

PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

COPIA CONTROLADA

Elaboró:

CYNTIA T. MOGOLLON JAIMES
Cargo: Asesora de Calidad

Fecha: Enero de 2018

Revisó:

ALEJANDRO A. SALAZAR OSORNO
Cargo: Subdirector Admón. y Fnro

Fecha: Enero de 2018

Aprobó:

LUIS MARIA OTALVARO SANCHEZ
Cargo: Gerente


Fecha: Enero de 2018

PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	Versión : 05
PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Página: 3 de 28

Tabla de contenido

INTRODUCCION.....	4
1. OBJETIVOS, ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN.....	5
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
1.3 ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO	5
2. MARCO LEGAL.....	6
3. MODALIDADES DE CORRUPCIÓN.....	8
4. POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	10
5. COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN.....	10
5.1 PRIMER COMPONENTE: MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	10
5.2 SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.....	15
5.3. TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS	20
5.4 CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	22
5.5 QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.....	24
5.6 SEXTO COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES.....	24
6. ACTIVIDADES PROGRAMADAS.....	26

COPIA CONTROLADA


	PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Versión : 05
		Página: 4 de 28

INTRODUCCION

Con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos de la Ley 1474 de 2012, el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ESE RIONEGRO se permite hacer la actualización del **Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano** en el cual se revisa y ajustan los mecanismos mediante los cuales la ESE garantice mediante procesos transparentes la igualdad de oportunidades y la prevención de situaciones que se puedan presentar en el que hacer de cada funcionario

A través del Plan anticorrupción el hospital se vincula en la implementación de herramientas y estrategias que combatan los actos de corrupción para lograr esto, la Gerencia y el Grupo Directivo del Hospital, a través del presente documento reiteran su compromiso de luchar contra la corrupción, y a su vez invitan a los colaboradores a unirse a esta causa, teniendo como referente los principios y valores éticos, los derechos y deberes de los usuarios, y los procesos y procedimientos institucionales, todos estos como instrumentos que permitan solucionar las falencias y necesidades propias de nuestros usuarios, brindando una mayor satisfacción a la comunidad en general.

En el presente documento se definen los objetivos y el alcance del plan anticorrupción y de atención al ciudadano para 2018. Se presentan los componentes del plan; estos componentes fueron desarrollados con base en la normatividad vigente y cada uno de ellos se desarrolla a través de su cronograma de ejecución, los cuales contienen las actividades, fechas de cumplimiento y responsables de llevarlas a cabo a lo largo de la presente vigencia.

	PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Versión : 05
		Página: 5 de 28

1. OBJETIVOS, ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

1.1 OBJETIVO GENERAL


Redefinir las metodologías del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano que contenga los lineamientos señalados en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, permitiendo desarrollar estrategias y actividades concretas para la lucha contra la corrupción orientada hacia una Gestión Transparente

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Adoptar estrategias concretas en materia de lucha contra la corrupción que orienten la Gestión hacia la eficiencia y la transparencia.
2. Identificación de los riesgos de corrupción en la Gestión
3. Brindar a los usuarios agilidad en la prestación de los servicios de salud mediante mecanismos y procedimientos flexibles en procura del bienestar social.
4. Generar a nivel interno y externo una rendición de cuentas clara y transparente donde todos nuestros grupos de interés verifiquen la buena Gestión de la institución
5. Implementar al interior del Hospital Mecanismos para mejorar la atención del ciudadano con el fin de brindar una mayor aceptación y satisfacción de nuestro usuarios.

1.3 ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO

Con la elaboración del Plan Anticorrupción se buscó diseñar estrategias, mecanismos, y gestión de riesgos de lucha contra la corrupción, los cuales servirán de insumo para el cumplimiento y aplicabilidad en todos los procesos en busca de una Gestión transparente de los directivos y en general de todo el personal que labora en el HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E RIONEGRO – ANTIOQUIA

	PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Versión : 05 Página: 6 de 28

2. MARCO LEGAL


- **Constitución Política de Colombia:** En el marco de la constitución de 1991, se consagraron principios para luchar contra la corrupción administrativa en Colombia. De igual forma dio gran importancia a la participación de la ciudadanía en el control de la gestión pública y estableció la responsabilidad patrimonial de los servidores públicos.

Los artículos relacionados con la lucha contra la corrupción son: **23, 90, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 183, 184, 209 y 270.**

- **Ley 80 de 1993:** Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. En su articulado establece causales de inhabilidad e incompatibilidad para participar en licitaciones o concursos para contratar con el estado, adicionalmente también se establece la responsabilidad patrimonial por parte de los funcionarios y se consagra la acción de repetición.
- **Ley 489 de 1998:** Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Amplia el campo de acción del decreto ley 128 de 1976 en cuanto al tema de inhabilidades e incompatibilidades, incluyendo a las empresas oficiales de servicios públicos domiciliarios.
- **Ley 734 de 2002:** Por la cual se expide el Código Disciplinario Único. En dicho código se contemplan como faltas disciplinarias las acciones u omisiones que lleven a incumplir los deberes del servidor público, a la extralimitación en el ejercicio de sus derechos y funciones, a incumplir las normas sobre prohibiciones; también se contempla el régimen de inhabilidades e incompatibilidades, así como impedimentos y conflicto de intereses, sin que haya amparo en causal de exclusión de responsabilidad de acuerdo con lo establecido en la misma ley.
- **Ley 909 de 2004:** Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.

PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	Versión : 05
PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Página: 7 de 28

- **Ley 819 de 2003:** Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de Presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 850 de 2003:** Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas. Crea el marco legal para el ejercicio de la veeduría en nuestro país, así como un procedimiento para la constitución e inscripción de grupos de veeduría y principios rectores.
- **Ley 1474 de 2011:** Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- **Decreto 1082 de 2015:** Por el cual se reglamenta la ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2007 y se dictan otras disposiciones en materia de procedimientos para las diferentes etapas de proceso contractual.
- **Ley 872 de 2003:** crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en su artículo 3° establece que dicho sistema es complementario con los Sistemas de Control Interno y de Desarrollo Administrativo.
- **Ley 1150 de 2007:** Por medio de la cual se establecen las modalidades de contratación para las entidades estatales y se determinan procedimientos sobre la manera de celebrar las contrataciones.
- **Decreto Nacional 4110 de 2004:** en su artículo 1°, adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, y el Decreto 4485 de 2009, la actualiza a través de la versión NTCGP 1000:2009.
- **Decreto Nacional 943 de 2014:** por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.
- **Ley 1621 de 2013:** "Por medio del cual se expiden normas para fortalecer el marco jurídico que permite a los organismos que llevan a cabo actividades de inteligencia y contrainteligencia cumplir con su misión constitucional y legal, y se dictan otras disposiciones"

	PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Versión : 05 Página: 8 de 28

3. DEFINICIONES

Riesgo: Es la vulnerabilidad ante un potencial perjuicio o daño para las unidades, personas, organizaciones o entidades; otro alcance del término riesgo hace énfasis en toda posibilidad de que un evento pueda impedir el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos.

Daño: Deterioro o afectación de la salud de una persona o de un bien material, incluida la información y la imagen organizacional, como consecuencia de la materialización de una amenaza.

Pérdida: Muerte de una persona o menoscabo económico que surgen como consecuencia de la materialización de una amenaza.

Análisis del riesgo: Proceso para comprender la naturaleza, causas y determinar el nivel de riesgo.

Evitar el riesgo: Tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Siempre es la primera alternativa a considerar y es el resultado de adecuados controles y acciones eficaces emprendidas.

Reducir el riesgo: Tomar las medidas encaminadas a disminuir la probabilidad (medidas preventivas) y el impacto (medidas de protección), se logra como resultado en la optimización de los procedimientos y la implementación de controles.


Compartir o transferir el riesgo: Se reduce el efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones (Ej, adquisición de pólizas – contratos de riesgo).

Asumir el riesgo: Aceptar el riesgo residual probable y las pérdidas inherentes, pero en todo caso elaborar planes de contingencia para su manejo.

Riesgo inherente: Es aquél al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones para modificar su probabilidad o impacto.

Riesgo residual: Es aquél que permanece después que se desarrollan respuestas o acciones para enfrentar los riesgos. El riesgo residual refleja el riesgo remanente una vez se han implantado de manera eficaz acciones planificadas para mitigar el riesgo inherente.

Apetito de Riesgo: Magnitud y tipo de riesgo que una organización está dispuesta a buscar, retener o aceptar.

	PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Versión : 05
		Página: 9 de 28

Tolerancia al riesgo: es el nivel o rango de desviación del riesgo que la empresa está en condiciones de admitir.

Probabilidad: Medida de la oportunidad de ocurrencia expresada entre uno y cinco, siendo 1 Remota, 2 Raro, 3 Ocasional, 4 Frecuente y 5 Casi Seguro.

Impacto: Medida de severidad expresada entre uno y cinco, siendo 1 Insignificante, 2 Menor, 3 Moderado, 4 Mayor y 5 Catastrófico.

4. MODALIDADES DE CORRUPCIÓN

Peculado: "abuso de fondos o bienes" que estén a disposición del funcionario en "virtud o razón de su cargo". El peculado a su vez puede consistir en la apropiación directa de bienes, en la disposición arbitraria de los mismos o en "otra forma semejante".


Cohecho: Delito bilateral, pues exige la participación de un particular que toma la iniciativa y ofrece a un funcionario ofertas, promesas, dones o presentes, para la ejecución de un acto propio de sus funciones. Se vuelve en doble sentido cuando el funcionario acepta el ofrecimiento.

Algunas legislaciones distinguen entre **cohecho simple** (un funcionario recibe dinero para desarrollar una cierta acción) y **cohecho calificado** (el soborno se entrega para impedir u obstaculizar un acto). El sujeto que ofrece o acepta el soborno es responsable del delito de **cohecho pasivo**.

Soborno: es la dádiva con que se soborna y la acción y efecto de sobornar. Este verbo, con origen en el latín subornāre, se refiere a corromper a alguien con dinero, regalos o algún favor para obtener algo de esta persona.

El soborno también es conocido como **cohecho** o, en el lenguaje coloquial, **coima**. Se trata de un delito cuando un funcionario público acepta o exige una dádiva para concretar una acción u omitirla.

Concusión: En este caso es el funcionario el que exige, descarada o solapadamente, un pago o contribución indebidos al particular que tiene algún asunto pendiente de su resolución. En esta figura el particular se ve forzado a hacer el pago, pues si no lo hace, el asunto que le interesa no será despachado.

	PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Versión : 05 Página: 10 de 28

5. POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

El Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro, Antioquia dentro del marco de su misión se compromete desde la Junta Directiva y Alta Gerencia hasta sus colaboradores a realizar gestión del riesgo por procesos, de forma sistémica, garantizando el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la protección de los recursos y el bienestar de los usuarios, esto mediante:

- La identificación, análisis, actualización y evaluación de los riesgos por procesos institucionales.
- La definición e implementación de controles y acciones orientadas a evitar, mitigar, compartir o transferir los riesgos identificados.
- El seguimiento a las acciones de mitigación definidas para los riesgos priorizados en cada uno de los procesos.
- La fomentación de la cultura del autocontrol en los colaboradores de la entidad orientada a la gestión del riesgo.

