

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL
CIUDADANO DEL ESE HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA

PRIMER CUATRIMESTRE DE 2024

OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería
Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba 
Citas Médicas Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454 
esesanjeronimo.gov.co 

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: pqrf@esesanjeronimo.gov.co 

INTRODUCCION

El presente informe constituye el resultado del seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano del ESE HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA, periodo reportado por la oficina de planeación y calidad del 1 de enero al 31 de marzo del 2024. La Oficina de Control Interno realizará seguimiento tres (3) veces al año, así: **Primer seguimiento:** Con corte al 30 de abril.

En cumplimiento de nuestras responsabilidades institucionales, hemos evaluado el grado de avance y cumplimiento de las acciones contempladas en el Plan, con el objetivo de fortalecer la gestión institucional y promover la transparencia en nuestras actividades.

Durante el período de evaluación, hemos empleado una metodología rigurosa para llevar a cabo el seguimiento, incluyendo el análisis de riesgos de corrupción, la revisión de trámites administrativos, la rendición de cuentas, la atención al ciudadano, la transparencia y el acceso a la información, así como otras iniciativas adicionales para combatir la corrupción.

En este informe, presentaremos los hallazgos identificados durante el proceso de seguimiento, así como las recomendaciones formuladas para mejorar la efectividad del Plan Anticorrupción. A través de este ejercicio, reafirmamos nuestro compromiso con la integridad, la ética y la transparencia en la gestión pública, contribuyendo así al fortalecimiento de la confianza de los ciudadanos en nuestra entidad.

El plan aborda seis componentes definidos en la metodología de la Secretaría de Transparencia - Presidencia de la República:

1. Metodología para la identificación de riesgos de corrupción y acciones para su manejo - Mapa de Riesgos de Corrupción.
2. Racionalización de Trámites.
3. Rendición de Cuentas.
4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, incluyendo la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias.
5. Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información.
6. Iniciativas adicionales.

E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería
Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba

Citas Médicas Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454
esesanjeronimo.gov.co

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: pqrf@esesanjeronimo.gov.co

EVALUACIÓN DEL COMPONENTE No.1
GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN
Ver Anexo 1

El informe de evaluación del Plan Anticorrupción refleja un compromiso firme por parte del ejecutivo en la gestión proactiva de riesgos de corrupción. A través de la identificación y evaluación exhaustiva de

riesgos, la institución ha demostrado una sólida disposición para fortalecer su control interno y promover la transparencia. La publicación y divulgación de la Matriz de Riesgos de Corrupción en la página web, junto con su aprobación en el Comité de Gestión y Desempeño, evidencian un enfoque institucional transparente y responsable.

El control interno ha mostrado efectividad al identificar y corregir desviaciones en los mapas de riesgo, lo que refuerza la capacidad de la institución para abordar potenciales situaciones de corrupción. Sin embargo, se identifica la necesidad de una mayor claridad en la documentación de los procesos reingenierizados para una evaluación más detallada de su impacto.

En resumen, el ejecutivo ha avanzado significativamente en la gestión de riesgos de corrupción, pero aún existen áreas de mejora identificadas.

Se recomienda: mantener el enfoque en la transparencia, mejorar la documentación de procesos y continuar fortaleciendo los mecanismos de identificación y monitoreo de riesgos para consolidar aún más el control interno y la integridad organizacional.

Continuar fortaleciendo la transparencia y divulgación de información relevante para prevenir y combatir la corrupción, manteniendo la publicación y actualización periódica de la Matriz de Riesgos de Corrupción.

Mejorar la documentación y divulgación de los resultados de la reingeniería de procesos institucionales, proporcionando detalles específicos sobre los procesos reingenierizados y los beneficios obtenidos.

Reforzar los mecanismos de identificación de riesgos para reducir aún más la posibilidad de riesgos no identificados en futuras evaluaciones.

Continuar con el monitoreo y revisión periódica del control interno para asegurar su eficacia en la identificación y mitigación de riesgos de corrupción.

EVALUACIÓN COMPONENTE No. 2
RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES
Ver Anexo 2.

Con base en el análisis realizado, la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad ha demostrado un compromiso adecuado con el componente de racionalización de trámites. Se observa un cumplimiento satisfactorio en la identificación de trámites, sin embargo, se sugiere una revisión periódica para mantener y mejorar la eficiencia en este aspecto, adaptándose a las necesidades cambiantes de los usuarios.

