

PLAN ANTICORRUPCIÓN 2016

En cumplimiento del la Ley 1474 de 2011

El Decreto 1081 de 2015

El Decreto 124 de 2016

PRESENTACIÓN

El Gobierno Nacional mediante ley 1474 del 12 de Julio de 2011 establece las normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción así como la efectividad en el control de la gestión pública; Para tal efecto el Estatuto determina que las entidades públicas deben instituir como política pedagógica la elaboración de Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

E decreto 1081 de 2015 en lo relacionado con el “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”

El decreto 124 de enero del 26 de enero de 2016 “por el cual se sustituye el titulo 4 de la parte 1 del libro 2 del decreto 10 81 de 2015 relativo al plan anticorrupción y de atención al ciudadano”

El plan anticorrupción y de atención al ciudadano ira orientado a la fortalecer una administración transparente de la Entidad, con lo cual al mismo tiempo contribuye al mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, alcanzando la satisfacción de nuestros usuarios.

El Hospital San Andrés ESE como una empresa del estado adopta esta estrategia; por lo tanto permite desarrollar los mecanismos de acercamiento a la ciudadanía contribuyendo al mejoramiento de las de la imagen Institucional.

Normatividad

Metodología Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Ley 1474 de 2011	Estatuto Anticorrupción Art. 73	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. La metodología para construir esta estrategia está a cargo del Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, hoy Secretaría de Transparencia.
	Decreto 4637 de 2011 Suprime un Programa Presidencial y crea una Secretaría en el DAPRE	Art. 4°	Suprime el Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción.
		Art. 2°	Crea la Secretaría de Transparencia en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.
	Decreto 1649 de 2014 Modificación de la estructura del DAPRE	Art. 55	Deroga el Decreto 4637 de 2011.
		Art .15	Funciones de la Secretaría de Transparencia: 13) Señalar la metodología para diseñar y hacer seguimiento a las estrategias de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano que deberán elaborar anualmente las entidades del orden nacional y territorial.
	Decreto 1081 de 2015 Único del sector de Presidencia de la República	Arts .2.1.4.1 y siguientes	Señala como metodología para elaborar la estrategia de lucha contra la corrupción la contenida en el documento "Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".
Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Decreto 1081 de 2015.	Arts.2.2.22.1 y siguientes	Establece que el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
Trámites	Decreto 1083 de 2015 Único Función Pública	Título 24	Regula el procedimiento para establecer y modificar los trámites autorizados por la ley y crear las instancias para los mismos efectos.
	Decreto Ley 019 de 2012 Decreto Anti trámites	Todo	Dicta las normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
	Ley 962 de 2005 Ley Anti trámites	Todo	Dicta disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos.

Respetamos su salud

Vereda Inguapi del Carmen km 23, Tel 092 - 7 272388 – 7 272456 – Fax 7 272930

www.hospitalsanandresese.gov.co

e-mail: gerencia@hospitalsanandresese.gov.co

Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano (MECI)	Decreto 943 de 2014 MECI	Arts. 1 y siguientes	Adopta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano (MECI).
	Decreto 1083 de 2015 Único Función Pública	Arts. 2.2.21.6.1 y siguientes	Adopta la actualización del MECI.
Rendición de cuentas	Ley 1757 de 2015 Promoción y protección al derecho a la Participación ciudadana	Arts. 48 y siguientes	La estrategia de rendición de cuentas hace parte del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
Transparencia y Acceso a la Información	Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.	Art. 9	Literal g) Deber de publicar en los sistemas de información del Estado o herramientas que lo sustituyan el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
Atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias.	Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción	Art. 76	El Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción debe señalar los estándares que deben cumplir las oficinas de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos de las entidades públicas.
	Decreto 1649 de 2014 Modificación de la estructura del DAPRE	Art. 15	Funciones de la Secretaría de Transparencia: 14) Señalar los estándares que deben tener en cuenta las entidades públicas para las dependencias de quejas, sugerencias y Reclamos.
	Ley 1755 de 2015 Derecho fundamental de petición	Art. 1°	Regulación del derecho de petición.

ASPECTOS GENERALES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO.

En cumplimiento del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la Secretaría de Transparencia, en coordinación con las direcciones de Control Interno y Racionalización de Trámites y del Empleo Público de Función Pública y el Programa Nacional del Servicio al Ciudadano del DNP, ha actualizado la metodología para elaborar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción y que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal.

Componentes del Plan.

- a) Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción y medidas para mitigar los riesgos.
- b) Racionalización de Trámites.
- c) Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano.
- d) Rendición de Cuentas.
- e) Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información.

El desarrollo de los componentes para consolidar la información en el plan estará a cargo de los responsables en área de influencia de los procesos.

PRIMER COMPONENTE

GESTION DEL RIESGO DE CORRUPCION- MAPA DE RIESGOS DE CORRUPACION.

El mapa de riesgos de corrupción es la guía para identificar los posibles hechos generadores de corrupción, este es el referente para construir en Mapa de Riesgos de Corrupción riesgos que se podrían presentar en los diferentes procesos sean Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación, permitiendo a su vez el seguimiento y la elaboración de mecanismos orientados a prevenirlos o evitarlos.

