



1. APROBACIÓN DE MODIFICACIÓN

	CARGO	NOMBRE	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Jefe de Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	Yesid Esneider Ramírez Moya	24 de marzo de 2021	
	Profesional III Ingeniera Industrial en Misión	Rocío Solano Sánchez	24 de marzo de 2021	
REVISÓ	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	No aplica	29 de marzo de 2021	Listado de asistencia a Comité
APROBÓ	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	No aplica	29 de marzo de 2021	Listado de asistencia a Comité

2. INTRODUCCIÓN

La E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, en cumplimiento de lo estipulado en la Ley 1474 de 2011, siguiendo los planteamientos de la metodología diseñada por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, en coordinación con la Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites del Departamento Administrativo de la Función Pública, el Programa Nacional del Servicio al Ciudadano y la Dirección de Seguimiento y Evaluación a Políticas Públicas del Departamento Nacional de Planeación, ha elaborado el presente plan en el marco de la estrategia Nacional de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano.

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de nuestra institución y su unidad funcional, es un instrumento estratégico orientado a la prevención de actos de corrupción y a la prestación de los servicios de salud con altos estándares de calidad, calidez y oportunidad presentes en la efectividad del control de la gestión institucional, reflejado en el actuar de todos y cada uno de los servidores públicos y colaboradores del Hospital. Nuestro Talento Humano se direcciona bajo un conjunto de Principios y Valores que fomentan el compromiso, la identidad y el sentido de pertenencia y son una invitación permanente a trabajar con rectitud e idoneidad, dando prioridad a los intereses de los pacientes y la comunidad, estos son divulgados por diferentes mecanismos para ser ejercidos en el quehacer diario y que contribuyan al logro del Direccionamiento Estratégico.

En tal sentido, el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, define una serie de estrategias que permitan prevenir o detectar actos que lleven a la corrupción y deterioro de la imagen institucional de transparencia así como acciones necesarias para que todas las partes interesadas en la ESE puedan velar por el fiel cumplimiento de todos los principios de la administración pública y la normatividad vigente.

De acuerdo con los parámetros que se establecen en la estrategia Nacional, el presente plan aborda Seis (6) componentes definidos en la metodología contenida en el documento "Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano" de la Secretaría de Transparencia - Presidencia de la República. en su versión 2 de 2016 a saber:

1. Primer componente: Metodología para la identificación de riesgos de corrupción y acciones para su manejo -Mapa de Riesgos de Corrupción
2. Segundo componente: Racionalización de Trámites
3. Tercer componente: Rendición de Cuentas
4. Cuarto componente: Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano. Lineamientos generales para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias.
5. Quinto componente: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información
6. Sexto componente: Iniciativas adicionales.

3. OBJETIVO

GENERAL: Fortalecer los comportamientos éticos de los servidores públicos y colaboradores de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana por medio de estrategias encaminadas a la lucha contra la corrupción permitiendo generar confianza en sus usuarios, clientes, proveedores y partes interesadas.

ESPECÍFICOS:

1. Fortalecer la implementación de la Política Institucional de Gestión del Riesgo y su respectivo Programa.
2. Fortalecer la gestión del Riesgo para activar alertas tempranas en la toma de decisiones de carácter preventivo para el control y materialización de Riesgos de Corrupción.
3. Simplificar y Racionalizar los Trámites y servicios a los usuarios de la Institución y sus Unidades Funcionales y a los ciudadanos en general.
4. Mantener los canales de comunicación institucionales para garantizar una completa información tanto a los colaboradores como a los usuarios y partes interesadas de nuestra institución.
5. Mantener los espacios que faciliten la escucha de la voz del cliente interno, de nuestro usuario y de la ciudadanía en general encaminados a las gestión de PQRS resolviendo de manera directa y correcta la insatisfacción producto de nuestra prestación de servicios
6. Consolidar una cultura de actuación ética y transparente en todos los servidores públicos de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana y sus Unidades Funcionales (Unidad funcional de Zipaquirá y Hospital Regional de Zipaquirá).