Con estas estrategias se controlaran riesgos estratégicos, operativos, financieros, de cumplimiento, de corrupción y de imagen, mediante el seguimiento constante por parte de los líderes y demás integrantes de cada proceso, así mismo se realizara actualización anual del mapa de riesgos y revisión de los registros de ocurrencia para tomar las acciones correctivas pertinentes.

6. COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCION

6.1 PRIMER COMPONENTE: METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y ACCIONES PARA SU MANEJO.

El Mapa de Riesgos de la Corrupción, es una herramienta metodológica que permite identificar de manera clara y sistemática las áreas y procesos que son más vulnerables a la comisión de hechos de corrupción, diseñar medidas para mitigar los riesgos, monitorear los riesgos de Corrupción al interior del Hospital, identificar los riesgos trazadores y los indicadores de monitoreo y control, los cuales serán incluidos en la metodología de mapa de riesgos establecida por el hospital.

Para la construcción del mapa de riesgos se tendrán en cuenta los actos de corrupción que se pueden presentar en los diferentes procesos, entre los cuales podemos mencionar:

PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	Versión : 05
PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Página: 11 de 28

- Concentración de autoridad o exceso de poder.
- Extralimitación de funciones.
- Ausencia de canales de comunicación.
- Amiguismo y clientelismo.
- Inclusión de gastos no autorizados.
- Inexistencia de registros auxiliares que permitan identificar y controlar los rubros de inversión.
- Archivos contables con vacíos de información.
- Estudios previos o de factibilidad manipulados por personal interesado en el futuro proceso de contratación.
- Designar supervisores que no cuentan con conocimientos suficientes para desempeñar la función. Concentrar las labores de supervisión de múltiples contratos en poco personal.
- Contratar con compañías de papel, las cuales son especialmente creadas para participar procesos específicos, que no cuentan con experiencia, pero si con músculo financiero
- Sistemas de información susceptibles de manipulación o adulteración.
- Ocultar a la ciudadanía la información considerada pública.
- Soborno (Cohecho).
- Decisiones ajustadas a intereses particulares.
- Cobro por realización del trámite, (Concusión).

Para la medición de los riesgos de corrupción se determino la probabilidad de materialización del riesgo y sus consecuencias o impacto, con el fin de establecer la zona de riesgo inicial, estos criterios según la *Guía para la gestión del riesgo de corrupción 2015*.

Probabilidad: Es la oportunidad de ocurrencia de un evento de riesgo. Se mide según la frecuencia (número de veces en que se ha presentado el riesgo en un período determinado) o por la factibilidad (factores internos o externos que pueden determinar que el riesgo se presente).

- Rara vez: Ocurre en circunstancias excepcionales. El evento no se ha presentado en los últimos cinco (5) años.
- Improbable: Puede ocurrir. El evento se presentó una vez en los últimos 5 años.
- Posible: Es posible que suceda. El evento se presentó una vez en los últimos 2 años.
- Probable: Es viable que el evento ocurra en la mayoría de los casos. El evento se presentó una vez en el último año.

- Casi seguro: Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias. Es muy seguro que se presente. El evento se presentó más de una vez al año.

Impacto: Son las consecuencias o efectos que puede generar la materialización del riesgo de corrupción en la entidad.

- Moderado: Genera medianas consecuencias sobre la entidad.
- Mayor: Genera altas consecuencias sobre la entidad.
- Catastrófico: Genera consecuencias desastrosas para la entidad

Resultados de la calificación del Riesgo de Corrupción					
Probabilidad	Puntaje	Zonas de riesgo de corrupción			
PROBABILIDAD	Casi seguro	5	25 Moderada	50 Alta	100 Extrema
	Probable	4	20 Moderada	40 Alta	80 Extrema
	Posible	3	15 Moderada	30 Alta	60 Extrema
	Improbable	2	10 Baja	20 Moderada	40 Extrema
	Rara vez	1	5 Baja	10 Baja	20 Moderada
	Impacto			Moderado	Mayor
Puntaje			5	10	20
IMPACTO					

(Tomado de: Guía para la gestión del riesgo de corrupción 2015, página 22).

Según la zona de riesgo arrojada, se determina el tratamiento, donde:

- Los riesgos de corrupción de las **zonas baja** se encuentran en un nivel que puede eliminarse o reducirse fácilmente con los controles establecidos en la entidad.
- Para los riesgos de corrupción de **zonas moderadas** deben tomarse las medidas necesarias para llevar los riesgos a la Zona de Riesgo Baja o eliminarlo.
- Para los riesgos de corrupción de **zonas altas** deben tomarse las medidas necesarias para llevar los riesgos a la Zona de Riesgo Moderada, Baja o eliminarlo.
- Los riesgos de corrupción de la **Zona de Riesgo Extrema** requieren de un tratamiento prioritario. Se deben implementar los controles orientados a

PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	Versión : 05
PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Página: 13 de 28

reducir la posibilidad de ocurrencia del riesgo o disminuir el impacto de sus efectos y tomar las medidas de protección.


Una vez identificados los riesgos de corrupción, según la zona de riesgo se define los controles, ya sean preventivos, detectables, correctivos y si son manuales o automáticos para posteriormente establecer la zona de riesgo final según la efectividad los controles aplicados.

Mecanismos de seguimiento y verificación: Por lo menos cada semestre, los líderes de los procesos en conjunto con su grupo de trabajo realizarán una autoevaluación a la gestión del riesgo, determinando la efectividad de sus controles para minimizar el riesgo, a su vez la Oficina de Control Interno realizará su propio informe de evaluación de riesgos y controles de segundo orden.

El Mapa de los riesgos disponible en la Página web contendrá los riesgos tanto clínicos como administrativos por procesos y responsables para su debida consulta y gestión.