Sub-componentes:

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

La administración de los riesgos de corrupción del HSA está enfocada no solo al cumplimiento de la normativa nacional en esta materia, también al fortalecimiento de las acciones institucionales desarrolladas por los servidores públicos con el fin de prevenir los posibles hechos de corrupción que por acción u omisión se puedan presentar en el que hacer institucional.

Esta política es alineada con la planificación estratégica, con el fin de garantizar de forma razonable la eficacia de las acciones planteadas frente a los posibles riesgos de corrupción identificados y la cual pretende:

Evitar el riesgo: Tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Es siempre la primera alternativa a considerar, se logra cuando al interior de los procesos se genera cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas.

Reducir el riesgo: Implica tomar medidas encaminadas a disminuir la probabilidad. “La reducción del riesgo es probablemente el método más sencillo y económico para superar las debilidades antes de aplicar medidas más costosas y difíciles.

Eliminar el riesgo: Acciones encaminadas a eliminar los riesgos con la plena seguridad de y evidencia que las acciones tomadas han eliminado la probabilidad de presentación de un riesgo.

Construcción del mapa de riesgos de corrupción.

Para la identificación construcción del mapa de riesgos de corrupción del HSA se deben tener en cuenta los siguientes elementos:

Identificación de riesgos de corrupción.
Valoración del riesgo
Matriz de riesgos de corrupción
Divulgación
Monitoreo y revisión.

- Identificación de riesgos de corrupción.

Su objetivo es conocer las fuentes que ocasionan posibles riesgos de corrupción, sus causas y sus consecuencias, por lo cual se debe identificar:

El Contexto: En el cual es necesario determinar los factores externos e internos que afectan el cumplimiento de la misión y los objetivos.

Los internos están relacionados con la estructura, la cultura organizacional, el cumplimiento de planes, programas y proyectos, procesos y procedimientos, sistemas de información, modelo de operación, recursos humanos y económicos con que cuenta la entidad.

Los externos por su parte pueden ser: económicas, sociales, culturales, políticas, legales, ambientales o tecnológicas.

Construcción de riesgos de corrupción, los cuales se elaboran sobre los macro procesos del HSA; Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación, desarrollando los siguientes pasos.

- 1 Identificación del proceso
- 2 Objetivo del proceso
- 3 Establecer las causas
- 4 Identificar los riesgos
- 5 Consecuencias

Valoración del riesgo de corrupción.

Análisis de riesgos de corrupción:

Se determinar la probabilidad de materialización del riesgo y sus consecuencias.

Probabilidad:

La probabilidad de ocurrencia de un evento de riesgo. La medición se hace según en número de veces que se ha presentado el riesgo en un periodo determinado por la cantidad de factores interno y externos.

Impacto:

Son las consecuencias o efectos que se pueden generar la materialización de un riesgo de corrupción.

Evaluación de Riesgo de Corrupción:

El objeto es determinar la zona de riesgo final. Teniendo en cuenta los análisis y controles establecidos, con el desarrollo de los siguientes pasos.

Determinar la Naturaleza de los controles.

Preventivos: Orientados a eliminar las causas de los riesgos para prevenir su ocurrencia y materialización.

Detectivos: Son aquellos que registran un evento después de haberse detectado.

Correctivos: Permiten establecer la actividad después de detectado el evento, al igual que modificar las acciones que determinaron su ocurrencia.

Determinar si los controles están documentados: con el fin de establecer como se realiza, el responsable y periodicidad de la ejecución.

Clases de controles.

- **Manuales:** políticas de operación aplicables, autorizaciones a través de firmas o confirmaciones vía correo electrónico, archivos físicos, consecutivos, listas de chequeos, controles de seguridad con personal especializado entre otros.
- **Automáticos:** utilizan herramientas tecnológicas como sistemas de información o software, diseñados para prevenir, detectar o corregir errores o deficiencias, sin que tenga que intervenir una persona en el proceso.

Matriz de Riesgos de corrupción.

Una vez desarrollado el proceso de construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción, se elabora la matriz de Riesgos de Corrupción de la entidad. Este documento se publicará en la página web del Hospital.

Consulta y divulgación.

El Mapa de Riesgos de Corrupción se construirá partitivamente involucrando actores internos y externos de la entidad. Concluido este proceso de participación deberá procederse a su divulgación a través de la página.

Monitoreo y revisión.

Los líderes de los procesos en conjunto con sus equipos deben monitorear y revisar periódicamente el Mapa de Riesgos de Corrupción y si es del caso ajustarlo haciendo públicos los cambios.

Su importancia radica en la necesidad de monitorear permanentemente la gestión del riesgo y la efectividad de los controles establecidos. Teniendo en cuenta que la corrupción es, por sus características, una actividad difícil de detectar.

Por lo cual se debe:

- Garantizar que los controles son eficaces y eficientes.
- Obtener información adicional que permita mejorar la valoración del riesgo.
- Analizar y aprender lecciones a partir de los eventos, los cambios, las tendencias, los éxitos y los fracasos.
- Detectar cambios en el contexto interno y externo.
- Identificar riesgos emergentes.