En cuanto al subcomponente de Priorización de Trámites, se ha establecido un esquema de seguimiento que garantiza la efectividad, eficiencia y mejora continua del proceso de priorización. Este enfoque es

fundamental para cumplir con los objetivos establecidos y garantizar la satisfacción de los usuarios. Se recomienda evaluar exhaustivamente este proceso en el próximo cuatrimestre del 2024 para identificar áreas de mejora adicionales.

Respecto al subcomponente de Racionalización de Trámites, se evidencia un progreso en la ejecución de las estrategias planificadas. Aunque se han establecido metas ambiciosas para la implementación de mejoras tangibles en los tiempos de trámite y la satisfacción del usuario, es necesario continuar con las acciones correctivas y propuestas de mejora. Esto asegurará un avance sostenido y permitirá abordar las desviaciones que se detecten a lo largo del proceso.

En conclusión, se recomienda a la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad mantener un enfoque proactivo en la revisión y ajuste continuo de los procesos de identificación, priorización y racionalización de trámites. Esto garantizará una gestión eficiente y efectiva de los trámites, mejorando la experiencia de los usuarios y cumpliendo con los objetivos organizacionales establecidos.

EVALUACIÓN COMPONENTE No. 3 **RENDICION DE CUENTAS** **Ver Anexo 3.**

El proceso de Rendición de Cuentas ha sido diseñado con un enfoque sólido hacia la transparencia y la participación ciudadana.

La formalización mediante resolución, el cumplimiento de plazos, la difusión adecuada y la accesibilidad de la información demuestran un compromiso efectivo hacia la rendición de cuentas. Sin embargo, se identifican áreas de mejora en cuanto al diálogo con la ciudadanía y la evaluación de la gestión institucional.

Se Recomienda:

Mejorar la calidad y accesibilidad de la información:

- Garantizar que la información proporcionada sea comprensible para la ciudadanía en general.
 - Evaluar la accesibilidad de los documentos producidos, asegurándose de que estén disponibles en formatos y canales que faciliten su consulta por parte de las partes interesadas.
1. Fortalecer el diálogo de doble vía con la ciudadanía:
 - Realizar una evaluación continua de los canales de comunicación establecidos para el diálogo con la ciudadanía.
 - Implementar mejoras basadas en el feedback recibido, con el objetivo de fortalecer la relación y la confianza con la comunidad.
 2. Reforzar la evaluación y retroalimentación a la gestión institucional:
 - Ampliar el enfoque de la evaluación para incluir aspectos más allá del cumplimiento de plazos, como la efectividad de las acciones realizadas.
 - Establecer mecanismos formales de retroalimentación que permitan evaluar la percepción de la ciudadanía sobre la gestión institucional y utilizar esta información para implementar mejoras.

EVALUACION COMPONENTE No. 4

MECANISMO DE MEJORAMIENTO DE ATENCION AL CIUDADANO

Ver Anexo 4

La actividad de publicar informes trimestrales de PQRSD en enlaces accesibles al público y que contienen la información requerida ha sido cumplida según los tiempos y requisitos establecidos.

La integración del código de integridad en los procesos de talento humano a través de la plataforma Q10 es un paso importante para fortalecer la cultura organizacional y promover la transparencia y ética en la E.S.E. Sin embargo, es crucial realizar una evaluación exhaustiva para determinar si esta integración ha sido efectiva y si se están alcanzando los objetivos propuestos. En base a los resultados de esta evaluación, se pueden realizar ajustes y mejoras necesarias para garantizar el cumplimiento de los estándares de integridad y el fortalecimiento de la gestión del talento humano en la organización. Se recomienda:

- **Evaluar Regularmente:** Realizar evaluaciones periódicas para medir la efectividad de la integración del código de integridad en los procesos de talento humano. Estas evaluaciones pueden incluir encuestas de satisfacción del personal, revisiones de cumplimiento y análisis de indicadores clave de desempeño relacionados con la ética y la integridad.
- **Capacitación Continua:** Ofrecer capacitación continua sobre el código de integridad y otros aspectos relacionados con la ética y la integridad a todo el personal de la E.S.E. Esto puede incluir sesiones de formación presenciales, cursos en línea y materiales educativos accesibles a través de la plataforma Q10.
- **Comunicación Transparente:** Mantener una comunicación abierta y transparente sobre la importancia del código de integridad y los valores éticos de la organización. Esto puede incluir comunicados regulares del liderazgo, publicaciones en intranet y reuniones de equipo dedicadas a discutir temas de integridad y ética.
- **Revisión de Procesos:** Realizar revisiones periódicas de los procesos de inducción, reinducción y actualización de procesos para garantizar que el código de integridad esté integrado de manera efectiva. Identificar y abordar cualquier brecha o área de mejora en estos procesos.
- **Involucramiento del Liderazgo:** Fomentar el compromiso activo del liderazgo en la promoción de una cultura de integridad y ética en toda la organización. Los líderes deben servir como modelos a seguir y reforzar constantemente la importancia de adherirse al código de integridad.

EVALUACION QUINTO COMPONENTE

MECANISMO PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION

Ver Anexo 5

Cumplimiento Normativo: El análisis indica que se cumplen en gran medida los requisitos de transparencia y acceso a la información establecidos por la normativa.

Procesos Sólidos: Los procesos de generación y divulgación de información relacionada con el Plan Anual de Adquisiciones y la planeación institucional muestran una sólida estructura y compromiso con la transparencia.

E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería
Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba

Citas Médicas Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454
esesanjeronimo.gov.co

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: pqrf@esesanjeronimo.gov.co

Necesidad de Monitoreo Continuo: Existe la necesidad de un monitoreo continuo por parte del control interno para asegurar que los estándares de transparencia y accesibilidad se mantengan a lo largo del tiempo y se mejoren si es necesario.

Se recomienda:

1. **Calidad de Informes:** Es fundamental seguir garantizando que los informes generados sean de alta calidad, precisos y contengan los indicadores clave necesarios para evaluar el progreso y tomar decisiones informadas.
2. **Divulgación Oportuna:** Se recomienda garantizar que la generación y divulgación de informes de seguimiento de la ejecución de la planeación institucional se realice de manera oportuna para permitir una supervisión efectiva.
3. **Actualización Regular de Información:** Es esencial que la información divulgada, como el estado de los procesos judiciales, se actualice de manera regular para mantener su precisión y relevancia.
4. **Mejora de la Accesibilidad:** Se sugiere continuar mejorando la accesibilidad de la información para los ciudadanos, asegurándose de que esté disponible en un formato comprensible y utilizable para todos los interesados.
5. **Formación y Capacitación:** Se podría considerar la implementación de programas de formación y capacitación para el personal involucrado en la generación y divulgación de información, con el fin de mejorar la calidad y la eficiencia de los procesos.

El presente informe refleja el compromiso constante del ESE HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERÍA con la integridad, la ética y la transparencia en su gestión institucional.

A través del seguimiento detallado realizado por la Oficina de Control Interno al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, se han identificado avances significativos en la gestión de riesgos de corrupción, la racionalización de trámites, la rendición de cuentas, los mecanismos de atención al ciudadano, la transparencia y el acceso a la información.

Se han formulado recomendaciones específicas para fortalecer aún más cada uno de los componentes evaluados, con el objetivo de mejorar la efectividad del Plan Anticorrupción y promover una gestión institucional transparente y responsable. Es fundamental que estas recomendaciones se implementen de manera proactiva y continua, con el compromiso de todas las áreas involucradas, para asegurar el cumplimiento de los estándares éticos y legales establecidos.

En nombre de la Oficina de Control Interno, reafirmo nuestro compromiso con la vigilancia constante de los procesos internos, la identificación y mitigación de riesgos de corrupción, y la promoción de una cultura organizacional basada en la integridad y la transparencia. Continuaremos trabajando en estrecha colaboración con todas las áreas de la institución para garantizar el cumplimiento de los principios rectores de buen gobierno y servicio público.

Cordialmente,

Marta Cecilia Ramos Paternina
Jefe Control Interno de gestión.