4. ALCANCE

- 4.1 **DESDE:** La identificación de los Riesgos de Corrupción y establecimiento de estrategias para su prevención y despliegue en los servidores públicos y colaboradores del Hospital y de sus unidades funcionales (Unidad Funcional de Zipaquirá – UFZ y Hospital Regional de Zipaquirá – HRZ con enfoque al mejoramiento de la atención al ciudadano
- 4.2 **HASTA:** El seguimiento a la implementación del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano en la ESE Hospital Universitario de La Samaritana y en sus unidades funcionales Unidad Funcional de Zipaquirá – UFZ y Hospital Regional de Zipaquirá – HRZ
- 4.3 **APLICACIÓN:** En cada uno de los Procesos institucionales que apliquen los servidores públicos y colaboradores de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana y sus unidades funcionales (Unidad Funcional de Zipaquirá – UFZ y Hospital Regional de Zipaquirá – HRZ

5. MARCO NORMATIVO

METODOLOGÍA PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

- **Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción:** Por la cual se dictan normas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. **Artículo 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. Dicha estrategia contemplará, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias antitrámites y los mecanismos para mejorar la 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-

5. MARCO NORMATIVO

- **Decreto 4637 de 2011:** Suprime y crea una Secretaría en el DAPRE. **Artículo 2:** Crea la Secretaría de Transparencia en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República. **Artículo 4:** Suprime el Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción.
- **Decreto 1649 de 2014:** Modificación de la estructura de la DAPRE. **Artículo 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. **Artículo 55:** Deroga el Decreto 4637 de 2011.
- **Conpes 167:** Estrategia Nacional de la Política Integral Anticorrupción.
- **Decreto 124 de 2016:** Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015 relativo al “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN:

- **Decreto 1081 de 2015:** Único del Sector de la Presidencia de la República. **Artículos. 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.
- **Decreto 1499 de 2017:** Departamento Administrativo de la Función Pública. Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
- **Circular Externa 100-009-2017:** Departamento Administrativo de la Función Pública. Estrategias de socialización y capacitación para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- **Circular 001 de 2018:** Consejo para la Gestión y el Desempeño Institucional. Lineamientos para la Planeación Estratégica e Institucional.

TRÁMITES:

- **Decreto Ley 019 de 2012.** Todo. Dicta las normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
- **Ley 962 de 2015.** 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.

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO:

- **Decreto 943 de 2005.** Modelo Estándar de Control Interno. **Artículos 1 y siguientes:** Adopta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano (MECI).

5. MARCO NORMATIVO

- **Decreto 1083 de 2015.** Único en Función Pública. **Artículos. 2.2.21.6.1 y siguientes.** Adopta la actualización del MECI.
- **Decreto 1499 de 2017:** Departamento Administrativo de la Función Pública. Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.

RENDICIÓN DE CUENTAS:

- **Ley 1757 de 2015.** Promoción y protección al derecho a la Participación ciudadana. **Artículos 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. **Artículo 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. **Artículo 76.** En toda entidad pública, deberá existir por lo menos una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen, y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la entidad.

La oficina de control interno deberá vigilar que la atención se preste de acuerdo con las normas legales vigentes y rendirá a la administración de la entidad un informe semestral sobre el particular. En la página web principal de toda entidad pública deberá existir un link de quejas, sugerencias y reclamos de fácil acceso para que los ciudadanos realicen sus comentarios.

Todas las entidades públicas deberán contar con un espacio en su página web principal para que los ciudadanos presenten quejas y denuncias de los actos de corrupción realizados por funcionarios de la entidad, y de los cuales tengan conocimiento, así como sugerencias que permitan realizar modificaciones a la manera como se presta el servicio público.

- **Decreto 1649 de 2014.** Modificación de la estructura de la DAPRE. **Artículo 15.** Funciones de la Secretaria 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. Aplica toda la Ley

Ley 1437 de 2011. Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. **Artículo 14.** Términos para resolver las distintas modalidades de Peticiones. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones:

5. MARCO NORMATIVO

1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.
2. Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción.

PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES:

VALORES

Humanización del servicio: Reconocer en cada usuario su dignidad humana, su valor intrínseco como persona y, en consecuencia, contribuir a la realización de sus proyectos de vida, a la satisfacción de sus necesidades, respetándolo como persona y con derechos y deberes como paciente.

Excelencia: Es un estilo de vida, en la que buscamos con nuestras actividades diarias alcanzar el nivel máximo de Calidad, Eficiencia y Efectividad en nuestros compromisos.

Lealtad: Obligación de fidelidad que un sujeto le debe a su institución o comunidad, siempre estar presente, cumplir siempre. Es el sentimiento que nos guía en presencia de una obligación no definida con la primacía de los intereses colectivos de la Institución sobre los particulares o ajenos a nuestra Entidad.

Participación: Acceder voluntaria y conscientemente a la toma de decisiones en las cuales está involucrada la persona, con miras al Bien Común. Presencia activa de cada uno en la toma de decisiones para la construcción y desarrollo de la Entidad.