Seguimiento.

La Oficina de Control Interno del Hospital San Andrés o quien haga sus veces, debe adelantar seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción. En este sentido es necesario que en sus procesos de auditoría interna analice las causas, los riesgos de corrupción y la efectividad de los controles incorporados en el Mapa de Riesgos de Corrupción.

Plan anticorrupción y de atención al ciudadano					
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción					
Subcomponente / proceso	Actividades	Indicador	Producto	Responsable	Fecha
Política de administración del riesgo.	Construir la política de administración de riesgo.	Cantidad (1)	Política de administración del riesgo definida en el manual.	Coordinador oficina de planeación	20/03/2016
	Publicar de política de administración de riesgos.	Cantidad (1)	Política de administración de riesgos publicados en la página web del HSA.		31/03/2016
Construcción del mapa de riesgos de corrupción.	Identificar los posibles riesgos de corrupción.	Cantidad de riesgos identificados	Riesgos de corrupción identificados	Coordinador oficina de planeación	10/03/2016
	Realizar la valoración de los riesgos de corrupción.	Cantidad Valoraciones del riesgo / Riesgos identificados *100	Riesgos identificados su valoración.		11/03/2016
	Construir la matriz de riesgos de corrupción.	Matriz construida (1)	Matriz de riesgos desarrollada.		25/03/2016
Consulta y Divulgación	Socializar los riesgos con líderes de procesos.	Cantidad de líderes de procesos / cantidad con socialización	Riesgos socializados y consultados	Coordinador oficina de planeación	30/04/2016
	Divulgar el mapa de riesgos.	Publicación realizada (1)	Mapa de riesgos debidamente publicados		31/03/2016
Monitoreo y revisión	Realizar monitoreo con el fin de hacer ajustes.	Cantidad de justes / total de riesgos	Ajustes pertinentes de cambios por proceso.	Líderes de procesos.	30/06/2016 30/09/2016 29/12/2016
Seguimiento	Hacer seguimiento por parte de control interno.	Cantidad de: seguimientos realizados / seguimientos obligatorios	Informe de seguimiento.	Coordinador oficina de planeación	De acuerdo a la programación de seguimiento de CI

Respetamos su salud

Vereda Inguapi del Carmen km 23, Tel 092 - 7 272388 – 7 272456 – Fax 7 272930

www.hospitalsanandrese.gov.co

e-mail: gerencia@hospitalsanandrese.gov.co

SEGUNDO COMPONENTE RACIONALIZACION DE TRÁMITES.

EL Hospital para dar cumplimiento a esta política de racionalización de trámites del Gobierno Nacional y la cual es liderada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, buscara facilitar el acceso a los servicios de salud que brinda nuestra entidad.

Teniendo en cuenta que los trámites, procedimientos y regulaciones innecesarias afectan la eficiencia, eficacia y transparencia de la labor del Hospital. En efecto, a mayor cantidad de trámites, aumentan las posibilidades de que se presenten hechos de corrupción; por lo tanto se ajustan los trámites con el fin de que no se presenten casos que den pie a generar de acciones que puedan ocasionar hechos de corrupción, materializados en exigencias innecesarias, cobros, demoras injustificadas, etc. Las cuales permitan:

- Brindar respeto y trato digno al usuario, rompiendo el esquema de desconfianza que los usuarios y la comunidad tienen con el Hospital.
- Facilitar la gestión de los funcionarios y colaboradores del Hospital.
- Mejorar la competitividad.
- Construir una entidad accesible, moderna y amable con nuestros usuarios.

Lineamientos generales

Trámite: Conjunto de requisitos, pasos o acciones regulados por el Estado, que deben efectuar los usuarios ante una entidad de la administración pública o particular que ejerce funciones administrativas, para adquirir un derecho o cumplir con una obligación prevista o autorizada por la Ley y cuyo resultado es un producto o un servicio.

Condiciones de los trámites:

- Hay una actuación del usuario (persona natural – persona jurídica).
- Tiene soporte normativo.
- El usuario ejerce un derecho o cumple una obligación.
- Hace parte de un proceso misional de la entidad.
- Se solicita ante una entidad pública o un particular que ejerce funciones públicas.
- Es oponible (demandable) por el usuario.

Identificación de trámites:

Fase en la cual cada entidad debe establecer el inventario de trámites propuestos por la Función Pública y registrarlos en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT). Es importante tener en cuenta que la información del trámite debe estar registrada y actualizada en el SUIT en armonía con lo dispuesto en el artículo 40 del Decreto - Ley 019 de 2012.

Priorización de trámites:

Fase que consiste en analizar variables externas e internas que afectan el trámite y que permiten establecer criterios de intervención para la mejora del mismo.

Para la priorización de trámites se deben focalizar aquellos aspectos que son de mayor impacto para la ciudadanía, que mejoren la gestión de las entidades, aumenten la competitividad del país y acerquen el Estado al ciudadano, teniendo en cuenta:

Factores inciden en la realización de algún trámite.

Factores Internos.

Factores Externos.

PQR.

Pertinencia de los trámites.

Auditorías.

