08 y 016 de 2020 | https://n9.cl/dupy | Es necesario que de acuerdo a Informes de Seguimiento de la Oficina de Control Interno se ajuste la Matriz desde los Riesgos que queden inmersos en la matriz general |
| Subcomponente /proceso 5 Seguimiento | 5.1 | Seguimiento a la efectividad de los controles | Formato de seguimiento diligenciado. | Oficina Asesora Control Interno | Marzo - Noviembre | 100% | Informes de seguimiento publicados | Matriz diligenciada y publicada | http://www.saludtundama.gov.co/new/index.php/transparencia/control-interno/39-modulo-articulos-transparencia/control/297-informes-seguimientos-oficina-de-control | El artículo 2.1.4.6. del Decreto 1081 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República" establece que estará a cargo de las Oficinas de control interno, para lo cual publicarán en la página web las actividades realizadas. Por su parte, el monitoreo estará a cargo del Jefe de Planeación o quien haga sus veces y del responsable de cada uno de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. |

100%

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Componente 2. ACCIONES DE RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES A DESARROLLAR

Volver a la O.Portada

SEGUIMIENTO 3 - DICIEMBRE

| Nombre del Trámite, Proceso o Procedimiento | Acción Específica de Racionalización | Mejora por implementar | Beneficio al ciudadano y/o entidad | Tipo racionalización (administrativa / tecnológica / normativa) | Responsable | Fecha Programada | Porcentaje de avance% | Descripción del avance | Evidencias | Ubicación de la evidencia ANEXOS ADJUNTOS | Observaciones |
|--|---|--|---|---|-----------------------------|---------------------|-----------------------|--|---|---|--|
| 1. Inventario de Tramites | Identificar los tramites relacionados en cada proceso | Establecer los tramites sujetos de racionalizacion | Calidad en el servicio: Realizar la automatización del Trámite para que este sea en línea: Identificar los tramites que le permiten al usuario de la E.S.E. salud Tundama no desplazarse a las instalaciones para la realización de la solicitud de Registro. | Tecnologica | Responsable plataforma SUIT | Febrero - Mayo | 100% | Se tiene asignacion de citas por whatsapp y call center, ademas se esta haciendo teleorintacion asignando la cita al usuario. | Grabaciones de llamadas en servidor de call center, y mensajes de whatsapp guardados en el equipo para tal fin. | servidor call center, tablet de whatsapp | Se actualizan en tiempo real |
| 2. Identificar posible alternativa de optimizacion en los tramites priorizados. | Diagnósticar el estado del inventario de los trámites publicados en el SUIT | Optimizacion del servicio | Calidad en el servicio | Tecnologica | Responsable plataforma SUIT | Junio - Julio | 0% | N/A | N/A | N/A | |
| 3. Identificar Accesibilidad en los tramites priorizados. | Asignación de Roles en la Institución | Optimizacion del servicio | Calidad en el servicio | Tecnologica | Responsable plataforma SUIT | Febrero - Diciembre | 60% | a Diciembre 31 de 2020 se encuentran los siguientes trámites en la WEB: Asignación de citas y PQR, | http://www.saludtundama.gov.co/new/ | http://www.saludtundama.gov.co/new/ | Es Necesario elabora el diagnóstico de los trámites que de acuerdo a la Norma pueden ser incluidos en el SUIT. |
| 4. Actualizar en la plataforma del SUIT los trámites priorizados en la Institución | Cargar y actualizar información de los trámites publicados y a publicar en la plataforma SUIT | Optimizacion del servicio | Calidad en el servicio | Tecnologica | Responsable plataforma SUIT | Febrero - Diciembre | 100% | Se verifican los tramites cargados al SUIT y no han requerido actualizacion; sin embargo si es necesario que se elabore el diagnóstico que identifique si es o no necesario incluir trámites nuevos. | http://www.saludtundama.gov.co/new/ | https://www.funcionpublica.gov.co/web/suit | Es Necesario elabora el diagnóstico de los trámites que de acuerdo a la Norma pueden ser incluidos en el SUIT. |