Responsabilidad Social: Responsabilidad es hacernos cargo de las consecuencias de nuestras palabras, decisiones y todos nuestros actos. Responsabilidad Social es hacer de la mejor manera lo que nos corresponde, con efectividad, calidad, compromiso, sin perder de vista el beneficio colectivo de la comunidad a la que servimos y la comunidad en la cual estamos.

Adicional a los Valores definidos en el Direccionamiento Estratégico, al ingresar el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el Hospital por ser Empresa del Estado se acoge también a los principios que desde la Función Pública se establecen, los cuales se citan a continuación:

Honestidad: Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

Respeto: Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

Compromiso: Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

Diligencia: Cumpló con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

Justicia: Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

5. MARCO NORMATIVO

Los anteriores fueron adoptados mediante acto administrativo institucional bajo la Resolución 526 de 17 de diciembre de 2018.

6. METODOLOGÍA

Acciones preliminares para la construcción

- Análisis del Mapa de Riesgos de Corrupción institucional de la vigencia 2020
- Verificación de trámites y servicios de la Institución suscritos
- Identificación de necesidades de información obtenida en Rendición de Cuentas
- socialización del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la vigencia 2020 para que actores internos y externos formulen sus observaciones y propuestas para la construcción del Plan de la vigencia 2021 por medio de la página web de la Institución.

Elaboración y Consolidación:

- El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano debe elaborarse anualmente.
- Debe publicarse a más tardar el 31 de enero de cada año.

A la Oficina de Planeación o quien haga sus veces le corresponde:

- Liderar todo el proceso de construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, quien coordinará con los responsables de los componentes su elaboración.
- Consolidar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
- Cada responsable del componente junto con su equipo propondrá las acciones del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Convocatoria realizada por correo institucional y página web de la Institución

Socialización:

- Es necesario dar a conocer los lineamientos establecidos en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, durante su elaboración, antes de su publicación y después de publicado.
- Para el efecto, la entidad debe involucrar a los servidores públicos, contratistas, a la ciudadanía y a los interesados externos.
- El plan debe contener una acción integral y articulada con los otros instrumentos de la gestión o planes institucionales. No actividades y supuestos de acción separados

Publicación y Monitoreo

- Una vez elaborado el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano debe publicarse a más tardar el 31 de enero de cada año en la página web del Hospital (en un sitio de fácil ubicación y según los lineamientos de Gobierno en Línea).
- A partir de esta fecha cada responsable dará inicio a la ejecución de las acciones contempladas en cada uno de sus componentes.
- Cada responsable del componente con su equipo y el Jefe de Planeación deben monitorear y evaluar permanentemente las actividades establecidas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Alta Dirección:

- En este sentido es la responsable de que sea un instrumento de gestión, le corresponde darle contenido estratégico y articularlo con la gestión y los objetivos de la entidad; ejecutarlo y generar los lineamientos para su promoción y divulgación al interior y al exterior de la entidad, así como el seguimiento a las acciones planteadas.

6. METODOLOGÍA

Ajustes y Modificaciones

- Después de la publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, durante el respectivo año de vigencia, se podrán realizar los ajustes y las modificaciones necesarias orientadas a mejorarlo. Los cambios introducidos deberán ser motivados, justificados e informados a la oficina de control interno, los servidores públicos y los ciudadanos; se dejarán por escrito y se publicarán en la página web de la entidad.

Promoción y Divulgación:

- Una vez publicado, la entidad debe adelantar las actuaciones necesarias para dar a conocer interna y externamente el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y su seguimiento y monitoreo. Así mismo, las entidades deberán promocionarlo y divulgarlo dentro de su estrategia de rendición de cuentas.

Sanción por Incumplimiento:

- Constituye falta disciplinaria grave el incumplimiento de la implementación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Seguimiento:

- A la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces le corresponde adelantar la verificación de la elaboración y de la publicación del Plan.
- Le concierne así mismo a la Oficina de Control Interno efectuar el seguimiento y el control a la implementación y a los avances de las actividades consignadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Fechas de seguimientos y publicación:

La Oficina de Control Interno realizará seguimiento (tres) 3 veces al año, así:

- **Primer seguimiento:** Con corte al 30 de abril. En esa medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de mayo.
- **Segundo seguimiento:** Con corte al 31 de agosto. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de septiembre.
- **Tercer seguimiento:** Con corte al 31 de diciembre. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero.