Consulta ciudadana.

Racionalización de Trámites:

Esta fase que busca implementar acciones efectivas que permitan mejorar los trámites a través de la reducción acciones legales para la eliminación de un trámite o de tipo administrativo en cuanto a costos, documentos, requisitos, tiempos, procesos, procedimientos y pasos; así mismo, generar esquemas no presenciales como el uso de correos electrónicos, internet y páginas web que signifiquen un menor esfuerzo para el usuario en su realización.

Objetivos de la racionalización:

Simplificación: Aplicación de estrategias efectivas en los trámites, para que éstos sean simples, eficientes, directos y oportunos; comprende actividades tales como:

- Reducción de costos operativos en la entidad. - Reducción de costos para el usuario.
- Reducción de documentos. - Reducción de requisitos.
- Reducción del tiempo de duración del trámite. - Reducción de pasos al usuario y del proceso interno.

Estandarización: Se cargara en el SUIT los tramites ya estandarizados por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y su cumplimiento se verificará con el registro de los trámites en el Sistema Único de Información de Trámites.

Eliminación: Implica la supresión de todos aquellos trámites, requisitos, documentos y pasos que cuestan tiempo y energía a los usuarios, y que son inútiles y engorrosos. El trámite se elimina por carecer de finalidad pública y de soporte legal.

Optimización: Conjunto de actividades o iniciativas que permiten mejorar la satisfacción el usuario, a través de:

- Modernización en las comunicaciones.
- Relaciones entre entidades.
- Aumento de puntos de atención.
- Reducir tiempo en puntos de atención.
- Consultas entre áreas o dependencias de la entidad.
- Seguimiento del estado del trámite.

Automatización: Es el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación -TIC, para apoyar y optimizar los procesos que soportan los trámites. Así mismo, permite la modernización interna del Hospital mediante la adopción de herramientas tecnológicas (Hardware, Software y comunicaciones), que conllevan a la agilización de los procesos.

Implementación de la estrategia de racionalización para la vigencia 2016 lo cual permitirá:

- Disminución de tiempos muertos, contactos innecesarios del ciudadano con la entidad y costos para el ciudadano.
- Condiciones favorables para realizar el trámite por parte del usuario.
- Disminución de tramitadores y/o terceros que se beneficien de los usuarios del trámite.
- Incremento de niveles de seguridad para los ciudadanos y para los funcionarios de la entidad.
- Disminución de las actuaciones de corrupción que se puedan estar presentando.
- Mejoramiento de los controles en beneficio de la entidad y del ciudadano.

Una vez diseñada la Estrategia se publicara a 31 de enero de los siguientes años en la página web del hospital, facilitando al ciudadano el acceso a los trámites que serán objeto de intervención y permita a la Oficina de Control Interno realizar el seguimiento cada cuatro meses.

Interoperabilidad

Compartirá información entre las entidades estatales y privadas que ejerzan funciones públicas a través de medios físicos o tecnológicos, evitando solicitar dicha información al usuario mediante mecanismos de certificación de pagos, inscripciones, registros, obligaciones, etc.

Por lo cual se implementara:

- Cadena de trámites: la cual es una serie de consultas, verificaciones o trámites que deben realizarse previamente de manera obligatoria, ante otras instituciones o particulares que ejerzan funciones administrativas, con el fin de cumplir con los requisitos de un determinado trámite.
- Ventanilla única virtual: es el sitio virtual desde el cual se gestiona de manera integrada la realización de trámites.

TERCER COMPONENTE RENDICIÓN DE CUENTAS

Además la rendición de cuentas en base a documento Conpes 3654 del 12 de abril de 2010, señala que la rendición de cuentas es una expresión de control social, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la evaluación de la gestión, y que busca la transparencia de la gestión de la administración pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno. Más allá de ser una práctica periódica de audiencias públicas, la rendición de cuentas a la ciudadanía debe

ser un ejercicio permanente que se oriente a afianzar la relación Estado – ciudadano. Por su importancia, se requiere que las entidades elaboren anualmente una estrategia de rendición de cuentas y que la misma se incluya en las estrategias del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

De conformidad con el artículo 78 del Estatuto Anticorrupción todas las entidades y organismos de la Administración Pública deben rendir cuentas de manera permanente a la ciudadanía. Los lineamientos y contenidos de metodología serán formulados por la Comisión Interinstitucional para la Implementación de la Política de Rendición de Cuentas creada por el Conpes 3654 de 2010.

El Hospital brindara Información acerca de los temas pertinentes de, exposición, difusión de datos, estadísticas, Informes, etc., de actividad de Hospital. Esta información abarca desde la etapa de planeación hasta la de control y evaluación.

También habrá Diálogo, lo cual se refiere a la justificación de las acciones, Presentación de diagnósticos e interpretaciones y Las manifestaciones de los criterios empleados para las decisiones.

Así como Incentivos o sanciones las cuales son las acciones que refuerzan los comportamientos de los servidores públicos hacia la rendición de cuentas; así mismo, los medios correctivos por las acciones de estímulo por el cumplimiento o de castigo por el mal desempeño.