Firmado original archivo

Anexo: No. 1
EVALUACIÓN DEL PRIMER COMPONENTE
GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

COMPONENTE 1: GESTION DEL RIESGO DE CORRUPCION - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION.								CONTROL INTERNO
SUBCOMPONENTE / PROCESOS	ACTIVIDADES	ENTREGABLE	RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES	% DE AVANCE	EVALUACION Y SEGUIMIENTO
1 Política de administración de riesgos	Revisar, actualizar y validar los riesgos de corrupción identificados para la vigencia 2023	Reingeniería de Procesos institucionales adelantada	Oficina planeación y gestión de la calidad	01/01/2024	31/01/2024	El mapa de riesgos de corrupción fue construido con todos los riesgos manifestados por las diferentes áreas de la institución. Incluye 31 riesgos	100%	La presentación del "mapa de riesgos de corrupción" por parte del área de planeación en la política de administración de riesgos indica una sólida identificación y evaluación de 31 riesgos manifestados por diversas áreas de la institución.
2. Consulta y divulgación	Publicar Matriz de Riesgos de Corrupción Pagina Web	Reingeniería de Procesos institucionales adelantada	Oficina planeación y gestión de la calidad	01/01/2024	31/01/2024	El mapa de riesgos de Corrupción fue socializado y aprobado en Comité de Gestión y Desempeño y posteriormente firmado por la Gerente y el Profesional Especializado de Planeación y Gestión de la Calidad. El Mapa de riesgos de Corrupción vigencia 2024 fue publicado en la página web de la institución el día 31 de enero de 2023 y se puede verificar en el siguiente link: https://esesanjeronimo.gov.co/pi-an-anticorruption-y-de-atencional-ciudadano/	100%	La publicación de la Matriz de Riesgos de Corrupción en la página web de la institución muestra un compromiso con la transparencia y la divulgación de información relevante para prevenir y combatir la corrupción. Además, el hecho de que haya sido socializada, aprobada en el Comité de Gestión y Desempeño, y firmada por los responsables indica un proceso institucional sólido y una supervisión adecuada. Esto sugiere que la institución está tomando medidas proactivas para identificar y mitigar los riesgos de corrupción, lo que contribuye a fortalecer el control interno y la integridad organizacional.
3. Monitoreo y Revisión	Acompañar la elaboración de planes de mejoramiento cuando se detecten desviaciones	Reingeniería de Procesos institucionales adelantada	Oficina planeación y gestión de la calidad / Líderes de procesos	01/01/2024	31/12/2024	La oficina de Planeación y Gestión de la Calidad realizó acompañamiento a las áreas que requirieron los ajustes a los mapas de riesgo, teniendo en cuenta los riesgos materializados que no se encontraban incluidos.	100%	El control interno ha demostrado eficacia al identificar y corregir desviaciones en los mapas de riesgo, garantizando la inclusión de riesgos materializados previamente omitidos y acompañando a las áreas en la elaboración de planes de mejora para garantizar el cumplimiento de actividades
4. Seguimiento	Ejecutar plan de auditorías y seguimientos (Informe de mapa de riesgos de corrupción)	Plan de auditorías y seguimiento ejecutado	Oficina de Control Interno	30/04/2024 31/07/2024 31/12/2024		Ejecución del plan de auditorías y seguimientos, específicamente el informe del mapa de riesgos de corrupción	100%	El plan de auditorías y seguimientos se ejecutó satisfactoriamente, cumpliendo con los objetivos establecidos y proporcionando un informe detallado sobre el mapa de riesgos de corrupción
	Presentar reportes de seguimiento al comité institucional de gestión y desempeño relacionados con la administración de los riesgos de corrupción	Reingeniería de Procesos institucionales adelantada	Oficina planeación y gestión de la calidad	Hasta 31/12/2024		Para el primer trimestre de la vigencia 2024 se materializaron 8 riesgos en los procesos institucionales, de los cuales el 87.5% (7 riesgos) estaban identificados en las matrices de riesgos por procesos de las áreas / servicios y el 12.5% (1 riesgo) no se encontraba identificado El informe de materialización de riesgos para el primer trimestre fue enviado a la dependencia de Control Interno de Gestión.	100%	Se ha avanzado en la reingeniería de procesos institucionales, lo que es fundamental para mejorar la eficiencia y reducir las oportunidades de corrupción. Sin embargo, sería beneficioso contar con más detalles específicos sobre los procesos que han sido reingenierizados y los resultados obtenidos. El hecho de que la mayoría de los riesgos materializados (87.5%) estuvieran previamente identificados en las matrices de riesgos es un indicativo positivo del sistema de identificación y monitoreo de riesgos. Sin embargo, la existencia de un riesgo no identificado (12.5%) destaca la necesidad de mejorar continuamente las herramientas y procesos de identificación de riesgos