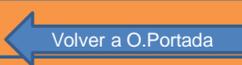
65%

Componente 3: Rendición de Cuentas

SEGUIMIENTO 3 - DICIEMBRE

| Subcomponente | Actividades | Meta o producto | Responsable | Fecha programada | Porcentaje de avance% | Descripción del avance | Evidencias | Ubicación de la evidencia ANEXOS ADJUNTOS | Observaciones | |
|--|-------------|---|---|---|--|------------------------|---|---|---|--|
| Subcomponente 1 Información de Calidad y en Lenguaje Comprensible | 1.1 | Planeación Rendición de Cuentas de la vigencia 2019, con base en la normatividad vigente | Acta Comité Institucional de Gestión y Desempeño | Planeación Control Interno | enero | 100% | El desarrollo de esta actividad ha sido identificada dentro de nuestros grupos de valor | Acta 001 de 22 de enero de 2020 | https://sgi.almeraim.com/sgi/seg/uimiento/?nosgim | En esta acta se revisó la fecha y las actividades a desarrollar para la Audiencia de Rendición de Cuentas Vigencia 2019 |
| | 1.2 | Definición de Acciones | Cronograma | Planeación Control Interno | enero | 100% | Se elaboró el cronograma de actividades a desarrollar en audiencia pública | Acta 001 de 22 de enero de 2020 | https://sgi.almeraim.com/sgi/seg/uimiento/?nosgim | En esta acta se revisó la fecha y las actividades a desarrollar para la Audiencia de Rendición de Cuentas Vigencia 2019 |
| | 1.3 | Diseñar y publicar Tarjeta de Invitación a la Audiencia Pública, a través de la Página Web, Correo Electrónico, personal | Tarjeta de invitación | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | febrero | 100% | El Proceso de Gestión de la Información y Comunicación Organizacional con el apoyo del contratista creo el Banner Informativo, para invitar a la comunidad en general a participar en la rendición de cuentas vigencia 2019. Así mismo, se dispuso el aviso informativo en la página web. esta actividad activa un canal para el diálogo participativo con nuestros grupos de valor. | publicación | http://www.saludtundama.gov.co/new https://www.facebook.com/ESES.aludDelTundama/ | Los diseños publicitarios para socializar esta estrategia están acordes con la necesidad |
| | 1.4 | Publicación de la Fecha de Rendición de Cuentas en la Página web de la Supersalud en el Portal de Vigilados | Publicación efectuada en las fechas establecidas por la Circular Externa No. 008 de 2018 Supersalud. | Planeación | En cumplimiento a los plazos establecidos en la Circular Externa No. 008 de 2018 Supersalud. | 100% | El Proceso de Gestión de la Información y Comunicación Organizacional con el apoyo del contratista creo el Banner Informativo, para invitar a la comunidad en general a participar en la rendición de cuentas vigencia 2019. Así mismo, se dispuso el aviso informativo en la página web. esta actividad activa un canal para el diálogo participativo con nuestros grupos de valor. | publicación | http://www.saludtundama.gov.co/new https://www.facebook.com/ESES.aludDelTundama/ | Los diseños publicitarios para socializar esta estrategia están acordes con la necesidad |
| Subcomponente 2 Diálogo | 2.1 | Implementar nuevas estrategias de rendición de cuentas | estrategia implementada | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Enero - Febrero | 100% | Dentro de la Estrategia de Rendición de Cuentas publicada en la web, se encuentran los de las Gestión efectuada por la Gerencia en la Vigencia 2019 de acuerdo a la normatividad; sin embargo queda como plan de mejora que en el siguiente evento de rendición de cuentas se publiquen los resultados del autodiagnóstico MIPG actualizado de acuerdo a compromisos establecidos por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. | Encuesta Rendición de Cuentas Acta de Rendición de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas vigencia 2019 Informe de Rendición de Cuentas marzo 2019 | http://www.saludtundama.gov.co/new/index.php/transparencia/planeacion/rendicion-de-cuentas | plan de mejora que en el siguiente evento de rendición de cuentas se publiquen los resultados del autodiagnóstico MIPG actualizado de acuerdo a compromisos establecidos por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. |
| | 2.2 | Promover mayor uso de las redes sociales como mecanismo de dialogo permanente con el ciudadano | Informe de seguimiento uso de redes | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Enero - Diciembre | 100% | En el sitio oficial para la publicación del Plan Anticorrupción que dispone la e.S.E. Salud Tundama, se encuentra publicada la Estrategia de Rendición de Cuentas para la vigencia 2019. | http://www.saludtundama.gov.co/new/index.php/transparencia/planeacion/rendicion-de-cuentas | http://www.saludtundama.gov.co/new/index.php/transparencia/planeacion/rendicion-de-cuentas | Estrategia establecida acorde a las necesidades |
| Subcomponente 3 Responsabilidad | 3.1 | Definición de Acciones para motivar la cultura de rendición de cuentas | Informe de Gestión publicado acorde a norma Publicación Informe de Rendición de Cuentas en la Página Web de la ESE Salud del Tundama | Gerencia, Planeación, Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Enero - marzo | 100% | El evento fue divulgado por redes sociales y página web | redes sociales - página web | http://www.saludtundama.gov.co/new https://www.facebook.com/ESES.aludDelTundama/ | Es necesario que se reevaluen estrategias de participación de usuarios externos de la información |
| | 3.2 | Aplicar encuesta al final de la Audiencia Pública a todos los Participantes, con el fin de evaluar el Proceso de Rendición de Cuentas | Informe de resultado de la encuesta | Control Interno | marzo - abril | 100% | Informe evaluación de la Oficina Asesora de Control Interno rdel evento de Audiencia de rendición de cuentas | http://www.saludtundama.gov.co/new/index.php/transparencia/control-interno | http://www.saludtundama.gov.co/new/index.php/transparencia/control-interno | Es necesario revisar el plan de mejora como resultado de esta evaluación |
| Subcomponente 4 Evaluación y Retroalimentación a la Gestión Institucional | 4.1 | Evaluación y retroalimentación de la Gestión de Rendición de Cuentas | Acta Comité Institucional de Gestión y Desempeño | Gerencia Control Interno Planeación Mejoramiento Continuo | Abril | 100% | Se socializó los resultados del audiencia pública en el sistema almera mediante una encuesta aplicada | https://sgi.almeraim.com/sgi/seg/uimiento/?nosgim | https://sgi.almeraim.com/sgi/seg/uimiento/?nosgim | Es necesario establecer estrategias para involucrar al usuario externo de la información |

