

VIGENCIA: 2023

| COMPONENTE | SUBCOMPONENTE | QUE (ACTIVIDADES PROGRAMADAS) | META O PRODUCTO | QUEN | | CUÁNDO | SEGUIMIENTO 1 | | | | | | SEGUIMIENTO 2 | | | | | | SEGUIMIENTO 3 | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|------------|--|--|-----------------------------|---|---|-------------|---|---|-------------|---------------|-----------------------|-------------|---------------|--|--|--|--|--|
| | | | | RESPONSABLE | FECHA INICIO | | FECHA TERMINACIÓN | 30/04/2023 | | 13/05/2023 | | 31/08/2023 | | 13/09/2023 | | 31/12/2023 | | 15/01/2024 | | | | | | |
| | | | | | | | | ACTIVIDADES CUMPLIDAS | % DE AVANCE | OBSERVACIONES | ACTIVIDADES CUMPLIDAS | % DE AVANCE | OBSERVACIONES | ACTIVIDADES CUMPLIDAS | % DE AVANCE | OBSERVACIONES | ACTIVIDADES CUMPLIDAS | % DE AVANCE | OBSERVACIONES | | | | | |
| Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción | Política de Administración de Riesgos de Corrupción | Identificar los riesgos en cada proceso y dependencia de acuerdo a la metodología adoptada. | Mapa de riesgos por procesos | Todas las áreas | 1.04/2023 | 3.00/2023 | Para esta vigencia se aplicó la metodología de identificación de riesgos, quedando plasmado en la matriz de seguimiento indicando quienes son los responsables y las actividades a ejecutar por cada riesgo identificado | 100% | Se considera cumplida | Se considera cumplida, en la revisión del primer corte | 100% | | Se considera cumplida en la revisión del primer corte | 100% | | | | | | | | | | |
| | | Gestionar y administrar los riesgos institucionales de acuerdo a la metodología adoptada. | Mapa de riesgos institucional | Todas las áreas | 1.04/2023 | 3.01/2023 | De acuerdo a lo programado no se ha dado inicio a la ejecución de la acción | 0% | No ha iniciado su ejecución | Se han realizado dos seguimientos de cumplimiento al mapa de riesgos institucional, alcanzando un cumplimiento del 85%, con corte al 2 trimestre vigencia 2023 | 65% | | Se han realizado cuatro seguimientos de cumplimiento al mapa de riesgos institucional, alcanzando un cumplimiento del 92%, con corte al 3 trimestre vigencia 2023 y un cumplimiento de 95% con corte al 4 trimestre vigencia 2023 | 100% | | | | | | | | | | |
| | Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción | Validar riesgos de corrupción en el mapa de riesgos institucional y actualizar los controles que se requieren. | Mapa de riesgos de corrupción | Todas las áreas | 1.04/2023 | 3.01/2023 | se publicó en la página web, el seguimiento con corte a 31/12/2022 del mapa de riesgos institucional, el cual incluye los riesgos de corrupción | 100% | No ha iniciado su ejecución | Se considera cumplida, en la revisión del primer corte | 100% | | Se considera cumplida en la revisión del primer corte | 100% | | | | | | | | | | |
| | | Consulta y divulgación | Publicar Matriz de Riesgos de Corrupción en Página Web del HEGI | Mapa de Riesgos de Corrupción en Página web (Link Transparencia) | Oficina de Planeación y Calidad | 1.02/2023 | 3.01/2023 | se publicó en la página web, el seguimiento con corte a 31/12/2022 del mapa de riesgos de corrupción | 100% | Se considera cumplida | Se considera cumplida, en la revisión del primer corte | 100% | | Se considera cumplida en la revisión del primer corte | 100% | | | | | | | | | |
| | | Monitoreo o revisión | Seguimiento periódico a los Riesgos de Corrupción según periodicidad descrita en la política de administración de los riesgos. | Seguimiento a Mapas de Riesgos de Corrupción | Oficina de Planeación y Calidad; Áreas con posible riesgo de corrupción | 1.03/2023 | 3.01/2023 | Se realizó seguimiento con corte a 31 de marzo de 2023 al mapa de riesgos institucional, el cual incluye los riesgos de corrupción | 33% | se encuentra en desarrollo | Se realizó seguimiento con corte a 30 de junio de 2023 al mapa de riesgos institucional, el cual incluye los riesgos de corrupción con un avance al 88% | 65% | | Se han realizado cuatro seguimientos de cumplimiento al mapa de riesgos institucional, alcanzando un cumplimiento del 92%, con corte al 3 trimestre vigencia 2023 y un cumplimiento de 95% con corte al 4 trimestre vigencia 2023 | 100% | | | | | | | | | |