Anexo: No.2
EVALUACIÓN SEGUNDO COMPONENTE
RACIONALIZACION DE TRAMITES

COMPONENTE 2: RACIONALIZACION DE TRAMITES									CONTROL INTERNO
NOMBRE DEL TRÁMITE, PROCESO O PROCEDIMIENTO	ACCIÓN ESPECÍFICA DE RACIONALIZACIÓN	META O PRODUCTO	FECHA DE INICIO	FECHA FIN	EVIDENCIA	ÁREA RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES	% DE AVANCE	EVALUACION Y SEGUIMIENTO
1. Identificación de tramites	Identificar y clasificar las necesidades de información y trámites de los Usuarios percibidas a través de las Quejas, Reclamos y Sugerencias recepcionadas durante la Vigencia 2023	Diagnóstico de las necesidades de nuevos trámites	01/02/2024	31/03/2024	Informe de trámite en los diferentes procesos de la ESE HSJM para la vigencia 2023	Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad	De acuerdo con las necesidades de trámites derivados de las PQRSD recibidas en la vigencia 2023, se procedió a realizar el diagnóstico de la información y trámites mas solicitados por los usuarios. Se clasificaron los tipo de trámites para su priorización.	100%	la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad ha cumplido adecuadamente con las actividades planteadas para el componente de racionalización de trámites. Sin embargo, se sugiere una revisión periódica y ajustes continuos para mantener y mejorar la eficiencia en la identificación y gestión de trámites según las necesidades de los usuarios.
2. Priorización de tramites	Definir estrategias de manejo de tramites en procesos priorizados	Análisis de Trámites seleccionados	01/04/2024	30/04/2024	Acta de trámite priorizado	Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad			Este esquema de seguimiento garantizara que el proceso de priorización de trámites se mantenga efectivo, eficiente y en mejora continua, cumpliendo con los objetivos establecidos y asegurando la satisfacción de los usuarios ; proceso a evaluar en el siguiente caustrimestre del 2024.
3. Racionalización de trámites	Definir y ejecutar las estrategias de cada trámite priorizado para racionalizar	Ejecución de las estrategias de racionalización de trámites	Hasta 31/12/2024		Planes de mejora definidos por cada trámite priorizado. Actas de seguimiento a la ejecución del trámite. Informe de Seguimiento de Planeación	Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad			La meta de ejecución de las estrategias de racionalización de trámites se encuentran en proceso, con metas para de un alto porcentaje de estrategias a implementar y de mejoras tangibles en los tiempos de trámite y la satisfacción del usuario. Se recomienda continuar con las acciones correctivas y propuestas de mejora para asegurar un avance sostenido y abordar las desviaciones que se detecten.

E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería
Dirección: Cra. 14 No. 22-200 - Montería - Córdoba

Citas Médicas Teléfonos: (604) 789 4698 - 018000 180454
esesanjeronimo.gov.co

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicidades, serán respondidas en este correo: pqrf@esesanjeronimo.gov.co