Retrasos:

- En caso de que la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, detecte retrasos o demoras o algún tipo de incumplimiento de las fechas establecidas en el cronograma del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, deberá informarle al responsable para que se realicen las acciones orientadas a cumplir la actividad de que se trate.

Convenciones:

- HUS: ESE Hospital Universitario de La Samaritana, sede Principal (Bogotá)
- UFZ: Unidad Funcional de Zipaquirá
- HRZ: Hospital Regional de Zipaquirá
- PQRSD: Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias

7. COMPONENTES

En este marco, la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana elaboró el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, con el siguiente contenido:

1. Metodología para la identificación de Riesgos de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción
2. Racionalización de Trámites
3. Rendición de Cuentas
4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano. Lineamientos generales para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias.
5. Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información
6. Iniciativas adicionales.

Para lo anterior:

Ver Anexo 1. Mapa de Riesgos de Corrupción de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana correspondiente a la vigencia 2021.

Primer Componente: Metodología para la Identificación de Riesgos de Corrupción:

El Hospital cuenta con una Política de Gestión Integral de Riesgo que es desarrollada a través del Programa de Gestión del Riesgo donde cada proceso identifica sus riesgos, los evalúa, define barreras y acciones de mejoramiento.

Dentro de los Riesgos a identificar, y priorizar, explícitamente se encuentran los Riesgos de Corrupción. Este proceso se realizó de manera participativa por procesos, por lo cual se garantizó la participación colectiva, la validación de la información y paralelamente la socialización de la información.

De los Mapas de Riesgo de cada Proceso y de los Planes Únicos de Mejora por cada Proceso se prioriza y se consolida la matriz de Riesgos de Corrupción Institucional.

Dentro de las acciones a realizar en este componente, tenemos:

SUB. COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	DÓNDE	RESPONSABLE	SOPORTE	FECHA PROGRAMADA
Política Administración de Riesgos	1.1 Continuar con la socialización de la política y el programa de administración del riesgo a los colaboradores priorizados de la Institución: HUS: Directores, Oficinas Asesoras, Subdirectores, Líderes de Proceso y Líderes de Proyecto. UFZ: Coordinador General Líderes de Servicios de Atención al Usuario, Facturación, Urgencias HRZ: Gestores y Líderes de Proceso	Política y programa de administración del riesgo socializada al 40% de los colaboradores priorizados del HUS, UFZ y HRZ	HUS UFZ HRZ	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad Coordinador UFZ Director HRZ	Acta de socialización	31 de mayo de 2021

		Junta Directiva					
Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	1.2	Actualizar, publicar y divulgar el mapa de riesgos institucional para la vigencia 2021	Consolidación del mapa de riesgos institucional	HUS UFZ HRZ	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad Director Coordinador UFZ Director HRZ	Matriz institucional de riesgos de corrupción	30 de abril de 2021
Consulta y divulgación	1.3	Actualizar, publicar y divulgar del mapa de riesgos de corrupción de la vigencia 2021	Mapa de riesgos de corrupción publicado en la página web e intranet	HUS UFZ HRZ	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad Director Coordinador UFZ Director HRZ	Acta de socialización de la Matriz de Riesgos Matriz de riesgos elaborada que incluya los riesgos de corrupción	31 de mayo de 2021
Monitoreo y revisión	1.4	Actualizar y monitorear el mapa de riesgos de corrupción por procesos 2021	Revisión y monitoreo del mapa de riesgos al menos una vez en la vigencia o cuando se materialice algún riesgo	HUS HRZ UFZ	Director/Gestores/ Líderes de proceso	Actas de monitoreo y revisión por cada Proceso	30 de noviembre de 2021
Seguimiento	1.5	Auditoría para la evaluación de los controles incorporados en el mapa de riesgos institucional	Evaluación a los controles de los riesgos del mapa institucional	HUS HRZ UFZ	Jefe Oficina Asesora Control Interno	Informe de auditoria	Hasta 31 de diciembre de 2021

Segundo componente: Racionalización de Trámites

La estrategia a desarrollar en la vigencia 2021 contempla la ejecución de las siguientes actividades:

SUB.COMPONENTES / PROCESOS		ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	DÓNDE	RESPONSABLE	EVIDENCIA	FECHA PROGRAMADA
Identificación de tramites	2.1	Ampliar la cobertura de los trámites del SUIT y actualizar los que se encuentran publicados, con base a las PQRSD y otras fuentes institucionales 2020	Diagnóstico de las necesidades de información de los Usuarios	HRZ HUS UFZ	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad Director Coordinador UFZ Director HRZ	Trámites actualizados y ampliados en el SUIT	30 de junio y 30 de diciembre de 2021
Priorización de tramites	2.2	Identificar trámites que se requieran priorizar en el HUS de acuerdo al diagnóstico elaborado en 2020	Trámites priorizados	HRZ HUS UFZ	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad Director Coordinador UFZ Director HRZ	Priorización de trámites en el SUIT	31 de mayo de 2021