| Racionalización de Trámites | Administrativa y Tecnológicas | Generar reportes semestrales sobre la gestión del riesgo área comité institucional de gestión y desempeño. | Dos informes de seguimiento | Oficina de Planeación y Calidad; Oficina de Control Interno | 1.02/2023 | 3.11/2023 | La Oficina de Planeación y Calidad rindió informe sobre la gestión del riesgo, con corte a 31/12/2022, el 14 de marzo del 2023 | 33% | Se encuentra en desarrollo | La Oficina de Planeación y Calidad rindió informe sobre la gestión del riesgo, con corte a 30 de junio del 2023, el 17 de agosto del 2023 | 65% | 83% | La Oficina de Planeación y Calidad rindió informe sobre la gestión del riesgo, con corte a 30 de septiembre del 2023, el 19 de diciembre del 2023 | 100% | | | | | | | | | | |
| | | Revisar los trámites del Hospital, ajustar y socializar los que requieran modificaciones. | Trámites actualizados | Oficina de Planeación y Calidad | 1.05/2023 | 31.08/2023 | De acuerdo a lo programado no se ha dado inicio a la ejecución de la acción | 0% | No ha iniciado su ejecución | Se realizó verificación de los 4 trámites publicados y se realizó actualización en cuanto los costos de las listas institucionales, 4 de cartas habilitadas y tramite de solicitud de historias clínicas | 100% | 100 | Se considera cumplida en la revisión del segundo corte | 100% | | | | | | | | | | |
| Estrategia de Rendición de Cuentas | Información | Publicar y divulgar los informes de la gestión en la página web | Informe de Gestión publicado | Planeación y Calidad | 1.04/2023 | 3.00/2023 | De acuerdo a la programación de la audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2022, aún no se ha publicado informe de gestión en la página web. | 0% | No ha iniciado su ejecución | Se realizó audiencia pública de rendición de cuentas el pasado 2 de mayo de 2023. Se publicó el respectivo informe en el siguiente link: https://hegajalinda.org/informacion-rendicion-de-cuentas-2023 | 100% | | Se considera cumplida en la revisión del segundo corte | 100% | | | | | | | | | | |
| | | Publicar información actualizada en la página web según esquema de publicación | Información actualizada en página web | Todas las áreas | 2.01/2023 | 3.01/2023 | Se ha publicado información, no obstante, dentro del ejercicio de rendición del FURAG, se verificó y se observó desactualización en algunas secciones de la página, lo cual se informará a las áreas responsables. | 33% | Se encuentra en desarrollo | Se realizó actualización del esquema de publicación a solicitud del área de sistemas, periodicidad de publicación de informes, área financiera. | 65% | | Se realizó verificación del esquema de publicación encontrando 68 publicaciones realizadas de 72 establecimientos. Se remitió información a oficina de control interno solicitando apoyo frente a los resultados | 100% | | | | | | | | | | |
| | Diálogo | Desarrollar espacios de diálogo entre el HEGI y las partes interesadas. | Registros de participación | Equipo de Trabajo de Rendición de Cuentas | 1.04/2023 | 3.01/2023 | Se han desarrollado 4 reuniones con la asociación de usuarios del Hospital, una por cada mes se tiene programada audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2022 para el 02/05/2023; se tiene previsto desarrollar encuentros académicos y otras actividades de diálogo con los grupos de valor. | 33% | Se encuentra en desarrollo | se dio cumplimiento a la audiencia pública de rendición de cuentas vigencia fiscal 2022, el pasado 7 de mayo 2023, así mismo se continúan desarrollando las reuniones con la asociación de usuarios. | 65% | | Se realizaron 10 reuniones con la asociación de usuarios del HEGI las actas de reposan en el archivo físico de la trabajadora social. | 100% | | | | | | | | | | |