Anexo No 3
EVALUACIÓN TERCER COMPONENTE
RENDICION DE CUENTAS

COMPONENTE 3: RENDICION DE CUENTAS										CONTROL INTERNO		
ELEMENTOS	ACTIVIDADES	META / PRODUCTO	Etapas de la Rendición de Cuentas			Fecha		DEPENDENCIA RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES	% DE AVANCE	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	
			Diseño	Preparación	Ejecución	Inicio	Fin					
1. Información de calidad y en lenguaje comprensible	Informar cronograma de audiencia pública de rendición de cuentas	Publicación del cronograma de audiencia pública de rendición de cuentas por la Web y aplicativo de la superintendencia nacional de salud	X	X		Hasta 15 de mayo de 2024		Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad	Mediante la Resolución 134 de 2024 se dispone la programación, se aprueba el cronograma y se establece el reglamento de la audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2023. Se realizó el cargue del formato GT003 en la página de la Superintendencia Nacional de Salud. Se realizaron dos publicaciones en medio masivo de circulación, en el periódico El Meridiano de Córdoba.	100%	el proceso descrito esta bien estructurado y orientado a garantizar la transparencia y la participación ciudadana. La formalización mediante resolución, el cumplimiento de plazos, la difusión adecuada y la accesibilidad de la información son aspectos clave que contribuyen a un ejercicio de rendición de cuentas efectivo y responsable	
2. Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	Realización de Audiencia pública de Rendición de Cuentas.	Audiencia pública de Rendición de Cuentas realizada			X	28 de junio de 2024		Gerencia / Subgerencias/ Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad	El 30 de mayo de la presente vigencia se realizó en el Auditorio William Montes Suarez la Audiencia Pública de Rendición de cuentas. Se extendió la invitación a la ciudadanía a participar en las redes sociales oficiales de la E.S.E, página web, carteles institucionales, mensajes de difusión por medio de la plataforma de mensajería instantánea WhatsApp.	100%	El diálogo de doble vía con la ciudadanía a través de la audiencia pública de rendición de cuentas es un paso positivo hacia la transparencia y la participación ciudadana. Sin embargo, es esencial evaluar continuamente la efectividad de los canales de comunicación y la accesibilidad de los documentos producidos. Implementar mejoras basadas en el feedback de la ciudadanía contribuirá a fortalecer este proceso y a fomentar una relación más estrecha y de confianza con la comunidad	
	Elaboración de informe de audiencia pública rendición de cuentas	Informe y Acta de audiencia pública de rendición de cuentas			X	15 de julio de 2024		Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad	El acta e informe de la Audiencia pública de rendición de cuentas fueron realizados dentro de los tiempos y publicados en la página web institucional para consulta de las partes interesadas.	100%		
3. Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	Realizar evaluación al proceso de rendición de cuentas a través de los formatos de evaluación del evento y las quejas, peticiones y/o sugerencias realizadas por los participantes del evento	Informe de Evaluación			X	31 de julio de 2024		Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad		100%	La evaluación se centra en el cumplimiento de los tiempos establecidos y la efectividad de la publicación de los documentos en la página web institucional para su consulta por las partes interesadas	

Anexo No 4
EVALUACION CUARTO COMPONENTE
MECANISMO DE MEJORAMIENTO DE ATENCION AL CIUDADANO

COMPONENTE 4: MECANISMO DE MEJORAMIENTO DE ATENCION AL CIUDADANO							CONTROL INTERNO	
SUBCOMPONENTE	PRODUCTO ENTREGABLE	ACTIVIDADES	Fecha		DEPENDENCIA RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES	% DE AVANCE	EVALUACION Y SEGUIMIENTO
			Inicio	Fin				
Relacionamiento con el ciudadano	Informe de PQRSD publicado	Publicar en la página web de la ESE Hospital San Jerónimo Montería el informe de PQRSD.	Trimestral		SIAU	Se encuentra publicado en la página web institucional de acuerdo a los requerimientos y dentro de los tiempos correspondientes. https://esesanjeronimo.gov.co/meci/ https://esesanjeronimo.gov.co/informes-de-pqrsd-y-solicitudes-de-acceso-a-la-informacion/	100%	La actividad se encuentra cumplida de acuerdo a los tiempos y requisitos establecidos. Los informes trimestrales de PQRSD están publicados en los enlaces proporcionados, accesibles al público y contienen la información requerida
Talento Humano	Plan estratégico de Talento Humano ejecutado	Desarrollar campañas de difusión del código de integridad, con el fin de que se conozcan y se apropien para mejorar la vocación del servicio en los servidores públicos de Función Pública	Hasta 30/06/2024		Talento humano	La temática de código de integridad se encuentra integrada en los procesos de inducción, reintroducción y actualización de procesos de la E.S.E que se viene desarrollando en la plataforma Q10.	100%	hasta la fecha límite del 30 de junio de 2024, la temática del código de integridad se ha de integrar en los procesos de inducción, reintroducción y actualización de procesos de la E.S.E a través de la plataforma Q10. Ahora, es importante que se realice la evaluación para determinar si esta integración ha sido efectiva y si se están cumpliendo los objetivos propuestos.