100%



Componente 4: Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano

| Subcomponente | Actividades | Meta o producto | Responsable | Fecha programada | Porcentaje de avance% | Descripción del avance | Evidencias | Ubicación de la evidencia ANEXOS ADJUNTOS | Observaciones | |
|---|-------------|---|---|--|-----------------------|------------------------|--|---|---|--|
| Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico | 1.1 | Revisión y ajuste al Programa Institucional de Humanización | Progama de Humanización revisado y ajustado | Líder de Humanización | Marzo | 100% | Se realizan ajustes pertinentes al programa de humanización . | Almera | https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim El documento Programa de Humanización fue aprobado ajustado de fecha 2020-08-20, con Código EGMCPg02-110 y versión 5. La Política de Humanización fue actualizada mediante Resolución No. 750 de fecha 21 de Julio de 2020. Los documentos se pueden consulta en Intranet en el Sistema de Gestión Integral - ALMERA en el Link: https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim | |
| | 1.2 | Elaboración Indicadores de Medición del Programa de Humanización | Indicadores | Líder de Humanización | Marzo | 100% | Se cuenta con indicadores de medicion de adherencia al programa de humanizacion. | Almera | https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim Se elaboró el Indicador: Adherencia Política y Programa de Humanización (Colaborador). La meta de este Indicador es el 80%. L afuente de información es: Informe Consolidado de Listas de chequeo factores humanizantes (COMUNICACIÓN ASERTIVA, ADHERENCIA A PROGRAMA HUMANIZACIÓN, ADHERENCIA A DERECHOS Y DEBERES, IDENTIFICACIÓN USUARIO NOTABLE, SATISFACCIÓN DEL COLABORADOR). La formula de medición es: (SI(Número total de listas de chequeo aplicadas acolaboradores =0)?0:(Número de listas de chequeo aplicadas a colaboradores por encima del 80% / Número total de listas de chequeo aplicadas acolaboradores)*100). El Link de Consulta en la Intranet en el Sistema de Gestión Integral - ALMERA es: https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim | |
| | 1.3 | Medicion de adherencia al Programa Institucional de Humanización | Seguimiento Indicadores (Almera) | Líder de Humanización | Marzo - Diciembre | 100% | A partir del mes de Septiembre de 2020 Se realiza medicion al Indicador - Adherencia Política y Programa de Humanización (Colaborador). | Almera | https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim De acuerdo a evidencias se verifico en el Link de Intranet del Sistema de Gestión Integral - ALMERA que, correspondiente que la adherencia de septiembre a diciembre es del 100% | |
| | 2.1 | Revisión y ajuste a página institucional ITA | Fortalecer los mecanismos de acceso | Lider SIAU Gestión de la Información y Comunicación Organizacional Planeacion | Enero - Diciembre | 60% | 1. Se actualizo el mensaje de respuesta automático en la página de facebook 2. Se agrego boton de acceso a chat de whatsapp, para que el usuario desde la pagina pueda enviar sus mensajes para solicitud de citas. 3. En la pagina de inicio esta el link de PQRSF al usuario. 4. Se actualiza constantemente los directorios de personal de planta y dependencias de la ese. 5. Se agrego en la pagiana principal la ubicacion de la sede central en google maps. 6. Se actualizo la informacion en los resultados de busqueda a traves de google. 7. Se reorganizó el Link que contiene la información disponible, su ubicación del botón de transparencia. | Pagina web | Pagina web | El Mejoramiento de la Página WEB es un proyecto que está en construcción para el año 2021 |
| | 2.2 | Fortalecer los mecanismos de comunicación asertiva al usuario interno y externo | Ejecución de actividades programadas en comunicación asertiva | Talento Humano Gestión de la Información y Comunicación Organizacional Lider de Humanización | Enero - Diciembre | 100% | La Entidad cuenta con el Programa: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA DE LA ORGANIZACIÓN. Elñ código del documento es AGTHpg11-180; su fecha de creación es: 07/12/2020. La medición de adherencia a este programa es la aplicación de la LISTA DE CHEQUEO COMUNICACIÓN ASERTIVA, la cual | LISTA DE CHEQUEO COMUNICACIÓN ASERTIVA | Link de consulta Intranet Sistema de Gestión Integral - ALMERA: https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim | Para el año 2021 se rtecomienda que queda la impementación y mediación de un indicador que aplique como fuente de información esta lista de chequeo. |