| | | Formular posibles acciones de mejora a partir del resultado de las actividades de rendición de cuentas y resultado del FURAG 2022 | plan de mejoramiento | Gerencia, Oficina de Planeación y Calidad | 1.05/2023 | 3.01/2023 | De acuerdo a lo programado no se ha dado inicio a la ejecución de la acción | 0% | No ha iniciado su ejecución | No se suscitaron acciones de mejora, una vez se realizó el ejercicio de rendición de cuentas vigencia fiscal 2022, no hubo observaciones ni internas ni externas al proceso | 100% | | Se considera cumplida en la revisión del segundo corte | 100% | | | | | | | | | | |
| Fortalecimiento de los canales de atención | Autodiagnóstico y plan de mejora | Aplicar un Autodiagnóstico de espacios físicos para identificar los ajustes requeridos y realizar ajustes razonables a los espacios físicos de atención y servicio al ciudadano para garantizar su accesibilidad de acuerdo con la NTC 6047. | Autodiagnóstico y plan de mejora | Atención al Usuario (SAU), Oficina de Planeación y Calidad | 1.06/2023 | 3.01/2023 | De acuerdo a lo programado no se ha dado inicio a la ejecución de la acción | 0% | No ha iniciado su ejecución | De acuerdo a lo programado no se ha dado inicio a la ejecución de la acción | 0% | | se evaluaron los espacios físicos y las condiciones de atención al servicio al ciudadano, verificando la garantía y accesibilidad de acuerdo a la norma NTC 6047, así mismo se realizó plan de acción para fortalecer las medidas administrativas que optimicen y permitan la mejora continua de los procesos | 100% | | | | | | | | | | |
| | | Implementar instrumentos y herramientas para mejorar la accesibilidad a la página web del Hospital (Implementación de la NTC 5854 y Converter). | Página web ajustada | Informática y Comunicaciones | 1.02/2023 | 3.01/2023 | En lo corrido de la vigencia 2023, no se han implementado mejoras de accesibilidad a la página web del Hospital. Esta evidencia la publicación del video con lenguaje de señas en la página institucional de inicio | 0% | No ha iniciado su ejecución | se realizó ajustes al botón de transparencia y acceso a información, además de ello se incluyó video de inclusión con lenguaje de señas en la página institucional de inicio | 65% | | se realizó ajustes al botón de transparencia y acceso a información y actualización de la información | 100% | | | | | | | | | | |
| | | Evaluar la efectividad de los canales de atención e implementar mejoras de acuerdo con las necesidades de los ciudadanos para garantizar cobertura. | Análisis encuestas y plan de mejoramiento | Atención al Usuario (SAU) | 1.06/2023 | 3.01/2023 | De acuerdo a lo programado no se ha dado inicio a la ejecución de la acción | 0% | No ha iniciado su ejecución | De acuerdo a lo programado no se ha dado inicio a la ejecución de la acción | 0% | | Se realiza verificación de los canales de atención, plasmado en una acta generada por la coordinadora de servicios ambulatorios donde evalúa cada aspecto de la cobertura en la prestación del servicio además del análisis de las encuestas de satisfacción, evaluando quejas frente al uso y acceso de canales de atención. | 100% | | | | | | | | | | |
| Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano | Registros de Asistencia | Incluir en el Plan Institucional de Capacitación y desarrollar formación en temáticas relacionadas con el mejoramiento del servicio al ciudadano, como: Fortalecer en los colaboradores las habilidades de atención al ciudadano; Generar información clara oportuna y veraz desde los colaboradores hacia los ciudadanos; Mejorar los hábitos y costumbres de atención y servicio al ciudadano en cada uno de nuestros trabajadores. | Registros de Asistencia | Administración del Talento Humano | 1.04/2023 | 3.01/2023 | Dentro del Plan Institucional de Capacitación se programó formación sobre atención al ciudadano; de acuerdo a lo programado aún no se ha desarrollado capacitación. | 33% | No ha iniciado su ejecución | Se realizó capacitación por instructor Serna en la temática de atención al usuario | 100% | | Se considera cumplida en la revisión del segundo corte | 100% | | | | | | | | | | |