AREA O PROCESO	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO
GESTIÓN CONTRACTUAL	SOLICITAR DÁDIVAS O ACCEDER A SOBORNO	Solicitar o acceder por parte del supervisor o encargado de los contratos a un pago o beneficio particular para certificar como recibida a satisfacción obra, suministro o servicio que no ha sido ejecutado a cabalidad
	FAVORECIMIENTO A TERCEROS	Favorecer en forma deliberada la selección y/o adjudicación de contratos de insumos, servicios, obras, etc. a proveedores y/o contratistas de manera amañada para lucrarse o beneficiarse de ello.
	CONCUSIÓN – FRAUDE	Aprovechamiento del cargo o autoridad para inducir a la realización compras innecesarias de insumos y/o equipos, amañando los costos, necesidades reales u obviando requisitos técnicos y estudios para obtener un beneficio personal, generalmente económico afectando los recursos del Hospital
	CONFLICTO DE INTERÉS	Presentar un interés por parte de un funcionario del hospital para él, un conocido o algún miembro de su familia, para que tenga o busque tener relación de negocios con el Hospital
	FAVORECIMIENTO A TERCEROS EN GESTIÓN DE MEDICAMENTOS	Inducir a la realización de compra de medicamentos por encima del valor del mercado, amañando los costos, necesidades reales u obviando requisitos técnicos y estudios para

		obtener un beneficio personal, generalmente económico afectando los recursos del Hospital. Dicha situación debe ser analizada con fundamento a las realidades financieras de la institución.
ADMINISTRACION DE TALENTO HUMANO	TRÁFICO DE INFLUENCIAS	Ejercer cualquier clase de coacción sobre servidores públicos o sobre particulares que ejerzan funciones públicas invocando influencias reales o simuladas, para obtener provecho personal o para terceros, o para que procedan en determinado Sentido (nombramientos irregulares).
	PECULADO (MANEJO INDEBIDO DE NOMINA)	Realizar pagos de nómina y/o percibir remuneración oficial por servicios no prestados, o por cuantía superior a la legal, obteniendo un beneficio particular o favorecer a terceros.
	INCUMPLIMIENTO DE FUNCIONES	Permitir y/o tolerar el incumplimiento de las normas y obligaciones establecidas para los funcionarios públicos del Hospital y la aplicación de los Manuales de Procesos y Procedimientos y los Manuales de Funciones y Competencias a cambio de dineros, dádivas o beneficios particulares.
	CONFLICTO DE INTERESES	Cuando un colaborador, funcionario, o miembro de junta directiva no se declare Impedido para actuar en un asunto cuando tenga interés particular y directo en su Regulación, gestión, control o decisión, o lo tuviere su cónyuge, compañero o compañera permanente y quienes se encuentren dentro del segundo grado de consanguinidad o segundo de afinidad
GESTIÓN DE LA FACTURACIÓN, RECAUDO Y PAGOS	ACCEDER A COHECHO-SOBORNO (INDEBIDO MANEJO DE PAGOS)	Realizar pagos a los proveedores por servicios no prestados o por cuantía superior a lo legal con el fin de obtener provecho propio y/o a cambio de dineros, dádivas o beneficios particulares.
	COHECHO (MANEJO IRREGULAR DE ASIGNACIÓN DE CITAS)	Generar obstáculos y/o en trabamamiento de trámites abusando de su cargo o de sus Funciones con el fin de obtener dadivas, prebendas, agasajos, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios a cambio de agilizar los trámites para la asignación de citas y/o servicios a los que tiene derecho el usuario del Hospital
	MANEJO INDEBIDO DE DINEROS (CAJAS-FACTURACIÓN)	Apropiación para sí mismo o para terceros, del dinero en efectivo recaudado en las cajas por prestación de los servicios asistenciales.
GESTIÓN AL USUARIO	COHECHO (MANIPULACIÓN)	Omitir, negar, retardar, falsear o entorpecer la orientación o suministro de información a los

	PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Versión : 05 Página: 15 de 28

	INDEBIDA DE INFORMACIÓN	usuarios que requieren los servicios del Hospital y que no tienen seguridad social con el fin de realizar las encuestas socioeconómicas a cambio de dádivas, prebendas, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios.
CARTERA PARTICULARES	COHECHO (DILIGENCIAMIENTO INDEBIDO DE FORMULARIOS)	Solicitar dádivas o algún beneficio de tipo particular o económico a cambio de la no elaboración del pagare como soporte de la deuda cuando los usuarios no poseen capacidad de pago al momento de la realización de facturación para el egreso hospitalario.
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	PECULADO POR APROPIACIÓN	Utilización impropia de los recursos, infraestructura, insumos, dispositivos y equipos del Hospital buscando provecho particular, usufructo y/o apropiamiento de los mismos en detrimento de la institución
GESTIÓN ESTRATÉGICA	UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN PRIVILEGIADA	Realizar uso indebido como funcionario, colaborador, contratista directivo o miembro de la Junta directiva del Hospital de información que haya conocido por razón o con ocasión de sus funciones, con el fin de obtener provecho para sí o para un tercero, sea esta persona natural o jurídica.

6.2 SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

Establecer medios adecuados que permitan mejorar las comunicaciones con los usuarios tanto internos como externos, con el mejoramiento de medios electrónicos, con el propósito de racionalizar los trámites y procedimientos administrativos divulgar, promocionar y facilitar el acceso a la prestación de los servicios de salud y servicios complementarios del Hospital.