Componente 4: Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano

| Subcomponente | Actividades | Meta o producto | Responsable | Fecha programada | Porcentaje de avance% | Descripción del avance | Evidencias | Ubicación de la evidencia ANEXOS ADJUNTOS | Observaciones | |
|--|-------------|--|---|--|-----------------------|------------------------|---|--|---|---|
| Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención | 2.3 | Establecer estrategias para brindar información y educación a los usuarios y sus familias | Estrategias establecidas | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional Líder de Humanización | Enero - Diciembre | 67% | 1. Se realiza actualización de los diseños de la publicación semanal de derechos y deberes. 2. Se actualizo parrilla de videos que se presentan en los televisores de las salas de espera. 3. Se actualiza la pagina con educacion al usuario sobre covid19, vacunacion, cursos orientados a jovenes, adolescentes y madres gestantes. 4. Se realizan facebook live para adolescentes, "MIS PANAS EN CUARENTENA". 5. Se realizan reuniones virtuales via plataforma zoom o meets sobre "CURSO DE GESTACION FELIZ". 6. Se cuenta con el PLAN DE DIVULGACIÓN DERECHOS Y DEBERES ACORDE A CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE LOS USUARIOS DE LA E.S.E SALUD DEL TUNDAMA 7. se cuenta con la medición implementado el cumplimiento de acuerdo a los siguientes indicadores: Adherencia de deberes y derechos, Cumplimiento de actividades programadas en el plan de divulgación de derechos y deberes, Experiencia de la atención del usuario y Impacto de los mecanismos de despliegue y comunicación de los deberes y derechos. | Sistema de Gestión Integral - ALMERA | revisión de los indicadores de medición y el análisis dado por el responsable. La fuente de Información es el Sistema de Gestión Integral - ALMERA en el Link: https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim | https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim |
| | 2.4 | Establecer estrategias y mecanismos que garanticen la asistencia puntualmente (hora y fecha) a citas y exámenes médicos | Disminución del indicador de inasistencia | Gerencia-Gestión de la Información y Comunicación Organizacional - Líder SIAU - Líder Humanización | Marzo - Diciembre | 100% | Cargue en el usuario el correo electrónico para enviar recordatorio de citas, se llama al usuario de teleconsulta para recordar la cita, por pandemia se esta enviando mensaje de texto a las gestantes. En la Entidad se creo el Procedimiento: ATENCIÓN AL USUARIO INASISTENTE. El Código del documento es: MGAUFp01-140, de fecha de creación 01/10/2020: y Versión:3. El objetivo de este procedimiento es: Definir el procedimiento para la atención del usuario inasistente e identificar las principales causas asociadas al incumplimiento de las citas. | Archivos excel con los mensajes de texto enviados, evidencia de cargue de correo electrónico en software ASIS, | Archivos excel con los mensajes de texto enviados, evidencia de cargue de correo electrónico en software ASIS. saludtundama.gov.co; https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim | Es importante que este documento se socialice en Capacitación General a los colaboradores. |
| | 3.1 | Socialización de los programas de Capacitación, Bienestar e Incentivos de la vigencia 2020 a los colaboradores de la ESE Salud del Tundama | Reuniones capacitación general | Líder Talento Humano | Febrero - Marzo | 100% | En la capacitación general del 27 de Enero de 2020 se realizó socialización del programa de Bienestar, estímulos, incentivos y capacitación a un total de 110 trabajadores de la E.S.E Salud del Tundama, correspondientes al 85% del total de los trabajadores. Se resalta que la medición en el trimestre octubre - diciembre del indicador Indicador - Adherencia de deberes y derechos concluye: De 26 PQR se encuentra vulneración de 3 derechos siendo recurrente en dos de ellas el derecho número 2, a recibir un trato digno y amable, por otro lado, los derechos número 1: a recibir información clara y el derecho número 8: a recibir un trato preferente en condición de usuario notable. De acuerdo a lo anterior, se concluye que el porcentaje de las PQR en general, con respecto a aquellas que involucran la vulneración de derechos y deberes es de 11,54% cumpliéndose con el porcentaje esperado para ello." | Sistema de Gestión Integral - ALMERA | revisión de los indicadores de medición y el análisis dado por el responsable. La fuente de Información es el Sistema de Gestión Integral - ALMERA en el Link: https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim | https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim |



Componente 4: Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano

| Componente 4: Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano | | | | | Porcentaje de avance% | Descripción del avance | Evidencias | Ubicación de la evidencia ANEXOS ADJUNTOS | Observaciones | |
|--|--|--|---|---|---|------------------------|---|--|---|---|
| Subcomponente | Actividades | Meta o producto | Responsable | Fecha programada | | | | | | |
| Subcomponente 3 Talento humano | 3.2 | Generar estrategias que garanticen la adherencia a los derechos y deberes de los usuarios al usuario interno y externo | cumplimiento del 100% del indicador | SIAU Mejoramiento Continuo Líder Humanización | Trimestral | 100% | Para dar cumplimiento a esta Actividad se cuenta con el PLAN DE DIVULGACIÓN DERECHOS Y DEBERES ACORDE A CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE LOS USUARIOS DE LA E.S.E SALUD DEL TUNDAMA y el PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN los cuales son implementados por el Subproceso Sistema de Información y Atención al Usuario. Para poder determinar la Adherencia de derechos y deberes se aplica el indicador Adherencia de deberes y derechos; este indicador tiene un medición trimestral, cuya fuente de información son los Informes PQRFS. La conclusión de este indicador en el cuarto trimestre 2020 es: De 26 PQR se encuentra vulneración de 3 derechos siendo recurrente en dos de ellas el derecho número 2, a recibir un trato digno y amable, por otro lado, los derechos número 1: a recibir información clara y el derecho número 8: a recibir un trato preferente en condición de usuario notable. De acuerdo a lo anterior, se concluye que el porcentaje de las PQR en general, con respecto a aquellas que involucran la vulneración de derechos y deberes es de 11,54% cumpliéndose con el porcentaje esperado para ello. | Sistema de Gestión Integral - ALMERA | revisión de las idicadores de medición y el análisis dado por el responsable. La fuente de Información es el Sistema de Gestión Integral - ALMERA en el Link: https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim | Los informes del comotamiento de este indicador es Socializado en el Comité de Etica e Integridad. |
| | 3.3 | Medicion Clima Laboral | Informe diagnóstico | Talento Humano | Clima (Junio de 2020 y Noviembre de 2020) | 100% | Por parte del Pceso de Gestión del Talento Humano se elaboró el DIAGNOSTICO DE CLIMA ORGANIZACIONAL E.S.E SALUD DEL TUNDAMA 2020. L afceha de elaboración de este documento es el 20 de agosto de 2020. Como conclusión se tiene que las variables analizadas tienen un cumplimiento y adherencia en promedio del 96% | Sistema ALMERA | documento: DIAGNOSTICO DE CLIMA ORGANIZACIONAL E.S.E SALUD DEL TUNDAMA 2020 | Se hace necesario socializar estos resultador en reunión de equipos primarios |
| | 3.4 | Implementación y medición de las estrategias del programa de Cultura Organizacional | Informe de mediación e impacto | Talento Humano | Cultura (Noviembre de 2020) | 100% | Se creo el PLAN DE INTERVENCIÓN CULTURA ORGANIZACIONAL HUMANA Y SEGURA 2020-2021 | Sistema ALMERA | documento: PLAN DE INTERVENCIÓN CULTURA ORGANIZACIONAL HUMANA Y SEGURA 2020-2021 | Se hace necesario socializar estos resultador en reunión de capacitación general |
| | 3.5 | Generar estrategias acorde a resultados en las mediciones de Clima y Cultura | Planes de mejora Implementados a partir de resultados | Talento Humano | Diciembre | 100% | se palico la medición con el siguiente resultado: Dimensión Año 2020 Conocimiento de la Plataforma Estratégica 86% Orientación a la Organizacional 99% Administración del Talento Humano 93% Estilo de Dirección 94% Comunicación e Integración 92% Trabajo en Equipo 97% Capacidad Profesional 98% Medio Ambiente Físico 94% Clima Organizacional Global - 94% Percepción de intervención 97% | Sistema ALMERA | Análisi indicador - Evaluación de clima organizacional. | Link de consulta: https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim |
| | 3.6 | Elaborar e Implementar politica de gestión del conocimiento | Documento | Talento Humano | Diciembre | 90% | Mediante Resolución de Gerencia No. 1386 de 25 Noviembre de 2020, se creo la Política de Gestión del Conocimiento y Comunicación Asertiva de la E.S.E. Salud del Tundama | Sistema ALMERA | acto administrativo Resolución 1386 de 25 de noviembre de 2020. | es necesario planear el los temas de capacitación general el despliegue de esta Política. |
| | 3.7 | Conformación del equipo de Trabajo para promover la Gestión del Conocimiento y la Innovación | Estrategias establecidas | Talento Humano Lider Humanización | Enero - Diciembre | 100% | En la resolución No. 1386 de 25 Noviembre de 2020, se aclara quienes son los responsables del despliegue de la Política de Gestión del Conocimiento. | Sistema ALMERA | acto administrativo Resolución 1386 de 25 de noviembre de 2020. | En el Año 2021 es necesario elaborar reuniones en las que se concreten las estrategias para el despliegue de la política |
| | Subcomponente 4 Normativo y procedimental | 4.1 | Publicar las actuaciones de la Asociación de usuarios de conformidad a la circular No. 008 de 2018 (Supersalud) | Publicaciones Actualizadas | Lider SIAU | Enero - Diciembre | 100% | Publicación en la página SUPERSALUD | Captura pantalla. Cargue a la página SUPERSALUD. | Pagina SUPERSALUD |
| 4.2 | | Seguimiento a la trazabilidad de respuestas de las PQR y planes de mejoramiento | Informe semestral publicado página web | Lider SIAU Control Interno | Mensual y semestral | 100% | Informe PQR oficina SIAU | Sistema de Gestion Integral ALMERA | Software ALMERA | Los informes son socializados y publicados |
| 4.3 | | Informes mensuales de PQRS ante el comité de etica hospitalaria | Actas de Comité Etica Hospitalaria (Almera) | Lider SIAU - Comié de Ética Hospilataria | Mensual | 100% | Actas de Comité de Etica Hospitalaria 005-006-007 | Sistema de Gestion Integral ALMERA | Software ALMERA | Se revisan actividades realizadas al corte |
| | 5.1 | Analisis del cumplimiento de las metas de promocion y prevencion frente a los programas y contratos de las EPS | Informe de analisis | Lider de PYP | Trimestral | 100% | Actas de reunión de Comité de Promoción de la Salud y mantenimiento de la salud de la ESE Salud del Tundama De la ESE Salud del Tundama | Actas de reunión 003-004-005-006-007-008-009-010-011 | https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim | actas del Comité cargadas en Sistema de Gestión Integral - ALMERA. |