El Hospital San Andrés y de acuerdo con el artículo 48 de la Ley 1757 de 2015, *“por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática”*, la rendición de cuentas es *“ ... un proceso... mediante los cuales las entidades de la administración pública del nivel nacional y territorial y los servidores públicos, informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control”*; es también una expresión de control social, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la evaluación de la gestión, y que busca la transparencia de la gestión.

Elementos a Desarrollar

ANÁLISIS DEL PROCESO DE RENDICIÓN DE CUENTAS

- Definir equipo para la RC.
- Diagnóstico del proceso anterior.
- Caracterización de usuarios, ciudadanos y grupos de interés.
- Necesidades de información.
- Capacidad operativa y disponibilidad de recursos.



DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS

- Para de divulgar la INFORMACION en un lenguaje comprensible.
- Garantizar el dialogo con las organizaciones ciudadanas.
- Generar incentivos



IMPLEMENTACION Y DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA

Convocatoria a la ciudadanía para participar en consultas, diálogos, evaluación.
Socialización y publicación de la R:C:



EVALUACION Y SEGUIMINETO

- Evaluación de cada acción
- Evaluación estrategia en conjunto
- Informe de R.D.C. general
- Evaluaciones externas



Plan anticorrupción y de atención al ciudadano					
Componente 3: Rendición de Cuentas					
Subcomponente /proceso	Actividades	Indicadores	Producto	Responsable	Fecha
Información de calidad y comprensible	Publicar los lineamientos para la Rendición de Cuentas, Hora y temas a tratar.	Publicación de lineamientos (1)	Lineamientos de la Rendición de Cuentas publicados en Página web	Equipo de Rendición de Cuentas	08/04/2016
	Diseñar la rendición de cuentas en lenguaje claro, y de fácil comprensión.	Informe (1) socialización (1)	Informe y socialización de Rendición de Cuentas en forma clara, ordenado que posibilite la fácil comprensión.		03/05/2016
Dialogo en doble con comunidad y organizaciones.	Enviar Invitaciones a representantes de comunidad y personas interesadas	Cantidad de invitaciones enviadas	Registro de solicitudes enviadas, recibidas y de asistencia.	Equipo de Rendición de Cuentas	14/04/2016
	Dar Respuesta de inquietudes previas a socialización.	Inquietudes presentadas / inquietudes resueltas x 100	Responder inquietudes a en torno a la programación de rendición de cuentas.		28/04/2016
	Dar Respuesta de inquietudes en la socialización.	Inquietudes presentadas / inquietudes resueltas x 100	Entablar y establecer las reglas de intervención y respuesta a inquietudes en la socialización.		03/05/2016
Incentivos para motivar la rendición de cuentas	Establecer escenarios acordes para fácil acceso a la Rendición de Cuentas	Porcentaje de satisfacción.	Diseño de la logística para fácil acceso a la rendición de cuentas.	Equipo de Rendición de Cuentas	28/04/2016
Evaluación y retroalimentación	Realizar evaluación análisis para mejorar la gestión. Y retroalimentar evaluación.	Porcentaje de satisfacción.	Evaluación de rendición de cuentas en formato de encuestas de evaluación. y retroalimentación de la evaluación.	Equipo de Rendición de Cuentas	03/05/2016 (evaluación) 10/05/2016 (retroalimentación)

CUARTO COMPONENTE MECANISMOS PARA MEJORA LA ATENCION AL CIUDADANO.

El HSA busca mejorar la calidad y el acceso a los trámites y servicios, mejorando la satisfacción de los ciudadanos y facilitando el ejercicio de sus derechos. Se debe desarrollar en el marco de la Política Nacional de Eficiencia Administrativa al Servicio del Ciudadano (Conpes 3785 de 2013), de acuerdo con los lineamientos del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano (en adelante PNSC), ente rector de dicha Política.

Desarrollo orientado al servicio del usuario.

1. Definir y difundir el portafolio de servicios al usuario del HSA.

2. Implementar y optimizar los procedimientos internos que soportan la entrega de trámites y servicios al nuestros usuarios.
3. Implementar procedimientos de atención de peticiones, quejas, sugerencias, reclamos de acuerdo con la normatividad.
4. Medir la satisfacción del usuario en relación con los trámites y servicios que presta el Hospital.
5. Identificar necesidades, expectativas e intereses de los usuarios para gestionar la atención adecuada y oportuna.
6. Poner a disposición de los usuarios en un lugar visible información actualizada sobre:
 - Derechos de los usuarios y medios para garantizarlos.
 - Descripción de los procedimientos, trámites y servicios de la entidad.
 - Tiempos de entrega de cada trámite o servicio.
 - Requisitos e indicaciones necesarios que los usuarios deben cumplir.
7. Obligaciones.
 - Horarios y puntos de atención.
 - Dependencia, nombre y cargo del funcionario del HSA, a quien los usuarios deban dirigirse en caso de una queja o un reclamo.
8. Disponer de espacios físicos, para la atención prioritaria a personas en situación de discapacidad, niños, niñas, mujeres gestantes y adultos mayores.

Afianzar la cultura de servicio al usuario.