Actualmente en el Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro se realizan los siguientes trámites:

- 1. Entrega de historias clínicas:** Para realizar el préstamo de su historia clínica como usuario, debe acercarse al archivo clínico con el documento de identidad original y solicitar el préstamo para sacar una copia. Cuando la historia vaya a ser solicitada por un familiar o amigo se debe traer la previa autorización de paciente firmada y con fotocopia de la cédula de las dos personas. Cuando se trate de un paciente fallecido los familiares se deben acercar con el acta de defunción, los registros civiles pertinentes de acuerdo al parentesco y las fotocopias de las cédulas. Cuando son autoridades judiciales, estas deben traer la autorización previa y hacer

radicar. El préstamo de las historias clínicas no debe excederse de 48 horas, en caso de que se exceda este tiempo la persona debe avisar al archivo clínico el motivo por el cual es necesario conservarla por más tiempo. Cuando se trate de procesos jurídicos o de procesos de auditoría médica el tiempo de préstamo será máximo de 8 días.

- 2. Asignación de citas sede JHGN:** Las citas se deben solicitar a las líneas telefónicas 5317867 de lunes a viernes de 7:00 am a 6:00 pm y sábados de 8:00am a 1:00 pm. Para mayor información comuníquese al 5313700 extensiones 125, 173, 174, 176, 177. Adicionalmente se tiene un formulario de solicitud de citas en la Página Web www.eserionegro.gov.co o el envío directo de la solicitud al correo citasrionegro@hsjdeserionegro.com
- 3. Asignación de citas sede GMM:** Las citas medicas tienen diferentes horarios así:
 - Citas medico general Lunes a Viernes de 2:00 pm a 3:00 pm presencial.
 - Citas odontológicas se deben solicitar a las líneas telefónicas 5316927 o 5310680 ext: 112 de Lunes a viernes de 2:00 pm a 3:00 pm.
 - Planificación Familiar, control prenatal: Miércoles, jueves y viernes de 7:00 am a 12:00 m y de 1:00 pm a 5:00 pm personalmente en el consultorio de planificación familiar o telefónicamente al 5316927 o 5310680 ext 116.
 - Crecimiento y desarrollo: Lunes a viernes de 7:00 am a 8:00am y 4:00pm a 5:00 pm personalmente en el consultorio de crecimiento y desarrollo o al teléfono 5316927 o 5310680 ext 119. Las citas de ingreso al programa solo se dan de forma personal en admisiones.
 - Detección de alteraciones del joven: Lunes a Viernes de 2:00 pm a 3:00 pm presencial.
 - Detección de alteraciones del adulto: Lunes a Viernes de 2:00 pm a 3:00 pm presencial.
- 4. Registro Civil de Nacimiento:** En el hospital San Juan de Dios E.S.E Rionegro sede JHGN se realiza el registro civil de nacimiento a los recién nacidos en la institución, para realizar este trámite deberá acercarse los padres con el recién nacido a la oficina de atención al usuario; llevar documento de identidad original, certificado de nacido vivo en original (sin tachones y enmendaduras) y copia del RH del bebe. Si el bebe está hospitalizado, deberá solicitar que un funcionario de atención al usuario se acerque al servicio para la toma de las huellas al recién nacido.

PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	Versión : 05
PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Página: 17 de 28

5. **Consulta de resultados de laboratorio:** A través de la Página Web www.eserionegro.gov.co se pueden consultar los resultados de los exámenes realizados en el laboratorio clínico, al expandir el Menú Principal y seleccionar la opción Resultados Laboratorio; en la pagina desplegada se ingresa el número de cedula en el espacio usuario y en contraseña el numero asignado en el laboratorio el día del examen.
6. **Derecho de petición verbal:** Los usuarios pueden dejar su derecho de petición verbal en la oficina de atención al usuario o directamente en jurídica, adicionalmente el formato se encuentra disponible en la página web para su diligenciamiento.
7. **Radicación de PQRS:** Los usuarios podrán radicar sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones mediante el sistema de recepción de PQRSF en la Página Web www.eserionegro.gov.co por medio del cual recibirán respuesta con la gestión realizada directamente a su correo electrónico.
8. **Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos sede GMM:** Entregar uno o más medicamentos o dispositivos médicos a un paciente y la información sobre su uso adecuado de acuerdo con la prescripción médica. Horario 7:30am a 5pm de lunes a sábado sede Gilberto Mejía Mejía.
9. **Servicio de vacunación sede GMM:** Aplicar biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI a menores de 0 a 5 años de edad, niñas entre 9 y 17 años de edad, mujeres en edad fértil entre 10 y 49 años de edad y adultos mayores de 60 años de edad, para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles. Horario lunes a viernes de 8:00 am a 12:00 m y de 1:00 pm a 4:00 pm, sábados de 8:00 am 12m.No requiere cita previa


Según los informes de las quejas y reclamos más frecuentes, las auditorías internas, el tiempo que destina el usuario para realizar los trámites y el espacio físico dentro de la institución y teniendo en cuenta los tipos de racionalización

Racionalización	Descripción
Normativa	Eliminación de trámites / Otros Procedimientos Administrativos (Eliminación por norma, Traslado de competencia a otra entidad, Fusión de trámites)
	Reducción, incentivos o eliminación del pago para el ciudadano por disposición legal
	Ampliación de la vigencia del producto / servicio por disposición legal

	Eliminación o reducción
	Eliminación o reducción de requisitos por disposición legal
Administrativa	Reducción de tiempo de duración del trámite
	Extensión de horarios de atención
	Ampliación de puntos de atención
	Reducción de pasos para el ciudadano
	Ampliación de canales de obtención del resultado
	Estandarización de trámites o formularios: Supone establecer trámites o formularios equivalentes frente a pretensiones similares que pueda presentar una persona ante diferentes autoridades
	Optimización de los procesos o procedimientos internos asociados al trámite
Tecnológica	Pago en línea de los trámites
	Formularios diligenciados en línea
	Envío de documentos electrónicos
	Mecanismos virtuales de seguimiento al estado de los trámites
	Documentos con firma electrónica
	Trámite realizado totalmente en línea
	Cadenas de trámites o ventanillas únicas virtuales (interoperabilidad). Si bien la interoperabilidad está contemplada en la cuarta fase de la Política, se considera como acción tecnológica de racionalización
Interoperabilidad	Cadena de trámites: 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: Sitio virtual desde el cual se gestiona de manera integrada la realización de trámites y procedimientos administrativos de cara al usuario que están en cabeza de una o varias entidades, dando la solución completa al interesado para el ejercicio de actividades, derechos o cumplimiento de obligaciones