Componente 4: Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano

| Subcomponente | Actividades | Meta o producto | Responsable | Fecha programada | Porcentaje de avance% | Descripción del avance | Evidencias | Ubicación de la evidencia ANEXOS ADJUNTOS | Observaciones |
|---|-------------|---|---|--|----------------------------|------------------------|--|--|---|
| Subcomponente 5 Relacionamiento con el Ciudadano | 5.2 | Estrategia para el fortalecimiento de la Asociación de usuarios | Elaboración Plan de Trabajo Asociación de Usuarios Ejecución y seguimiento del Plan de Trabajo de Asociación de usuarios | SIAU Junta Directiva de la Asociación de Usuarios | Enero Enero - Diciembre | 100% | Actas de Reunión de asociación de Usuarios | Actas No. 003, 004,005,006,008,009,010,011 Carpeta archivo Asociación de Usuarios | Todas las Actas de la Vigencia 2020 se encuentran transcritas; falta por aprobar el acta No. 011 |
| | 5.3 | Cronograma de reuniones acorde a los estatutos de la asociación de usuarios | cronograma | SIAU Junta Directiva de la Asociación de Usuarios | Enero | 100% | Actas de Reunión de asociación de Usuarios | Se dio Cumplimiento al cronograma de Reuniones Carpeta archivo Asociación de Usuarios. Actas de reunión | Todas las Actas de la Vigencia 2020 se encuentran aprobadas |
| | 5.4 | Verificación de la efectividad de las reuniones con asociación de usuarios | Actas de reuniones Asociación de Usuarios | SIAU Junta Directiva de la Asociación de Usuarios | Enero - Diciembre | 100% | Actas de Reunión de asociación de Usuarios | En el contenido de las actas se tiene la evidencia de la satisfacción de los temas de la reunión Carpeta archivo Asociación de Usuarios | A pesar de que en las actas se concluye la satisfacción de los temas a tratar es necesario desarrollar una estrategia de medición. Se aclara que de acuerdo a Ajustes de la Circular No. 008 de 2018 de la Supersalud, la Información que se carga de la Asociación de Usuarios son los Estatutos. |