- Desarrollar las competencias y habilidades para el servicio al ciudadano en los funcionarios del Hospital, mediante programas de capacitación y sensibilización.

Fortalecimiento de los canales de atención.

- Establecer canales de atención que permitan la participación de los usuarios y la comunidad en general.
- Implementar protocolos de atención al usuario.
- Implementar un sistema de turnos que permita la atención ordenada de los usuarios.
- Adecuar los espacios físicos de acuerdo con la normativa vigente en materia de accesibilidad y señalización.
- Integrar canales de atención e información para asegurar la consistencia y homogeneidad de la información que se entrega al usuario.

Plan anticorrupción y de atención al ciudadano					
Componente 4: Atención al Ciudadano					
Subcomponente / proceso	Actividades	Indicadores	Producto	Responsable	Fecha
Estructura administrativa y direccionamiento estratégica	Publicar portafolio de servicios de HSA a los usuarios	Publicación (1)	Publicación portafolio en página web, y carteleras de la institución.	PU Atención al usuario	29/04/2016
	Hacer seguimiento a solicitudes de los usuarios.	Respuestas emitidas / Solicitudes recibidas * 100	Informe de seguimiento a respuestas de solicitudes.		Trimestral
	Hacer seguimiento a tiempos de respuestas de PQRSD	Respuestas emitidas dentro y fuera de tiempo / Solicitudes recibidas x 100	Informe de seguimiento a tiempos de respuestas.	PU Atención al usuario	Mensual
Fortalecimiento de canales de atención	Reorganizar página web	Reorganización (1)	Página web reorganizada para identificar con facilidad el link de PQRSD	PU Atención al usuario	08/04/2016
	Realizar formato de trazabilidad para la atención.	Formato (1)	Formato de trazabilidad.		15/04/2016
	Capacitación al personal de atención al usuario y administrativo	Funcionarios capacitados / Funcionarios pertinentes de capacitación x 100	Taller de capacitación		05/05/2016
Talento humano	Realizar capacitación de mejoramiento del servicio al ciudadano	Capacitaciones realizadas / capacitaciones programadas	Taller de capacitación	PU Atención al usuario	02/06/2016
	Realizar encuestas de satisfacción.	Cantidad de encuestas de satisfacción.	Informe de encuestas de satisfacción.		Mensual
Normativo y procedimental	Actualizar reglamento interno de PQRSD	Reglamento (1)	Reglamento interno de PQRSD actualizado	PU Atención al usuario	15/04/2016
	Realizar informe de PQRSD	Informes realizados / 12 x 100	Informe de PQRSD		Mensual
Relacionamiento con el ciudadano	Realizar informe de caracterización de usuarios.	Informes realizados / 12 x 100	Informe de caracterización.	PU Atención al usuario	Mensual

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE: PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS

Parámetros generales

Los parámetros básicos a tener en cuenta en Hospital y en especial la oficina de atención al usuario quien es la encargada de la gestión de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos, enmarcadas por el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011; y los cuales se

Respetamos su salud

Vereda Inguapi del Carmen km 23, Tel 092 - 7 272388 – 7 272456 – Fax 7 272930

www.hospitalsanandrese.gov.co

e-mail: gerencia@hospitalsanandrese.gov.co

desarrollaron con el Programa Nacional de Servicio al Ciudadano, el Programa de Gobierno en Línea y el Archivo General de la Nación. Son:

Petición: es el derecho fundamental que tiene toda persona a presentar solicitudes respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener su pronta resolución.

Queja: es la manifestación de protesta, censura, descontento o inconformidad que formula una persona en relación con una conducta que considera irregular de uno o varios servidores públicos en desarrollo de sus funciones.

Reclamo: es el derecho que tiene toda persona de exigir, reivindicar o demandar una solución, ya sea por motivo general o particular, referente a la prestación indebida de un servicio o a la falta de atención de una solicitud¹⁹.

Sugerencia: es la manifestación de una idea o propuesta para mejorar el servicio o la gestión de la entidad.

Denuncia: Es la puesta en conocimiento ante una autoridad competente de una conducta posiblemente irregular, para que se adelante la correspondiente investigación penal, disciplinaria, fiscal, administrativa - sancionatoria o ético profesional.

Es necesario que se indiquen las circunstancias de tiempo modo y lugar, con el objeto de que se establezcan responsabilidades

Deber de denunciar: Es deber de toda persona denunciar a la autoridad competente las conductas punibles de que tenga conocimiento. Para los servidores públicos tiene connotación constitutiva de infracción de conformidad con los el artículo 6 de la Constitución Política.

Gestión:

El Hospital con el fin de asegurar la existencia de un registro y número de radicado único de PQRSD, y que pueda facilitar el control y el seguimiento de los documentos asegurando las actividades de recepción y radicación debe ser realizado únicamente la dependencia de correspondencia o quien haga sus veces. Por lo cual el Hospital deberá:

- Disponer de un enlace de fácil acceso, en su página web, para la recepción de PQRSD, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Programa Gobierno en Línea.
- Diseñar formatos electrónicos que faciliten la presentación de PQRSD por parte de los usuarios.
- Construir un sistema de registro ordenado de las PQRSD
- Informar a los usuarios sobre los medios de atención con los que cuenta el hospital para recepción de PQRSD y de actos de corrupción.

