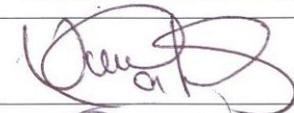
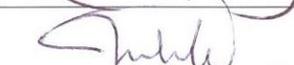


**1. APROBACIÓN DE MODIFICACIÓN**

	<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FECHA</b>	<b>FIRMA</b>
<b>ELABORÓ</b>	Comité Directivo HUS		29 de enero de 2020	Listado de asistencia a Comité
<b>CONSOLIDÓ</b>	Jefe de Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	Vivian Castañeda Solano	30 de enero de 2020	
<b>APROBÓ</b>	Gerente	Javier Fernando Mancera	30 de enero de 2020	

**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

## 5. MARCO NORMATIVO

término especial la resolución de las siguientes peticiones:

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 acoje 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:** Cumplo 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.

## 5. MARCO NORMATIVO

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

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 2019
- 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 2019 para que actores internos y externos formulen sus observaciones y propuestas para la construcción del Plan de la vigencia 2020 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.

## 6. METODOLOGÍA

### 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.

### 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 2019.

### **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	
<b>Política Administración de Riesgos</b>	1.1	Actualizar la Política y Programa de Gestión del Riesgo dando alcance al HUS y sus Unidades Funcionales (UFZ y HRZ)	Política y Programa de Gestión del Riesgo institucional actualizada	HUS	Jefe Oficina asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	Documentos de Política y Programa aprobados y publicados en la Intranet institucional	Marzo 30 de 2020
	1.2	Socializar la Política y el Programa de administración del riesgo a los colaboradores priorizados de la Institución: <b>HUS:</b> Directores, Oficinas Asesoras, Subdirectores, Líderes de Proceso y Líderes de Proyecto. <b>UFZ:</b> Coordinador General Líderes de Servicios de Atención al Usuario, Facturación, Urgencias <b>HRZ:</b> Gestores y Líderes de Proceso	Política y Programa de administración del Riesgo socializada al 30% de los colaboradores priorizados del HUS, UFZ y HRZ	HUS UFZ HRZ	Jefe Oficina asesora de Planeación y Garantía de la Calidad  Coordinador UFZ  Director HRZ	Acta de socialización	Septiembre 30 de 2020
<b>Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción</b>	1.3	Actualizar el Mapa de Riesgos de Corrupción institucional HUS Bogotá	Mapa de Riesgos institucional de Riesgos de Corrupción actualizado	HUS	Directores y Líderes de Proceso	Mapa de Riesgos institucional de Riesgos de Corrupción publicado en página web	31 de julio de 2020
	1.3	Identificar los riesgos de corrupción por proceso para el HRZ e incluirlos en el mapa de riesgos institucional	Mapa de riesgos construido donde se vinculen los riesgos de corrupción de cada uno de los procesos	HRZ	Director HRZ	Matriz de riesgos elaborada que incluya los riesgos de corrupción	Marzo 30 de 2020
	1.5	Consolidar el mapa de riesgos institucional para la vigencia 2020	Consolidación del mapa de riesgos institucional publicado en la intranet	HRZ	Jefe Oficina asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	Matriz de consolidación de riesgos	20 de agosto de 2020
<b>Consulta y divulgación</b>	1.6	Publicación y divulgación del mapa de riesgos de corrupción de la vigencia 2020	Mapa de riesgos de corrupción publicado en la página Web e intranet	HUS	Jefe Oficina asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	Acta de socialización de la Matriz de Riesgos	20 de agosto de 2020
<b>Monitoreo y revisión</b>	1.7	Revisión y Monitoreo del mapa de riesgos de corrupción por Procesos	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	Noviembre 30 de 2020
<b>Seguimiento</b>	1.8	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 2020

**Segundo componente: Racionalización de Trámites**

En aras de dar cumplimiento a lo contemplado en el Decreto Ley 019 de 2012, la estrategia a desarrollar en la vigencia 2020 contempla la ejecución de las siguientes actividades:

SUB.COMPONENTES / PROCESOS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	DÓNDE	RESPONSABLE	EVIDENCIA	FECHA PROGRAMADA
<b>Identificación de tramites</b>	2.1 Identificar y clasificar las necesidades de información de los usuarios percibidas a través de las quejas, reclamos y sugerencias recepcionadas durante la vigencia 2020.	Diagnóstico de las necesidades de información de los Usuarios	HRZ	Director HRZ	Trámites Identificados en el SUIT	30 de junio y 30 de noviembre de 2020
<b>Priorización de tramites</b>	2.2 Identificar Trámites que se requieran priorizar en el HUS de acuerdo al diagnóstico elaborado en 2019	Trámites priorizados del HRZ	HUS	Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	Priorización de Trámites en el SUIT	30 de marzo de 2020
	2.3 Identificar Trámites que se requieran priorizar en el HRZ	Trámites priorizados del HRZ	HRZ	Director HRZ	Priorización de Trámites en el SUIT	30 de marzo de 2020
<b>Racionalización de trámites</b>	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 2020

**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
<b>INFORMACIÓN DE CALIDAD Y EN LENGUAJE COMPRENSIBLE</b>	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	Jefe de Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	Publicación en la Web	28 de febrero de 2020
<b>DIÁLOGO DE DOBLE VÍA CON LA CIUDADANÍA Y SUS ORGANIZACIONES</b>	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	Gerencia	Invitación y Transmisión	31 de marzo de 2020
	3.3 Elaboración de informe de audiencia pública rendición de cuentas	Informe y Acta de audiencia pública de rendición de cuentas	HUS	Jefe de Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	Publicación en la Web	31 de marzo de 2020
<b>INCENTIVOS PARA MOTIVAR LA CULTURA DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS</b>	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 2020
<b>EVALUACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL</b>	3.6 Incluir en el PUMP correspondiente la o las oportunidades de mejora identificadas en la audiencia pública de rendición de cuentas.	Plan de Mejora institucional elaborado	HUS	Directores	Plan de Mejora institucional	30 de abril de 2020

**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	
<b>Fortalecimiento de los canales de atención al ciudadano</b>	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 (agendas médicas) con incumplimiento de horarios que se presenten	HUS UFZ HRZ	Directora de Atención al Usuario Coordinador General UFZ Director HRZ	Planillas de registro semestral del Seguimiento	28 de Junio 16 diciembre de 2020
	4.2	Establecer compromiso de mejora según resultados del seguimiento al cumplimiento de Agendas Médicas programadas	Compromiso firmado por los especialistas	HUS	Director Científico	Acuerdos de servicio con las especialidades médicas involucradas	Trimestral
	4.3	Aumentar puntos de atención en la Central de Citas, según comportamiento del HUS y cada una de las unidades funcionales del HUS	Aumentar puntos de atención de la Central de Citas: - Seis (6) distribuidos en HUS – UFZ y HRZ	HUS	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas	Contrato suscrito con Acta de Inicio	30 de abril de 2020
<b>Talento Humano</b>	4.4	Incorporar en el Plan Institucional de Capacitación - PIC los temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano	Temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano incluidos en el PIC	HUS	Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano	Plan Institucional de Capacitación con temas incluidos	31 de marzo de 2020