96%

| Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano | | | | | SEGUIMIENTO 3 - DICIEMBRE | | | | | |
|--|-------------|--|--|---|---------------------------|------------------------|--|--|--|---|
| Componente 5: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información | | | | | Porcentaje de avance% | Descripción del avance | Evidencias | Ubicación de la evidencia ANEXOS ADJUNTOS | Observaciones | |
| Subcomponente | Actividades | Meta o producto | Responsable | Fecha programada | | | | | | |
| Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa | 1.1 | Diagnostico del nivel de implementacion en lineamientos de transparencia activa según la matriz autodiagnostica (Indice de Transparencia activa - ITA) | Documento Diagnostico | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Febrero | 100% | Plan de mejora Acciones no completadas frente al reporte ITA 2019. De acuerdo al Informe ITA enviado por la Procuraduría por parte de la Oficina de Planeación se elaboró el Docuemnto denominado INFORME AUDITORIA ITA VIGENCIA 2019 | Plan de Mejora | INFORME AUDITORIA ITA VIGENCIA 2019 | Es necesario que de los planes de mejora se puntalicen las actividades que deberán ser incluidas en el POA de Gestión de la Información y Comunicación Organizacional. |
| | 1.2 | Plan de Accion para el cumplimiento de la Norma de la informacion sujeta publicacion acorde a diagnóstico ITA | Plan de Accion | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Febrero | 0% | De acuerdo a las necesidad requeridas para dar cumplimiento al Informe ITA NO se elaboró Plan de Acción por parte del responsable | N/A | N/A | N/A |
| | 1.3 | Cumplimiento Plan de Accion para el cumplimiento de la Norma de la informacion sujeta publicacion acorde a diagnóstico ITA | Informe seguimiento a la ejecución del Plan de Acción | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Febrero - Noviembre | 95% | Plan de mejora Acciones no completadas frente al reporte ITA 2019 | Plan de Mejora | INFORME AUDITORIA ITA VIGENCIA 2019 | Es necesario que de los planes de mejora se puntalicen las actividades que deberán ser incluidas en el POA de Gestión de la Información y Comunicación Organizacional. |
| Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva | 2.1 | Diagnostico del nivel de implementacion del lineamiento de transparencia pasiva según la matriz Autodiagnostica. | Documento diagnostico | Lider de Comunicaciones | Febrero | 60% | Se elaboró el Contrato de prestación de servicios No. 245 de 2020 cuyo objeto fue: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ELABORAR, ACTUALIZAR Y AJUSTAR LOS INSTRUMENTOS ARCHIVISTICOS EN EL ÁREA DE GESTIÓN DOCUMENTAL ACORDE AL SISTEMA DE ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS EN LA ESE SALUD DEL TUNDAMA Y SEGÚN LOS LINEAMIENTOS ACTUALIZADOS VIGENTES EMITIDOS POR EL ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN. | Informe de supervisión y acta de liquidación el contrato | Proceso de Gestión de al Información y Comunicación Organizacional | Si bien se trabajaron unos documentos dentro del desarrollo de este contrato; estos documentos por falta de tiempo y espacio en el comité Institucional de Gestión y desempeño no fueron socializados. Por lo anterior se hace necesario dejar la socialización de estos productos en el Comité Institucional de Gestión y desempeño. |
| | 3.1 | Elaboración de instrumentos de Gestión de la Información: Inventario de Activos de Información, Información clasificada y reservada, y Esquema de publicación de información | Instrumentos de Gestión de la Información publicados en la página web | Área de TI | 31/12/2020 | 40% | Se elaboró el diagnóstico Integral de Archivo: los avances de este docuemnto fueron socializados por el Profesional Gestión Documental Edison Humberto Rivera Suancha, en reunión de Comité Institucional Gestión y Desempeño No. 014 del 28 de agosto de 2020. Sin embargo la Actidad es clara y específica y es la entrega de Instrumentos de Gestión de la Información publicados en la Página WEB. El día 16 de marzo de 2020 fue socializado a los miembros del comité institucional de gestión y desempeño acorde a desarrollo del contrato de la Dra. Derly Maritza Firacative Morales relacionado con la gestión de archivos, quien dá a conocer al comité lo alcanzado a desarrollar en cuanto documentos archivísticos dando como sugerencia que para la vigencia 2020 se debe continuar con el proceso para garantizar su correcta implementación en todas sus fases. Sin embargo al decretar el incumplimiento de este contrato estos productos no son de consulta Institucional. Por lo anterior se contrato al Profesional de acuerdo a formación e idoneidad mediante el contrato de prestación de Servicios No. 245 de 2020. Uno de las acciones de mejora propuestas para el proceso de Gestión Documental de la ESE Salud del Tundama, es la elaboración de las Tablas de Valoración Documental, acorde al Acuerdo 004 de 2019, que señala los parámetros para su elaboración y presentación, cabe aclarar que este Instrumento tiene la misma | Informe Contratista | Proceso de Gestión de al Información y Comunicación Organizacional | Los Documentos ya fueron revisados uno a uno pero son una parte para el cumplimiento de la Meta Producto. Su cumplimiento es parcial |
| | 3.2 | Establecer el Fondo Documental Acumulado de la ESE | Inventario Documental del Fondo de Documento Acumulado Elaboración de las Tablas de valor documental Aprobación de las Tablas de Valor Documental Implementación de las Tablas de valor Documental Publicación en la web de las tablas de valor documental | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Febrero - Noviembre | 20% | | Informe Contratista | Proceso de Gestión de al Información y Comunicación Organizacional | Los Documentos ya fueron revisados uno a uno pero son una parte para el cumplimiento de la Meta Producto. Su cumplimiento es parcial |

| Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano | | | | | | SEGUIMIENTO 3 - DICIEMBRE | | | | |
|--|-------------|---|---|---|---------------------|---------------------------|---|---------------------|---|--|
| Componente 5: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información | | | | | | Porcentaje de avance% | Descripción del avance | Evidencias | Ubicación de la evidencia ANEXOS ADJUNTOS | Observaciones |
| Subcomponente | Actividades | Meta o producto | Responsable | Fecha programada | | | | | | |
| Subcomponente 3 Instrumentos de Gestión de la Información | 3.3 | Definir el SIC Sistema Integrado de Conservación | Documento SIC | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Febrero - Noviembre | 20% | El día 16 de marzo de 2020 fue socializado a los miembros del comité institucional de gestión y desempeño acorde a desarrollo del contrato de la Dra. Derly Maritza Firacative Morales relacionado con la gestión de archivos, quien da a conocer al comité lo alcanzado a desarrollar en cuanto documentos archivísticos dando como sugerencia que para la vigencia 2020 | Informe Contratista | Proceso de Gestión de al Información y Comunicación Organizacional | Los Documentos ya fueron revisados uno a uno pero son una parte para el cumplimiento de la Meta Producto. Su cumplimiento es parcial |
| | 3.4 | Vincular al personal de Gestión documental de acuerdo a lineamientos de la Resolución 629 de 2018 de la Función Pública | Personal vinculado acorde a lineamientos de la Resolución 629 de 2018 de la Función Pública | Gerencia Talento Humano | Marzo | 100% | contrato de prestación de servicios No. 245 de 03 de agosto de 2020 | SECOP I | SECOP I | A pesar de que se efectuó el contrato de Prestación de Servicios No. 245 de 2020 con Obligaciones específicas; para una nueva contratación es necesario reevaluar obligaciones y efectuar seguimientos mensuales por parte del supervisor con copia a la Oficina Asesora de Control Interno. |
| | 3.5 | Socialización del diagnóstico de Gestión Documental articulado con la política lineamientos y atributos de calidad de las dimensiones que componen MIPG | Informe de Diagnóstico | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Febrero | 100% | Se elaboro el diagnostico integral de Archivo: los avances de este documento fueron socializados por el Profesional Gestión Documental Edison Humberto Rivera Suancha, en reunión de Comité Institucional Gestión y Desempeño No. 014 del 28 de agosto de 2020 | Informe Contratista | Proceso de Gestión de al Información y Comunicación Organizacional | Los Documentos ya fueron revisados uno a uno pero son una parte para el cumplimiento de la Meta Producto. Su cumplimiento es parcial |
| | 3.6 | Verificar y actualizar el registro de activos de la información | Registro de activos actualizado (inventario) | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Febrero - Noviembre | 100% | Se revisaron los inventarios Documentales por parte del contratista en el Formato Único de Inventario Documental FUID, y los hallazgos del Diagnostico reflejan que varios hay que elaborarlo y actualizarlos, para ello se prestara la Asesoría pertinente para la elaboración por parte de Líderes y Colaboradores de los Procesos de la entidad, teniendo en cuenta la importancia de estos inventario para la entidad se hará seguimiento riguroso para la elaboración total de los mismos. Se elaboró el FORMATO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL aprobado por | Informe Contratista | Proceso de Gestión de al Información y Comunicación Organizacional. SGI - Almera "https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim" | Es necesario que este producto se socializado en el Comité Institucional de Gestión y desempeño. |
| | 3.7 | Verificar y actualizar el indice de información clasificada y reservada | Documento de Registros | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Febrero - Noviembre | 60% | Se desarrollaron mesas de trabajo con los Líderes de os procesos como parte del desarrollo de la actividad; Cumplimiento Parcial. | Informe Contratista | Proceso de Gestión de al Información y Comunicación Organizacional | El avance de la actividad se define por parte de la Oficina de Control Inteno como un Cumplimiento Parcial. |
| Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad | 4.1 | Realizar diagnostico de la información y el criterio diferencial de accesibilidad de acuerdo a lo requerido por la norma | Documento diagnostico | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Marzo | 70% | Se ejecutaron actividades parraleas con el diagnóstico de archivo; sin embargo es necesario tener un diagnostico específico de la información y el criterio diferencial de accesibilidad | Informe Contratista | Proceso de Gestión de al Información y Comunicación Organizacional | El avance de la actividad se define por parte de la Oficina de Control Inteno como un Cumplimiento Parcial. |
| | 4.2 | Plan de acción y mejoramiento del criterio diferencial de la información | Estrategias a implementar para dar cumplimiento al plan de acción | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Febrero - Junio | 70% | Se tiene al herramienta para dar cumplimiento a esta actividad. Sin embargo el producto es diseñar las estrategias para implementar el plan de acción. | Informe Contratista | Proceso de Gestión de al Información y Comunicación Organizacional | El avance de la actividad se define por parte de la Oficina de Control Inteno como un Cumplimiento Parcial. |
| Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la | 5.1 | Establecer lineamientos de información que publica la entidad acorde a la guía de lenguaje claro del PNSC - DNP | Lineamientos establecidos | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Febrero - Junio | 0% | N/A | | | |
| | 5.2 | Elaboración del formato que contenga información que publica la entidad para personas en condición de discapacidad visual | Formato | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Febrero - Junio | 0% | N/A | N/A | N/A | N/A |

| Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano | | | | | SEGUIMIENTO 3 - DICIEMBRE | | | | |
|--|-------------|---|-----------------------|---|---------------------------|------------------------|------------|---|---------------|
| Componente 5: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información | | | | | Porcentaje de avance% | Descripción del avance | Evidencias | Ubicación de la evidencia ANEXOS ADJUNTOS | Observaciones |
| Subcomponente | Actividades | Meta o producto | Responsable | Fecha programada | | | | | |
| Información Pública | 5.3 | Elaboración del formato que contenga información que publica la entidad para personas en condición de discapacidad auditiva | Formato | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Febrero - Junio | 0% N/A | N/A | N/A | N/A |
| | 5.4 | Elaborar contenidos en la página web para personas en condición de discapacidad psicosocial (mental) o intelectual de lectura fácil con cuerpo de letra mayor, videos sencillos con ilustraciones y audios de fácil comprensión | Contenidos pagina web | Gestión de la Información y Comunicación Organizacional | Febrero - Junio | 0% N/A | N/A | N/A | N/A |

49%