	2.3	Hacer seguimiento a la implementación de los trámites priorizados por HUS para el HRZ, UFZ en la vigencia 2021.	Seguimiento a trámites priorizados	HRZ HUS UFZ	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad Director Oficina control interno	Acta de seguimiento	30 de septiembre de 2021
Racionalización de trámites	2.4	Racionalizar los trámites ya identificados en el HUS	Cumplimiento de los Trámites identificados actualmente en el SUIT en 80%	HUS	Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	Plan de racionalización Reporte del seguimiento al plan	30 de diciembre de 2021

Tercer componente: Rendición de Cuentas

Desde el año 2013 se han llevado a cabo las audiencias públicas de rendición de cuentas desde Bogotá y en las diferentes sedes con las que cuente en el momento la Institución; esto con el fin de propiciar la participación ciudadana, mediante la presencia de los usuarios y sus asociaciones y veedurías, hospitales de la red, administraciones municipales, entidades de control, la comunidad y partes interesadas, entregando públicamente el informe de la gestión y los resultados de cada vigencia.

Para el Hospital y para la actual administración la transparencia se constituye en un pilar primordial de la gestión institucional y en ese sentido el control social es en una herramienta fundamental en este proceso.

Para dar cumplimiento a este componente se adopta la metodología definida en el Manual Único de Rendición de Cuentas del Departamento Administrativo de la Función Pública.

SUB.COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	DÓNDE	RESPONSABLE	EVIDENCIA	FECHA PROGRAMADA
INFORMACIÓN DE CALIDAD Y EN LENGUAJE COMPRESIBLE	3.1 Informar cronograma de audiencia pública de rendición de cuentas	Publicación del cronograma de audiencia pública de rendición de cuentas por la WEB	HUS	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	Publicación en la Web	31 de mayo de 2021
DIÁLOGO DE DOBLE VÍA CON LA CIUDADANÍA Y SUS ORGANIZACIONES	3.2 Realización de audiencia pública de rendición de cuentas que incluya: destinación de tiempo durante la audiencia de rendición para la sustentación, explicación y justificación o respuesta de la administración ante las inquietudes de los ciudadanos relacionadas con los resultados y decisiones.	Audiencia pública de rendición de cuentas realizada	UFZ HRZ HUS	Gerencia	Invitación y transmisión	30 de junio de 2021
	3.3 Elaboración de informe de audiencia pública rendición de cuentas	Informe y acta de audiencia pública de rendición de cuentas	HUS	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la	Publicación en la Web	23 de julio de 2021

					Calidad		
INCENTIVOS PARA MOTIVAR LA CULTURA DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS	3.5	Reunión con la Asociación de Usuarios del HUS, para definir estrategia hacia la cultura de rendición de cuentas, capacitar e incentivar su participación.	Reunión con la Asociación de Usuarios del HUS	HUS	Gerencia	Acta de reunión con la Asociación de Usuarios del HUS	28 de febrero de 2021
EVALUACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	3.6	Incluir en el PUMP la o las oportunidades de mejora identificadas en la audiencia pública de rendición de cuentas.	Plan de mejora institucional elaborado	UFZ HRZ HUS	Directores	Plan de mejora institucional	23 de julio de 2021
	3.7	Monitorear y evaluar semestralmente las oportunidades de mejora identificadas en la audiencia pública de rendición de cuentas.	Plan de mejora institucional evaluado semestralmente	HUS	Directores	Plan de mejora evaluado semestralmente	31 de diciembre de 2021

Cuarto componente: Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano. Lineamientos generales para la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias.

El Hospital cuenta con una Dirección de Atención al Usuario de nivel directivo responsable de este componente. Dando cumplimiento al artículo 76 de la ley 1474 de 2011, el hospital de tiempo atrás implementó:

Proceso para recepcionar y tramitar PQRS por diferentes medios físicos presenciales y electrónicos Buzones en diferentes puntos de fácil acceso al usuario la cuales se tramitan y periódicamente se realiza un reporte para que las áreas implicadas en estas elaboren acciones de mejora. Igualmente se mide permanente la satisfacción del usuario a través de una encuesta estructurada que permiten valorar varios criterios de la prestación del servicio

Como mecanismos y espacios de participación ciudadana se cuenta con Asociación de Usuarios que es muy activa y se reúnen periódicamente. Otro es el comité de ética que cuenta con la participación de delegados de los usuarios.