COPIA

N°	Nombre del trámite	Tipo de racionalización	Acción específica	Situación actual	Descripción de la mejora al trámite	Beneficio al ciudadano o entidad	Dependencia responsable	Fecha realización	
								Inicio	Fin
1	Formularios en línea	Tecnológica	Disponibilidad de formularios	Formularios físicos	Disponer en línea formularios para la realización de trámites y servicios	Accesibilidad	Sistemas	Febrero 2018	Abril 2018
2	Formularios en línea	Tecnológica	Solicitud de historia clínica	Solicitud de historia clínica de forma presencial	Disponer en línea formularios solicitud de historia clínica	Accesibilidad	Archivo Clínico / Sistemas	Febrero 2018	Abril 2018
3	Descripción de tramites	Administrativa	Actualizar tramites	NA	Actualizar permanentemente los trámites y otros procesos administrativos	Accesibilidad	Atención al usuario / Sistemas	Enero 2018	Diciembr 2018
4	Gestión de PQRFS	Tecnológica	Desarrollo web para gestión de PQRFS	Recepción de PQRFS presencial o telefónica	Implementación una herramienta mediante la pagina Web donde Recepcionar las PQRFS y dar respuesta en la sede GMM	Satisfacción	Atención al usuario / Sistemas	Febrero 2018	Junio 2018

	PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Versión : 05 Página: 20 de 28

6.3. TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS

Dado que la rendición de cuentas “establece una relación de diálogo entre los actores que exigen y los que rinden cuentas. Los hace hablar a ambos, involucrándolos en un debate público” (Schedler 2004, 14), se deben tener en cuenta los siguientes elementos:

El elemento **información** se refiere a la generación de datos y contenidos sobre la gestión, el resultado de la misma y el cumplimiento de sus metas misionales y las asociadas con el plan de desarrollo nacional, departamental o municipal, así como a la disponibilidad, exposición y difusión de datos, estadísticas o documentos por parte de la institución. Los datos y los contenidos deben cumplir principios de calidad, disponibilidad y oportunidad para llegar a todos los grupos poblacionales y de interés.


El elemento **diálogo** se refiere a la sustentación, explicaciones y justificaciones o respuestas de la administración ante las inquietudes de los ciudadanos relacionadas con los resultados y decisiones. Estos diálogos pueden realizarse a través de espacios (bien sea presenciales - generales, por segmentos o focalizados, virtuales por medio de nuevas tecnologías) donde se mantiene un contacto directo con la población.

El elemento **incentivo** se refiere a premios y controles orientados a reforzar el comportamiento de servidores públicos y ciudadanos hacia el proceso de rendición de cuentas. Se trata entonces de planear acciones que contribuyan a la interiorización de la cultura de rendición de cuentas en los servidores públicos y en los ciudadanos mediante la capacitación, el acompañamiento y el reconocimiento de experiencias.

El Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro realizará la rendición de cuentas mediante una reunión con la comunidad mínimo una vez al año, posterior a la invitación pública, con participación directa de la comunidad hospitalaria, asociación de usuarios y ciudadanía en general.

Así mismo se implementarán y mantendrán los siguientes medios de rendición de cuentas mediante la página web, participación en comités, etc.

MEDIO DE COMUNICACIÓN	ESTRATEGIA	PERIODICIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE
Directo	Reunión con la comunidad en general, medios de comunicación y demás interesados	Anual	Presentar un informe de la gestión realizada a corte del 31 de diciembre del año anterior a todos los usuarios y comunidad en general	Gerencia, Subdirecciones y Calidad
	Reunión junta directiva	Trimestral	Presentar ante la junta directiva el informe de gestión y los avances del plan operativo	Gerencia, Subdirecciones y Calidad
	Reunión de personal Mi gerente escucha	Trimestral	Presentar informe de la gestión y los cambios realizados, escuchar a los funcionarios	Gerencia, Subdirecciones y Talento humano
	Reunión con el Concejo de Rionegro	Cada vez que sea requerido	Presentar la gestión realizada según los requerimientos	Gerencia, Subdirecciones y Calidad
	Rendición ante los organismos de control	Según normativa	Cumplir con el 100% de los informes de Rendición de la Cuenta a la Contraloría General de Medellín y demás organismos de control como la Supersalud	Gerencia Y subdirecciones.
Virtual	Página Web institucional eserionegro.gov.co	Anual	Publicar en la página Web institucional la información de Gestión transparente correspondiente a: Plan de Acción de la vigencia Planes generales de compras Proyectos de inversión y su presupuesto. Presupuesto de la vigencia. Indicadores de gestión. Informe de Gestión de la vigencia anterior Estados financieros	Gerencia, Subdirecciones y Calidad
	Página de facebook	Trimestral	Publicar en el perfil de facebook los ítems más relevantes del informe de Gestión. Igualmente publicar toda la contratación institucional.	Gerencia, comunicaciones y oficina de calidad y contratación
	Intranet	Trimestral	Publicar las evaluaciones del plan operativo anual y los informes de gestión	Gerencia, Subdirecciones y Calidad

 <p>HOSPITAL San Juan de Dios Empresa Social del Estado Rionegro - Antioquia <i>Siempre por la vida</i></p>	PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Versión : 05 Página: 22 de 28

6.4 CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

El Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro tiene implementadas acciones que fortalecen y dan importancia al servicio al ciudadano desde el compromiso de la Gerencia y su grupo directivo, el acompañamiento de las áreas de la institución en la resolución y gestión de quejas y reclamos y el seguimiento de los planes de mejora propuestos.