Anexo No 5.
EVALUACION QUINTO COMPONENTE
MECANISMO PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION

COMPONENTE 5: MECANISMO PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION							CONTROL INTERNO	
SUBCOMPONENTE	PRODUCTO O ENTREGABLE	ACTIVIDADES	Fecha		DEPENDENCIA RESPONSABLE	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES	% DE AVANCE	EVALUACION Y SEGUIMIENTO
			Inicio	Fin				
Lineamientos de Transparencia Activa	Plan anual de adquisiciones gestionada	Modificar, actualizar y aprobar el Plan Anual de Adquisiciones (PAA) 2024, de acuerdo con solicitudes formuladas por dependencias	Hasta 31/01/2024		Gerencia / Oficina jurídica / Talento Humano / Almacén y suministros	De acuerdo a la norma aplicable para la vigencia 2024 se diseñó, socializó y publicó el PAAC de Código: A.3.PLN.008. El PAAC 2024 fue adoptado mediante resolución N° 001 del 01 de Enero de 2024 y publicado en la página web de la institución, así como en el SECOP.	100%	Este componente cumple con los requisitos de transparencia y acceso a la información establecidos por la normativa, al mismo tiempo que garantiza la accesibilidad y la formalidad en el proceso de aprobación del Plan Anual de Adquisiciones. Sin embargo, como jefe de control interno, es importante monitorear continuamente el cumplimiento de estos aspectos a lo largo del año y asegurarse de que se mantengan durante todo el periodo de vigencia del PAAC.
	Planeación institucional definida y monitoreada	Generar y publicar informes de seguimiento de ejecución de la planeación institucional	Trimestral		Gerencia / subgerencia Administrativa y financiera / Subgerencia Asistencial / Planeación y Gestión de la Calidad	Se envía informe de seguimiento correspondiente	100%	La generación y publicación de informes de seguimiento de la ejecución de la planeación institucional trimestralmente indica un compromiso con la revisión regular del progreso hacia los objetivos y metas establecidos en la planificación institucional. Es esencial que estos informes se preparen y divulguen de manera oportuna para permitir una supervisión efectiva. La participación de estas áreas clave garantiza una visión integral del progreso institucional,
	Seguimiento plan de adquisiciones	Generar y publicar informes de seguimiento a la ejecución del plan anual de adquisiciones	Trimestral		Gerencia / subgerencia Administrativa y financiera / Subgerencia Asistencial / Planeación y Gestión de la Calidad / Presupuesto	Se envía informe de seguimiento correspondiente	100%	El seguimiento trimestral del Plan de Adquisiciones es una práctica sólida para garantizar la supervisión continua y efectiva de las actividades de adquisiciones. Sin embargo, como parte del control interno es importante poder asegurar de que los informes generados sean de alta calidad, precisos, coherentes y contengan los indicadores clave necesarios para evaluar el progreso y tomar decisiones informadas
Criterio diferencial de accesibilidad	PQRSD atendidas en los términos de ley	Publicación trimestral informe PQRSD	Trimestral		SIAU	Se encuentra publicado en la página web institucional de acuerdo a los requerimientos y dentro de los tiempos correspondientes. Se puede verificar en el link: https://esesanjeronimo.gov.co/meci/ https://esesanjeronimo.gov.co/informes-de-pqrsd-y-solicitudes-de-acceso-a-la-informacion/	100%	La publicación de las PQRSD atendidas en la página web institucional, junto con la provisión de un enlace directo para acceder a los informes correspondientes, demuestra un esfuerzo por garantizar la accesibilidad de la información para los ciudadanos. Es crucial que la información es fácilmente accesible y esta disponible en un formato que es comprensible y utilizable para todos los interesados
Monitoreo del Acceso a la Información Pública	Estado procesos judiciales	Publicación del estado de los procesos judiciales de la entidad – Defensa Judicial	Trimestral		Oficina Jurídica	Informe sobre Defensa Pública y Prevención del Daño Antrópico del primer trimestre se encuentra publicado en la página web de la institución en el link: https://esesanjeronimo.gov.co/defensa-judicial/	100%	La publicación trimestral del estado de los procesos judiciales es una práctica sólida que promueve la transparencia y la divulgación de información relevante para los ciudadanos. Sin embargo, como jefe de control interno, es importante que la información proporcionada sea de alta calidad y se actualice de manera regular para garantizar su precisión y relevancia continua.