Las acciones específicas para la ejecución de esta estrategia son las siguientes:

SUB. COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	DÓNDE	RESPONSABLE	EVIDENCIA	FECHA PROGRAMADA	
Fortalecimiento de los canales de atención al ciudadano	4.1	Realizar seguimiento al cumplimiento de los horarios diarios de Información médica a familiares de los Pacientes hospitalizados e intervenir en su momento	Identificar los casos que se presenten con incumplimiento de horarios de información médica	HUS UFZ HRZ	Directora de Atención al Usuario Coordinador General UFZ Director HRZ	Planillas de registro semestral del Seguimiento	30 de junio 31 diciembre de 2021
	4.2	Continuar con el seguimiento al cumplimiento de Agendas Médicas programadas	Compromiso firmado por los especialistas	HUS	Directora de Atención al Usuario Subdirectora Consulta Externa	Acuerdos de servicio con las especialidades médicas involucradas	Trimestral
Talento Humano	4.3	Incorporar en el Plan Institucional de Capacitación PIC acorde a los recursos asignados los temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano y atención Humanizada	Temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano incluidos en el PIC	HUS HRZ UFZ	Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano	Plan Institucional de Capacitación con temas incluidos	31 de marzo de 2021
	4.4	Ejecutar el Plan Institucional de Capacitación PIC en los temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano y Atención Humanizada Priorizando los colaboradores asistenciales y administrativa de Cara al Usuario, del Nivel Auxiliar y Técnico)	Fortalecimiento de las Competencias de servicio al cliente	HUS	Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano	Informe de ejecución del Plan de Capacitación Institucional	15 de diciembre de 2021
Normativo y procedimental	4.5	Actualizar la Resolución Interna # 393/2017 que reglamente el Trámite interno de las PQRSD	Resolución actualizada	HUS	Jefe de Oficina Asesora Jurídica Director de Atención al Usuario	Resolución elaborada y publicada en intranet	31 de julio de 2021
Relacionamiento con el ciudadano	4.6	Caracterizar a los ciudadanos - usuarios - grupos de interés y revisar la pertinencia de los canales y mecanismos de información y comunicación empleados por la Institución	1)Caracterización de usuarios y grupos de interés 2) Análisis de pertinencia de canales y mecanismos de información y comunicación empleados	HRZ UFZ	Subdirector de Defensoría del Usuario Director HRZ Coordinador de la UFZ	1. Documento Caracterización de usuarios y grupos de interés para el HRZ y UFZ (un solo documento) 2.Informe de análisis de pertinencia de	31 de diciembre de 2021

						canales y mecanismos de información y comunicación empleados por la Institución HRZ y UFZ	
	4.7	Elaborar el Manual de Información y Orientación al Usuario por sedes y el General	1) Manual de Información y Orientación al Usuario Documentado por cada Sede HRZ y UFZ 2) Consolidar Manual único de Atención al Usuario del HUS	HRZ UFZ Directora de Atención al Usuario	1) Director HRZ y Coordinador de la UFZ 2) Directora de Atención al Usuario	1) Manual de Información y Orientación al Usuario Específico Documentado por cada Sede) 2) Manual único de Información y Orientación al usuario HUS Publicado	1) 31 de julio de 2021 2) 30 de noviembre de 2021
	4.8	Realizar Informe específico de Sugerencias de Usuario en el HUS, UFZ y HRZ	Análisis de las Sugerencias interpuestas por los Usuarios e iniciar implementación según viabilidad o recursos disponibles	HUS UFZ HRZ	Director de Atención al Usuario Subdirector de Defensoría del Usuario Coordinador General UFZ Director HRZ	Informe de Sugerencias del Usuario enviado a la dirección de atención al usuario por cada sede	Semestral

Quinto componente: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información

Se viene trabajando en el mejoramiento de canales virtuales de información, desde ese punto de vista el hospital actualizo su página web www.hus.org.co en cumplimiento de los requerimientos de gobierno en línea que permite acceso a la información institucional de manera completa, veraz y sin restricciones a la comunidad y partes interesadas. Se ha fortalecido la presencia en redes sociales tales como Facebook, Twitter, Instagram y YouTube, redes en las que el ciudadano logra interactuar con la institución, presentar observaciones, comentarios y solicitudes.