Se tiene una oficina de Atención al Usuario en la sede Jorge Humberto Gonzales Noreña en el primer piso cerca de la entrada principal donde se realiza y centralizan los trámites de las PQRFS recepcionadas, para esto se cuenta con una líder del SIAU y dos auxiliares administrativas, quienes realizan la orientación y atención al ciudadano, gestión de PQRFS y monitoreo de la satisfacción del usuario.


En la sede Gilberto Mejía Mejía la funcionaria de información es la encargada de realizar las actividades de atención al usuario, se encuentra ubicada en la entrada principal de la sede. La consolidación de la información se realiza en la oficina de atención al usuario de la sede Jorge Humberto Gonzales Noreña.

Orientación y Atención al ciudadano

Entre las funciones de la oficina de atención al usuario se realiza divulgación de derechos y deberes, información sobre el uso, acceso y disponibilidad de los servicios, apoyo y acompañamiento en la realización de tramites institucionales, enlace y articulación con la liga y asociación de usuarios.

Se cuenta con diferentes medios de contacto para facilitar la participación de la comunidad:

- Línea telefónica directa 5318431
- Línea telefónica 5313700 ext 165-119
- Correspondencia física en el Centro Administrativo de Documentos
- Correo electrónico: eserionegro@hsjdeserionegro.com
ausuario@hsjdeserionegro.com
- Página Web: eserionegro.gov.co
- De forma presencial en la oficina de atención al usuario en el primer piso, ingresando por la entrada principal.
- Buzones de sugerencias ubicados en los servicios.
- Página de Facebook

	PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Versión : 05 Página: 23 de 28

Gestión de PQRFS

Las peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones o sugerencias recepcionadas por cualquiera de los medios de contacto son consolidados y analizadas por la líder de la oficina de atención al usuario y los jefes de servicios o áreas para realizar el respectivo plan de mejora y dar respuesta satisfactoria según el tiempo estimado dada la clasificación de prioridad. El cierre de cada caso (PQRFS) permite fortalecer la participación oportuna del usuario e implementar acciones encaminadas a la mejora continua. De esta gestión se generan informes para subdirección científica y el comité de ética.


Monitoreo de la satisfacción del usuario

Con el fin de identificar el nivel de satisfacción de los usuarios y su familia se realizan mensualmente encuestas de satisfacción a una muestra aleatoria según el número de egresos por servicio, de dichas encuestas se obtiene la percepción del usuario frente a oportunidad, comodidad, buen trato, orden y aseo, además de la satisfacción global y si recomendaría o no los servicios del hospital.

Según la tabulación de las encuestas y los comentarios u observaciones registradas se generan planes de mejora y se realiza gestión de puntos más impactantes o repetitivos.

Adicional a estas actividades constantes de la oficina de atención al usuario se proyectarán las siguientes estrategias:

- Adecuar espacios para la comodidad de los usuarios como salas de espera con televisor.
- Construir y socializar el Manual del usuario donde se consolide toda la información útil para el usuario como normas al interior del hospital, horarios de los servicios, derechos y deberes, trámites, etc.
- Incluir dentro del programa de capacitación temas relacionados con la prestación de servicios humanizado.
- Implementar un sistema de incentivos para los funcionarios para destacar el desempeño en sus actividades.
- Capacitar al personal de encargado de recepcionar las peticiones.
- Crear una política de protección de datos.

 <p>HOSPITAL San Juan de Dios Empresa Social del Estado Rionegro - Antioquia <i>Siempre por la vida</i></p>	PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Versión : 05 Página: 24 de 28

6.5 QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

Según el derecho fundamental de Acceso 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, el Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro, divulga la información, responde de manera adecuada y captura la información pública.

Lineamientos de transparencia activa: En cumplimiento a la Ley 1712 de 2014 el Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro tiene disponible la información a través de medios físicos y electrónicos mediante la página Web eserionegro.gov.co según los parámetros establecidos por la estrategia de gobierno en línea, en el menú principal en la opción Transparencia y Acceso a la información

Lineamientos de transparencia pasiva: Todas las peticiones y solicitudes de información se responden en el término definido por la Ley y por el medio solicitado.

Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información: Todos los instrumentos de gestión de la información se encuentran articulados con el programa de gestión documental del Hospital.

Criterio diferencial de accesibilidad: Se tienen en cuenta las características de la comunidad en el momento de publicar información para que sea comprensible.

Monitoreo del Acceso a la información Pública: Se deberá consolidar en un informe periódico el número de solicitudes de información recibidas, las trasladadas a otra institución, el tiempo de respuesta a cada solicitud y a cuantas se les negó acceso.

6.6 SEXTO COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES

Para fortalecer la lucha contra la corrupción el Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro contempla estrategias para fomentar la participación ciudadana y brindar transparencia en la gestión:

PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	Código: LEC0101001
	Versión : 05
PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Página: 25 de 28

- Actualización del Código de Ética y buen gobierno según el Plan de Gestión 2016, así como su socialización por medio de la inducción y reinducción institucional.
- Implementación del manual del sistema de administración de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.
- Implementación de campañas encaminadas a fomentar el servicio humanizado y la apropiación de los valores institucionales
- Capacitar al personal en prácticas que contrarresten la corrupción, el soborno y la extorsión.