SEGUIMIENTO

El HSA reactivará la Oficina de Control interno disciplinario con el fin de que pueda realizar el seguimiento respectivo y procederá a adelantar los procesos disciplinarios en contra de sus servidores públicos.

La oficina de control disciplinario adelantará las investigaciones en caso de incumplimiento a la respuesta de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos en los términos contemplados en la ley y aquellas quejas contra los servidores públicos de la entidad.

- Oficina de Control Interno: vigilarán que la atención se preste de acuerdo con las normas y los parámetros establecidos por la entidad. Sobre este aspecto, rendirán un informe semestral a la administración de la entidad.

- Veedurías ciudadanas: Se debe:

- a) Llevar un registro sistemático de las observaciones presentadas por las veedurías ciudadanas.

- b) Evaluar los correctivos que surjan de las recomendaciones formuladas por las veedurías ciudadanas.

- c) Facilitar y permitir a las veedurías ciudadanas el acceso a la información para la vigilancia de su gestión y que no constituyan materia de reserva judicial o legal

Lineamientos especiales en situaciones (ley 1755 de 2015)

De no respuesta en término: Se debe informar al ciudadano antes del vencimiento informando los motivos de la demora y señalando el plazo en que se resolverá la petición, éste no podrá exceder del doble del inicialmente previsto.

De Petición incompleta

Se deben tener en cuenta dos momentos:

1. En el recibo de la petición: el servidor público informa verbalmente que está incompleta la petición, si el ciudadano insiste, debe ser radicada.

2. Cuando está radicada: el servidor público debe solicitar al ciudadano dentro de los diez días siguientes para que complete la información. El ciudadano tiene 1 mes para complementarla.

De Atención Prioritaria: Se deben atender prioritariamente las peticiones que involucren el reconocimiento de un derecho fundamental, cuando esté en peligro inminente la vida o la seguridad, cuando sea presentada por un niño (a) o adolescente; o cuando sea presentada por un periodista en ejercicio de su profesión.

De No Competencia. Se debe remitir la solicitud al competente dentro de los cinco días siguientes al recibo de la misma y se enviará copia de ello al peticionario.

Desistimiento tácito: Opera cuando el ciudadano no completa su petición dentro del mes otorgado para ello y guarda silencio. La entidad debe expedir acto administrativo decretando el desistimiento y archivando el expediente, se debe notificar personalmente advirtiendo la procedencia del recurso de reposición.

Desistimiento expreso: Opera cuando el ciudadano de manera expresa le informa a la entidad que no desea continuar con el trámite de la petición. No obstante, puede continuar de oficio el trámite de respuesta si la entidad considera que es de interés general, para lo cual, debe proyectar acto administrativo motivado.

Petición irrespetuosa Cuando un ciudadano presente una petición irrespetuosa o en términos groseros, la entidad puede rechazarla.

Petición oscura: Se presenta cuando no se comprenda la finalidad u objeto de la petición, en este caso, se debe devolver al interesado para que la corrija o aclare dentro de los diez días siguientes. En caso de no corregirse o aclararse, se archivará la petición.

Petición reiterativa: Se da cuando se presenta una solicitud que ya ha sido resuelta por la entidad, caso en cual, pueden remitirse a respuestas anteriores.

Peticiones análogas: Opera cuando más de diez personas formulen peticiones que sean semejantes en cuanto a su objeto. En este caso la entidad podrá dar una única respuesta que deberá ser publicada en un diario de amplia circulación, en la página web y entregará copias de la misma a quienes las soliciten.

QUINTO COMPONENTE

MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

El HSA garantizará el derecho a la información Pública regulado por la Ley 1712 de 2014 y el Decreto Reglamentario 1081 de 2015, según la cual toda persona puede acceder a la información pública en posesión o bajo el control de los sujetos obligados de la ley. En tal sentido, las entidades están llamadas a incluir en su plan anticorrupción acciones encaminadas al fortalecimiento del derecho de acceso a la información pública tanto en la gestión administrativa, como en los servidores públicos y ciudadanos.

Lineamientos de Transparencia Activa

Implica la disponibilidad de información a través de medios físicos y electrónicos. Por lo cual se publicara información mínima en los sitios web oficiales, de acuerdo con los parámetros establecidos por la ley en su artículo 9º y por la Estrategia de Gobierno en Línea.

Lineamientos de Transparencia Pasiva

Obligatoriedad de responder las solicitudes de acceso a la información en los términos establecidos en la Ley. Para este propósito se debe garantizar una adecuada gestión de las solicitudes de información siguiendo los lineamientos del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano establecidos en el Cuarto Componente.

Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información

La Ley establece tres instrumentos para apoyar el proceso de gestión de información de las entidades.

- El Registro o inventario de activos de Información.
- El Esquema de publicación de información, y
- El Índice de Información Clasificada y Reservada.