SUB. COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	DÓNDE	RESPONSABLE	EVIDENCIA	FECHA PROGRAMADA
Lineamientos de Transparencia Activa	5.1 Publicación oportuna en SECOP de la información sobre contratación pública	Publicación en el Portal de Colombia compra eficiente SECOP I	HUS	Subdirección de Compras Oficina Asesora	Ver Aplicativo SECOP I	Permanente

					Jurídica		
	5.2	Publicación Plan Anual de Adquisiciones y sus modificaciones	Publicación en el Portal de Colombia compra eficiente SECOP I el Plan Anual de Adquisiciones y sus modificaciones	HUS	Dirección Administrativa Subdirección de Compras	Ver Aplicativo SECOP I	13 de diciembre de 2021
	5.3	Actualización y Publicación de Directorio Institucional que incluya: - Cargo - Direcciones de Correo Electrónico - Teléfono de despacho (extensión)	Publicación mínima obligatoria en página web institucional	HUS UFZ HRZ	Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad Comunicaciones	Página web Institucional actualizada con el Directorio de Servidores Públicos	31 de marzo de 2021
Lineamientos de Transparencia Pasiva	5.4	Elaborar Informe de PQRSFD y publicarlo por parte de la sede central en la página web del HUS	Informe de PQRSFD elaborado por cada uno de los responsables del manejo PQRSFD del HUS, UFZ, y HRZ y publicado por parte del HUS	HUS UFZ HRZ	Dirección Administrativa Subdirector de Defensoría del Usuario HUS Coordinador General UFZ Director HRZ	Informe de PQRSFD elaborado por cada uno de los responsables del manejo PQRSFD del HUS, UFZ, y HRZ enviado a la dirección de atención al usuario del HUS	Trimestral
	5.5	Realizar seguimiento al cumplimiento de los términos legales para resolver peticiones conforme al artículo 14 de Ley 1437 de 2011, al artículo 76 de la Ley 1474 de 2011 y a la Ley 1755 de 2015.	Auditoría PQRSFD	HUS UFZ HRZ	Oficina Asesora de Control Interno	Informe de Auditoría a PQRSFD radicado a Gerencia	Anual
	5.6	Informe de la Oficina de Control Interno Disciplinario sobre las investigaciones adelantadas en caso de: 1. Incumplimiento a la respuesta de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos en los términos contemplados por la Ley. 2. Quejas contra los servidores públicos de la entidad durante la vigencia por parte de pacientes o familiares	Cumplimiento a los Controles establecidos en la Ley 734 de 2002 artículo 34 y 76, Ley 1952 de 2019	HUS HRZ UFZ	Oficina Control Interno Disciplinario	Informe presentado a la Gerencia y copia dirección atención al usuario	Semestral

Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	5.7	Actualización de la Matriz de Activos de Información	Matriz de activos de información publicada en la página web	HUS	Dirección Administrativa	publicada en la página web	18 de diciembre de 2021
			Publicar en el portal de datos abiertos los activos de información	HUS	Subdirección de Sistemas	Portal de Datos Abiertos	18 de diciembre de 2021
Criterio Diferencial de Accesibilidad	5.8	Estudios y Diseños de la pavimentación perimetral del Hospital	Gestionar el mejoramiento de la accesibilidad perimetral de los usuarios y ciudadanos en condición de discapacidad	HUS	Dirección Administrativa Líder de Proyecto de Mantenimiento, arquitectura y equipo médico	Estudios Diseños técnicos de la pavimentación perimetral del HUS	18 de diciembre de 2021
Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.9	Diligenciamiento de la información del índice de Transparencia y Acceso a la información ITA	Reporte de Cumplimiento ITA 2020	HUS	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas	Reporte de Cumplimiento ITA 2020	18 de diciembre de 2021

Sexto componente: Iniciativas adicionales.

Las entidades deberán contemplar iniciativas que permitan fortalecer su estrategia de lucha contra la corrupción. En este sentido, se extiende una invitación a las entidades del orden nacional, departamental y municipal, para que incorporen dentro de su ejercicio de planeación, estrategias encaminadas a fomentar la integridad, la participación ciudadana, brindar transparencia y eficiencia en el uso de los recursos físicos, financieros, tecnológicos y de talento humano, con el fin de visibilizar el accionar de la administración pública.