COPIA CONTROLADA

7. ACTIVIDADES PROGRAMADAS

Componente 1: Gestión del riesgo de Corrupción

Subcomponente	Actividad	Meta o producto	Responsable	1 Trim	2 Trim	3 Trim	4 Trim
Política de administración del riesgo	Revisar y socializar la política de administración del riesgo de corrupción	Socialización de la política al 100% de los procesos	Comité MECI	X			
Construcción del mapa de riesgos de corrupción	Actualizar el mapa de riesgos institucional	Mapa de riesgos de corrupción	Comité MECI	X	X		
Consulta y divulgación	Publicar el nuevo mapa de riesgos de corrupción	Mapa de riesgos publicado en la página web	Asesora de Calidad	X			
	Socializar el nuevo mapa de riesgos de corrupción	Socialización del mapa de riesgos al 100% de los procesos	Comité MECI	X	X		
Monitoreo y revisión	Seguimiento periódico a los riesgos de corrupción y la efectividad de los controles	Seguimiento de los riesgos de corrupción	Comité MECI		X	X	X
Seguimiento	Realizar verificación de la ejecución de las estrategias anticorrupción y atención al ciudadano	Informes de auditoría	Asesor de control interno		X	X	X

Componente 2: Racionalización de trámites

Subcomponente	Actividad	Meta o producto	Responsable	1 Trim	2 Trim	3 Trim	4 Trim
Racionalización de trámites	Disponer de los formularios para la realización de los trámites	Formularios en línea habilitados	Asesora de calidad / Sistemas	X	X	X	X
	Evaluar periódicamente la satisfacción del usuario	Informe de satisfacción	Oficina de atención al usuario	X	X	X	X
	Actualizar permanentemente los trámites en el SUIT y la página web	Hojas de trámite actualizadas en el SUIT y la página Web	Oficina de atención al usuario y Calidad		X	X	X

Componente 3: Rendición de cuentas

Subcomponente	Actividad	Meta o producto	Responsable	1 Trim	2 Trim	3 Trim	4 Trim
Información de calidad y en lenguaje comprensible	Planear la rendición de cuentas según la población objeto de la misma	Derrotero de temas a socializar en la rendición de cuentas	Gerencia Oficina de calidad	X			
	Recopilar la información necesaria para	Presentación power point	Oficina de	X			

	la rendición de cuentas		Calidad / Subdirecciones					
	Publicación de la presentación	Presentación publicada en la página Web	Oficina de calidad / Sistemas	X				
	Invitar a las partes interesadas	Invitaciones enviadas de forma virtual y física	Oficina de atención al usuario / CAD	X				
	Publicar la invitación en la Supersalud	Pantallazo en la página de la supersalud	Oficina de calidad	X				
Dialogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	Realizar audiencia pública de rendición de cuentas	Presentaciones y listas de asistencia	Gerencia / Subdirecciones / Talento humano / Calidad	X				
	Aplicar informe en la página de la Supersalud	Acta de rendición de cuentas e Informe de audiencia pública	Gerencia / Oficina de calidad	X				
Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	Informar a los usuarios los mecanismos de participación	Mecanismos de participación informados en la rendición de cuentas	Oficina de calidad	X				
	Publicación periódica de los avances del plan de acción	Publicación en la página web de los avances dl plan de acción	Gestores de calidad / Oficina de calidad		X	X	X	
Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	Hacer seguimiento a las oportunidades de mejora identificadas en las rendiciones de cuentas	Acta de rendición de cuentas con las oportunidades de mejora identificadas	Oficina de calidad		X			
	Estructurar carpeta de evidencias de las acciones que hacen parte de la rendición de cuentas	Carpeta con evidencias	Oficina de calidad		X	X	X	
Componente 4: Atención al ciudadano								
Subcomponente	Actividad	Meta o producto	Responsable	1 Trim	2 Trim	3 Trim	4 Trim	
Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	Realizar socialización sobre el SIAU a todo el personal por medio de inducción y reinducción	Personal con inducción en el SIAU en un 100%	Oficina de atención al usuario	X	X	X	X	
	Enviar informes del SIAU a la gerencia y subdirecciones	Informes mensuales entregados a gerencia	Oficina de atención al usuario	X	X	X	X	
Fortalecimiento de canales de atención	Revisar y actualizar la información relacionada con la atención al usuario	Página Web actualizada	Oficina de Calidad	X	X	X	X	
	Dar respuesta a las peticiones dentro de	Usuarios satisfechos	Oficina de	X	X	X	X	

	los términos		atención al usuario				
Talento humano	Ejecutar las capacitaciones frente a humanización de los servicios	Personal capacitado	Talento humano		X	X	X
Normativo y procedimental	Publicar semestralmente el informe de PQRSF	Informes publicados en la Página Web institucional	Oficina de atención al usuario		X		X
Relacionamiento con el ciudadano	Consolidar la encuesta de satisfacción	Indicador de satisfacción mayo a 95%	Oficina de atención al usuario	X	X	X	X
Componente 5: Transparencia y acceso a la información							
Subcomponente	Actividad	Meta o producto	Responsable	1 Trim	2 Trim	3 Trim	4 Trim
Lineamientos de transparencia activa	Aplicar la matriz de autodiagnóstico para medir la aplicación de la Ley 1712	Matriz aplicada	Oficina de calidad		X		
	Recolectar la información para complementar lo faltante según la matriz aplicada	Información completa	Oficina de calidad		X	X	
	Actualizar información de transparencia de la información en la página Web	Información actualizada	Oficina de calidad	X	X	X	X
Lineamientos de transparencia pasiva	Gestionar las solicitudes de acceso a la información	Respuestas oportunas a los requerimiento	Oficina de atención al usuario	X	X	X	X
Elaboración de los instrumentos de Gestión de la información	Levantar el inventario documental y publicarlo en la página Web	Inventario documental publicado en la página web	Centro administrativo de documentos		X		
Monitoreo del acceso a la información pública	Realizar seguimiento periódico a la implementación de la Ley de transparencia y acceso a la información pública	Información actualizada en la página web	Oficina de calidad		X	X	X