Los mecanismos de adopción y actualización de estos instrumentos se realizan a través de acto administrativo y se publicarán en formato de hoja de cálculo en el sitio web oficial de la entidad en el enlace "*Transparencia y acceso a información pública*", así como en el Portal de Datos Abiertos del estado colombiano.

Criterio diferencial de accesibilidad

En aplicación de la ley la cual estableció el criterio diferencial de accesibilidad a información pública. El hospital con forme a su desarrollo institucional implementara las acciones dispuestas en esta ley la cual contempla:

Monitoreo del Acceso a la Información Pública

Con el propósito de contar con un mecanismo de seguimiento al acceso a información pública, el hospital generara un informe de solicitudes de acceso a información que contenga:

- El número de solicitudes recibidas.
- El número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución.
- El tiempo de respuesta a cada solicitud.
- El número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano					
Componente 5: Transparencia y Acceso de la Información					
Subcomponente	Actividad	Indicadores	Producto	Responsables	Fecha
Lineamiento de Transparencia Activa	Publicación de la estructura organizacional	Publicación (1)	Información publicada, conforme a la actualización.	Coordinación información y comunicación (Oficina de prensa)	En la fechas normativas
	Publicar portafolio de servicios y procedimientos	Publicación (1)	Información publicada	Coordinación información y comunicación (Oficina de prensa)	31/04/ 2016
	Publicación de datos abiertos.	Cantidad de publicaciones / total obligatorias * 100	Información publicada	Coordinación información y comunicación (Oficina de sistemas)	En las fechas normativas
	Publicación de contratación.	Cantidad de publicaciones / total obligatorias * 100	Información publicada	Coordinación información y comunicación (Oficina jurídica)	Mensual
Lineamiento de Transparencia Pasiva	Fortalecer la respuesta a las PQRSD	Cantidad de acciones para mejoramiento de respuestas	Hacer seguimiento a las respuestas emitidas de PQRSD.	(Oficina de atención al usuario)	Mensual
Elaboración de instrumentos de Gestión de la Información	Registro o inventarios de activos de información.	Inventario (1)	Inventario de activos de información.	Coordinación información y comunicación	28/05/2016
	Esquema de publicación de la información.	Diseño (1)	Diseño del esquema para la publicación de la información.	Coordinación información y comunicación	30/06/2016
	Índices de información clasificada o reservada.	Cantidad de índices	Índices de información	Coordinación información y comunicación	30/07/2016
Criterio diferencial de accesibilidad	Realizar estudio técnico para implementación de herramientas alternativas de criterio diferencial	Estudio técnico (1)	Documento Estudio Técnico	Coordinación información y comunicación	30/11/2016
Monitoreo de acceso a la información pública	Informe estadístico a monitoreo a información pública.	Informes realizados / 2 x 100	Informe estadístico que contenga, solicitudes recibidas, solicitudes trasladadas, tiempos de respuesta y solicitudes sin respuesta.	Oficina de atención al usuario	Semestral

Respetamos su salud

Vereda Inguapi del Carmen km 23, Tel 092 - 7 272388 – 7 272456 – Fax 7 272930

www.hospitalsanandrese.gov.co

e-mail: gerencia@hospitalsanandrese.gov.co

SEXTO COMPONENTE INICIATIVAS ADICIONALES

Se contempla la iniciativa adicional con el fin de fortalecer las acciones del plan anticorrupción.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano					
Componente 6: Iniciativa adicional					
Subcomponente	Actividad	Indicadores	Producto	Responsables	Fecha
Lineamiento de Transparencia Activa	Actualización de código de ética del HSA	Cantidad (1)	Código de ética actualizado	Coordinador de planeación.	30/07/2016

CALIFICACION DEL RIESGO

La calificación del riesgo se realiza con el cruce de los valores de probabilidad e impacto respectivamente y teniendo en cuenta la siguiente matriz:

RANGO	ZONA DE RIESGO	POLITICA DE ADMINISTRACION
1-5	BAJA	Asumir el riesgo
6-10	MODERADO	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo
12-15	ALTA	Reducir, evitar, compartir o transferir el riesgo
16-25	EXTREMA	Reducir, evitar, compartir o transferir el riesgo

MATRIZ DE CALIFICACION, EVALUACION Y RESPUESTA A LOS RIESGOS

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	INSIGNIFICANTE:1	MENOR:2	MODERADO: 3	MAYOR: 4	CATASTROFICO: 5
RARO:1	1	2	3	4	5
IMPROBABLE:2	2	4	6	8	10
POSIBLE:3	2	6	9	12	15
PROBABLE:4	4	8	12	16	20
CASI SEGURO:5	5	10	15	20	25

NIVELES DE CUMPLIMIENTO

Es el nivel de cumplimiento de las actividades plasmadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, medido en términos de porcentaje. De 0 a 59% corresponde a la zona baja (color rojo). De 60 a 79% zona media (color amarillo). De 80 a 100% zona alta (color verde). Actividades cumplidas/Actividades programadas.

Semaforización en porcentaje de cumplimiento	
Porcentajes %	Semaforización
0 a 59	Rojo
60 a 79	Amarillo
80 a 100	Verde

Elaboró
Edwin Bastidas Jiménez
Coordinador Oficina de Planeación