| | | Desarrollar actividades de sensibilización para fortalecer la cultura de servicio al interior del Hospital (una por semestre) | Registros de Actividades | Administración del Talento Humano | 1.08/2023 | 3.01/2023 | De acuerdo a lo programado no se ha dado inicio a la ejecución de la acción | 0% | No ha iniciado su ejecución | Se realizó capacitación por la trabajadora social a los colaboradores de la institución en la temática de cultura de servicio al ciudadano | 100% | | Se considera cumplida en la revisión del segundo corte | 100% | | | | | | | | | | |
| | Registros de Actividades | Establecer un sistema de incentivos para destacar el desempeño de los servidores en relación al servicio prestado al ciudadano. | Registros de Actividades | Administración del Talento Humano | 1.06/2023 | 3.01/2023 | De acuerdo a lo programado no se ha dado inicio a la ejecución de la acción | 0% | No ha iniciado su ejecución | Se ejecutó actividad de cumplimiento el pasado 28 de junio 2023 día nacional del servidor público. | 65% | | la empresa Ivo a cabo concurso de incentivos el pasado 14 de diciembre dando cumplimiento a lo programado evidenciado en el https://www.facebook.com/HEGJALIDA/posts/pfb8d924cK6CC8cKJXUu7hD8e2WZ1q9cc0SPhy2tc87BEhMcEicDdZVq3dMa7XLU | 100% | | | | | | | | | | |
| | | Elaborar periódicamente (semestral) informes de PQRSF para identificar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios, socializar al interior del Hospital y publicar informes en página web | Informes de PQRSF; Soporte de socialización y publicación de informe de PQRSF | Oficina de Control Interno | 2.01/2023 | 31.07/2023 | Se generó informe de PQRSF en relación al 2o semestre de 2022 y se publicó en la página web. https://hegajalinda.org/wp-content/uploads/2023/01/INFORME-FINAL-QRSF-A-DICIEMBRE-2022.pdf | 50% | Se encuentra en desarrollo | Se generó informe de PQRSF en relación al 1 semestre de 2023 y se publicó en la página web. https://hegajalinda.org/wp-content/uploads/2023/06/INFORME-FINAL-PQRSF-a-30-DE-JUNIO-DE-2023.pdf | 100% | | Se considera cumplida en la revisión del segundo corte | 100% | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|-----------|------------|---|-----|-----------------------------|---|------|-----|---|------|--|
| | Relacionamiento con el ciudadano | Realizar periódicamente mediciones de percepción de los ciudadanos respecto a la calidad y accesibilidad de la oferta institucional e informar resultados al nivel directivo para identificar oportunidades y acciones de mejora | Mediciones de percepción de los ciudadanos | Atención al Usuario - BIAU | 2/6/2023 | 30/12/2023 | Permanente se esta aplicando encuesta de satisfacción a los usuarios de los servicios de consulta externa y hospitalización. Asimismo, se aplica encuesta de satisfacción de demás partes de interés. | 33% | Se encuentra en desarrollo | con corte al 30 de junio se realizó seguimiento y se han aplicado un total de 175 encuestas de satisfacción a usuarios de consulta externa y hospitalización para un 100% de satisfacción | 66% | 62% | con corte al 31 de diciembre se realizó seguimiento y se han aplicado un total de 1564 encuestas de satisfacción a usuarios de consulta externa y hospitalización para un 100% de satisfacción | 100% | |
| Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información | Lineamientos de Transparencia Activa | Publicar información mínima obligatoria en el sitio web del Hospital en la sección "Transparencia y acceso a la información pública" | Información actualizada en sitio web | Informática y Comunicaciones | 2/6/2023 | 30/12/2023 | Se ha publicado información en la sección de Transparencia, sin embargo, la publicación en la página es permanente. | 33% | Se encuentra en desarrollo | Se ha realizado de forma permanente información de interés y cumplimiento en la página web | 66% | | se publicó de manera permanente en la página web y la página oficial de Facebook la información pertinente y de interés y de cumplimiento https://hegranplenda.org/transparencia-y-acceso-a-la-informacion/ https://www.facebook.com/HEGILeida | 100% | |