	4.5	Ejecutar el Plan Institucional de Capacitación - PIC en los temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano	Fortalecimiento de las Competencias de servicio al cliente	HUS	Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano	Informe de ejecución del Plan de Capacitación Institucional	18 de diciembre de 2020
<b>Normativo y procedimental</b>	4.6	Revisión y actualización de la Circular Reglamentaria de Administración y Acceso a Historias Clínicas	Circular elaborada y publicada en intranet con alcance al HUS y a las Unidades Funcionales	HUS	Jefe de Oficina Asesora Jurídica	Circular elaborada y publicada en intranet	31 de diciembre de 2020
<b>Relacionamiento con el ciudadano</b>	4.7	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	Caracterización de usuarios y grupos de interés con análisis de pertinencia de canales y mecanismos de información y comunicación empleados por la Institución	HUS HRZ	Director de Atención al Usuario Subdirector de Defensoría del Usuario Director HRZ	1. Documento Caracterización de usuarios y grupos de interés (Uno específico para el HUS y otro para el HRZ) 2. Informe de análisis de pertinencia de canales y mecanismos de información y comunicación empleados por la Institución	18 de diciembre de 2020
	4.8	Informe específico de Sugerencias de Usuario en el HUS, UFZ y HRZ	Análisis del Comité Directivo para priorizar las Sugerencias e iniciar implementación de las mismas según 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 presentado al Comité Directivo	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](http://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	
<b>Lineamientos de Transparencia Activa</b>	5.1	Publicación oportuna en SECOP de la información sobre contratación pública	Publicación en el Portal de Colombia compra eficiente SECOP I	HUS	Dirección Administrativa Subdirección de Compras	Ver Aplicativo SECOP I	Permanente
	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 2020
	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 Planeación y Garantía de la Calidad	Página web Institucional actualizada con el Directorio de Servidores Públicos	31 de marzo de 2020
<b>Lineamientos de Transparencia Pasiva</b>	5.4	Elaborar Informe de PQRSFD y publicarlo 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	HUS UFZ HRZ	Dirección Administrativa Subdirector de Defensoría del Usuario HUS Coordinador General UFZ Director HRZ	Informe de PQRSFD publicado en la página Web elaborado por cada uno de los responsables del manejo PQRSFD del HUS, UFZ, y HRZ	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	Semestral

	<b>5.6</b>	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.	Cumplimiento a los Controles establecidos en la Ley 734 de 2002 artículos 34 y 76	HUS UFZ HRZ	Oficina Control Interno Disciplinario	Informe presentado a la Gerencia	31 de diciembre de 2020
<b>Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información</b>	<b>5.7</b>	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 2020
			Publicar en el portal de datos abiertos los activos de información	HUS	Subdirección de Sistemas	Portal de Datos Abiertos	18 de Diciembre de 2020
<b>Criterio Diferencial de Accesibilidad</b>	<b>5.8</b>	Estudios 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 previos radicados en la Subdirección de Compras del HUS	18 de Diciembre de 2020
<b>Monitoreo del Acceso a la Información Pública</b>	<b>5.9</b>	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 2020

**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	
<b>INICIATIVA ADICIONAL</b>	6.1	Ajustar el Código de Integridad definiendo las actividades transversales para la implementación del mismo.	Resolución de Código de Integridad modificada con la inclusión de las actividades transversales para la implementación.	HUS	Dirección Administrativa  Subdirección de Desarrollo Humano	Código de Integridad aprobado por Gerencia	30 de abril de 2020
	6.2	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	Presentación con Tema del Código de Integridad de Inducción  Informe trimestral de Ejecución del Cronograma de Inducción	Mensual (Inducciones mensuales)  Trimestral (Entrega del Informe)
	6.3	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 agosto de 2020



<b>8. CONTROL DE CAMBIOS</b>			
<b>VERSION</b>	<b>FECHA</b>	<b>ITEM MODIFICADO</b>	<b>JUSTIFICACION</b>
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	<p>Se realiza ajuste a los Objetivos Específicos incluyendo objetivos asociados a los Componentes.</p> <p>Se actualizan los Valores institucionales según lo define el acto administrativo institucional Resolución 526 de 2018</p> <p>Se amplía el Alcance del PAAC al HUS y sus unidades funcionales (Unidad Funcional de Zipaquirá – UFZ y Hospital Regional de Zipaquirá – HRZ)</p> <p>Se actualiza la normatividad vigente</p> <p>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)</p>