SUB.COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	DÓNDE	RESPONSABLE	EVIDENCIA	FECHA PROGRAMADA	
INICIATIVA ADICIONAL	6.1	Desplegar el Código de Integridad en la inducción institucional	Código de Integridad desplegado en la inducción institucional	HUS UFZ HRZ	Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano Coordinador General UFZ Director HRZ	Informe semestral de ejecución del cronograma de inducción	(Inducciones de acuerdo al cronograma) semestral (Entrega del Informe)
	6.2	Desplegar el Código de Integridad en la reinducción	Código de Integridad desplegado en la reinducción institucional	HUS	Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano	Informe de ejecución de la reinducción	31 de diciembre de 2021
	6.3	Lineamientos de transparencia pasiva	Publicar en el sitio web www.datos.gov.co la información manejada por la	HUS	Subdirección de Sistemas	Publicación en el portal de Datos Abiertos	14 de diciembre de 2021

			entidad y clasificada como datos abiertos				
6.4	Elaborar instrumentos de gestión de la información	Realizar seguimiento de manera sistemática al inventario de activos de información.	HUS UFZ HRZ	Líder de Gestión Documental	Publicada en la página web	14 de diciembre de 2021	
6.5	Monitoreo del acceso a la información pública	Realizar seguimiento a los aspectos establecidos en la Ley de Transparencia y Acceso a la información pública.	HUS	Subdirección de Sistemas	Reporte de cumplimiento ITA	14 de diciembre de 2021	
6.6	Elaborar la estrategia para la gestión de conflictos de intereses	Actividades de gestión definidas en el Plan Anual de Implementación y Mantenimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG	HUS	Los definidos en el Plan Anual de Implementación y Mantenimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG	Plan Anual de Implementación y Mantenimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG	31 de marzo de 2021	
6.7	Ejecutar las actividades programadas para la gestión de conflictos de intereses	Actividades para la gestión de conflictos de intereses desarrolladas según lo planificado	HUS	Los definidos en el Plan Anual de Implementación y Mantenimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG	Soportes de la ejecución de cada una de las actividades definidas para la gestión de conflictos de intereses	31 de diciembre de 2021	

7. SEGUIMIENTO Y CONTROL

La ESE Hospital Universitario de La Samaritana, adopta el Formato de Seguimiento a las Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano sugerido por la herramienta "Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano" definido por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, el cual se considera como documento anexo al presente documento.

A continuación se relaciona el formato en mención:

7. SEGUIMIENTO Y CONTROL

FORMATO SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Entidad: _____

Vigencia: _____

Fecha publicación: _____

Componente: _____

Seguimiento 1 OCI				
Fecha seguimiento:				
Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones

Seguimiento 2 OCI				
Fecha seguimiento:				
Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones

Seguimiento 3 OCI				
Fecha seguimiento:				
Componente	Actividades programadas	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones

8. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA	ITEM MODIFICADO	JUSTIFICACION
1	Enero de 2015	Ninguno	Elaboración inicial del documento
2	Enero de 2016	Todos	Según Lineamientos establecidos en el documento Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano versión 2 de 2015
3	Enero de 2017	Componentes	Actualización de las actividades establecidas para implementar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la vigencia 2017
4	Enero de 2018	Componentes	Actualización de las actividades establecidas para implementar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la vigencia 2018
5	Julio de 2018	Componentes	Ajustes a las Actividades, Responsables y Fecha programada de algunas actividades para la vigencia 2018
6	Enero de 2019	Todos	Ajustes a las Actividades, Responsables y Fecha programada de algunas actividades para la vigencia 2019
7	Enero de 2020	3. Objetivos 4. Alcance 5. Marco Normativo 7. Componentes	Se realiza ajuste a los Objetivos Específicos incluyendo objetivos asociados a los Componentes. Se actualizan los Valores institucionales según lo define el acto administrativo institucional Resolución 526 de 2018 Se amplía el Alcance del PAAC al HUS y sus unidades funcionales (Unidad Funcional de Zipaquirá – UFZ y Hospital Regional de Zipaquirá – HRZ) Se actualiza la normatividad vigente Ajustes a las Actividades, Responsables y Fecha programada de algunas actividades para la vigencia 2020 con alcance al HUS y sus Unidades Funcionales (UFZ y HRZ)
8	Enero de 2021	Todos	Ajustes a las Actividades, Responsables y Fecha programada de algunas actividades para la vigencia 2021
9	Marzo de 2021	Fechas programadas Componente iniciativas adicionales	Se ajustan fechas programadas para la actualización política administración de riesgos, priorización de trámites, componente de rendición de cuentas. Adición de dos (2) actividades relacionadas con la gestión de conflictos de intereses.