| | Lineamientos de Transparencia Pasiva | Realizar publicación en el sitio web, de la ejecución presupuestal y estados financieros del Hospital. | Publicación página web | Unidad Financiera; Informática y Comunicaciones | 1/02/2023 | 30/12/2023 | Se ha publicado en la página web la ejecución presupuestal vigencia 2022 https://hegranplenda.org/wp-content/uploads/2023/02/Ejecucion-presupuestal-2022.pdf . Se ha publicado en la página los estados financieros, para esta vigencia están publicado enero, febrero y marzo 2023 https://hegranplenda.org/estados-financieros/ . | 33% | Se encuentra en desarrollo | Para este corte se verifico la publicación de los estados financieros con corte a 30 de junio de 2023 publicados en el siguiente link https://hegranplenda.org/wp-content/uploads/2023/06/Estados-Financieros-Junio-2023.pdf | 66% | | se realiza la publicación de la información conforme a los tiempos establecidos en el siguiente link esta la ejecución presupuestal con corte a diciembre 2022 https://hegranplenda.org/wp-content/uploads/2024/01/Ejecucion-Presupuestal-a-Diciembre-2023.pdf , a 31 de diciembre se encuentran publicados los estados financieros con corte a septiembre 2023 https://hegranplenda.org/wp-content/uploads/2023/10/Estados-Financieros-a-Septiembre-2023.pdf | 100% | |
| | Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información | Mantener actualizados y publicados los Instrumentos de Gestión de la Información (Índice de Información Reservada y Clasificada; Esquema de Publicación; Registro de Activos de Información) en la sección de Transparencia y acceso a la información pública del sitio Web del Hospital. | Índice de Información Reservada y Clasificada, publicado | Informática y Comunicaciones | 2/6/2023 | 30/12/2023 | Los Instrumentos de Gestión de la Información se encuentran publicados en la sección de Transparencia y acceso a la información pública del sitio Web del Hospital. | 33% | Se encuentra en desarrollo | Para este corte se realizó actualización, publicación y socialización del esquema de publicación | 66% | | se realizó actualización del esquema de publicación y se realizó verificación y seguimiento. Así mismo se cuenta en el botón de transparencia con los instrumentos de gestión de la información | 100% | |
| | Criterio diferencial de accesibilidad | Fortalecer la implementación de lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad. | Registro de implementación | Atención al Usuario (BIAU); Recursos Físicos | 1/06/2023 | 30/12/2023 | De acuerdo a lo programado no se ha dado inicio a la ejecución de la acción | 0% | No ha iniciado su ejecución | Se cuenta con rampas, adecuación de espacios físicos en baños y adecuada señalización del espacio. | 100% | | Se considera cumplida en la revisión del segundo corte | 100% | |
| | Monitoreo del Acceso a la Información Pública | Generar y publicar informe de solicitudes de acceso a información, que contenga el número de solicitudes recibidas, solicitudes que fueron resueltas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información. | Informe de solicitudes de acceso a información. | Oficina de Control Interno | 1/07/2023 | 30/09/2023 | De acuerdo a lo programado no se ha dado inicio a la ejecución de la acción | 0% | No ha iniciado su ejecución | De acuerdo a lo programado no se ha dado inicio a la ejecución de la acción | 50% | 70% | La oficina de control interno realizó seguimiento semestral a las PQRSF interpuestas por los ciudadanos y no se identificó ninguna petición en la referida a que si se negó el acceso a la información pública, ya que contamos con una página web ágil y de fácil acceso a los grupos de interés. | 100% | |

| APROBACIÓN | NOMBRE | CARGO | FECHA |
|---------------------|---|---|------------|
| ELABORADO | Norma Aristarza Barreto | Profesional de apoyo Gestión de Calidad | 26/01/2017 |
| REVISADO Y VALIDADO | Chaibia Amargó Medina | Gerente | 26/01/2017 |
| APROBADO | Miguel Quimbayo | Profesional Gestión de Calidad | 26/01/2017 |
| CONTROL DE CAMBIOS | | | |
| FECHA | CAUSAS | VERSION | |
| 29/01/2015 | Se crea formato, se aplica nuevo mecanismo de codificación y se aprueba dentro del Sistema de Gestión de Calidad. | 01 | |
| 26/01/2017 | Actualización. | 02 | |

27%

74%