



**ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA**

**Código: PAAC-01**

**CONTROL INTERNO**

**Versión: 1.0**

**Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano**

**Fecha de Aprobación  
01/01/2018**

## **PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO**



**ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA**

***“UNIDOS POR UN SERVICIO DE SALUD CON CALIDAD HUMANA”***

**LA PALMA – CUNDINAMARCA  
2018**

**TABLA DE CONTENIDO****1. OBJETIVOS**

- 1.1 Objetivo General
- 1.2 Objetivos Específicos

**2. PLATAFORMA ESTRATÉGICA**

- 2.1 Misión
- 2.2 Visión

**3. MARCO NORMATIVO****4. ESTRATEGIA DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO**

- 4.1. Mapa de Riesgos de Corrupción y medidas para mitigar los riesgos
- 4.2. Estrategias Anti trámites
- 4.3. Rendición de Cuentas
- 4.4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano
- 4.5. MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN
- 4.6. INICIATIVAS ADICIONALES



La ESE Hospital San José de la Palma, se ha comprometido con el desarrollo Social, Económico, Cultural y Político de la Entidad, por lo cual promoverá el desarrollo local y armonizando las acciones con la ciudadanía en general en aras de lograr un mejoramiento de la calidad de vida, asegurando que las acciones y esfuerzos lleguen a toda la población, con énfasis en la población vulnerable con responsabilidad social brindando espacios para una real y efectiva participación ciudadana en la definición de las tareas públicas, su ejecución y vigilancia. Para lograr esto, se deben desarrollar instrumentos que permitan que los procesos internos y externos de la E.S.E. fluyan con agilidad, oportunidad; que sean transparentes, donde los recursos públicos se destinen a solucionar las grandes falencias y problemáticas sociales en temas de infraestructura y servicios que propendan a mejorar la calidad en los servicios de salud de la ESE San José de la Palma.

Acorde con lo anterior, y a las políticas, directrices señaladas en la Constitución Política de Colombia, las leyes y Decretos que regulan las actividades, competencias, obligaciones y responsabilidades de la E.S.E. y de sus funcionarios, y en especial, el Estatuto Anticorrupción (Ley1474 de 2011), buscará desarrollar las actividades que mitiguen los riesgos de corrupción .

Igualmente generar responsabilidad de las acciones no solo en el entorno institucional sino en los servidores públicos que intervengan en cada actividad que desarrolla la Entidad asegurando la confiabilidad de los procesos y la información. Asegurar que las actuaciones se hagan con autonomía, independencia y responsabilidad social, libre de presiones e injerencias que oscurezcan los procesos. Todas las acciones y actuaciones se harán bajo el principio de legitimidad fundamentado en la confianza entre el Gerente y los usuarios. Se inculcara en los funcionarios el compromiso de trabajar con coherencia, pasión y compromiso social. Se exigirá que en todas las actuaciones se trabaje con objetividad, rigurosidad y sentido de pertenencia.

Para esto la E.S.E. Hospital San José de la Palma, ha definido acciones que buscan desarrollar una gestión, transparente e íntegra al servicio del ciudadano y la participación de la sociedad civil en la formulación de sus planes, programas y proyectos, que garantice la participación en todos los procesos y puedan acceder a la información en forma oportuna y eficaz.

La ESE San Jose de la Palma poco a poco ha estado trabajando en generar confianza a la comunidad, respetando los derechos humanos y procurando siempre el bienestar del usuario interno y externo, es así que el trabajo de la ESE pretende generar confianza en la comunidad, para que pueda participar e intervenir en la Administración Pública, para que hagan valer sus derechos de manera efectiva mediante la construcción de una sociedad saludable segura, productiva, participativa e incluyente con relaciones de género equitativas para que los recursos lleguen realmente a los ciudadanos, un estable libre de corrupción, un estado para la gente que conlleve a la responsabilidad política de la participación ciudadana en la definición de las tareas públicas, su ejecución y vigilancia.

Este Plan anticorrupción y participación de la ciudadana consiste en generar un mecanismo en la lucha contra la corrupción y la participación de la ciudadanía, generando la promoción de la integridad, igualdad y transparencia en todas las acciones que la entidad se proponga realizar, dando cumplimiento a lo previsto en el capítulo sexto “Políticas Institucionales y Pedagógicas” de la



Ley 1474 de 2011 “Estatuto Anticorrupción”, siendo éste el mecanismo que rige a la entidad en materia control anticorrupción y atención al usuario.

La corrupción se presenta porque existen agentes demandantes y oferentes de corrupción que obtienen ganancias por las transacciones de las que participan, razón por la cual se busca las políticas anticorrupción que incorporen medidas orientadas a eliminar la oferta de corrupción por parte de los agentes públicos y la demanda privada.

La ESE Hospital San José de la Palma está comprometida con la construcción de una Institución libre de corrupción; donde se realicen esfuerzos y estrategias tendientes a que los recursos lleguen a los ciudadanos con una política de participación y veeduría ciudadana que genere confianza en toda la comunidad.



## 1. OBJETIVOS

### 1.1 OBJETIVO GENERAL

Adoptar el plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano de la E.S.E. Hospital San José de la Palma, conforme lo establece la ley 1474 de 2011 o Estatuto Anticorrupción.

### 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Fortalecer los mecanismos de atención al ciudadano tendientes a fortalecer la cultura de la denuncia de actos corruptos, gestionando la totalidad de las denuncias que se reciban en el hospital, realizando para ello un análisis jurídico de las denuncias relacionadas con corrupción administrativa utilizando los medios disponibles para aclarar y documentar los hechos de la denuncia.

Establecer las estrategias de apoyo a la lucha contra la corrupción a desarrollar por el Hospital, permitiendo un escenario institucional adecuado para la adopción de actividades concretas en materia de lucha contra la corrupción que orienten la gestión hacia la eficiencia y la transparencia.

Definir la metodología a implementarla, de modo que permita Identificar los procesos o áreas más susceptibles o vulnerables frente a los riesgos de corrupción.

Definir los mecanismos de seguimiento y control a las estrategias, así como los estándares de medición, evaluación y rutas de reporte.

Acompañar, capacitar e ilustrar a la ciudadanía para que ejerza en debida forma su derecho y deber social al control frente a la entidad.

Garantizar ejercicio del control social, generar condiciones de confianza y contribuir a las prácticas de participación ciudadana a través de los mecanismos de rendición social de cuentas de la gestión realizada.



## 2. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

2.1. **MISIÓN:** Somos la ESE Hospital San José de la Palma, prestadora de servicios de salud de primer nivel de atención con énfasis en programas de promoción específica, detección temprana y salud pública, contamos con un equipo interdisciplinario con sentido de pertenencia y humanismo, con una infraestructura hospitalaria adecuada que garantizan la seguridad del paciente, la calidad en los procesos y el mejoramiento continuo, logrando optimar la calidad de vida de la población de Rionegro.

2.2. **VISIÓN:** Para el 2020, la ESE Hospital San José de la Palma será una institución reconocida en la aplicación del modelo de atención primaria en salud, cumpliendo con estándares de calidad y habilitación exigidos por la normatividad, garantizando la transparencia en el manejo de los recursos y contribuyendo a la sostenibilidad financiera.


## 3. MARCO NORMATIVO

La normatividad en Colombia cuenta con normas que permiten controlar los hechos de corrupción con régimen de inhabilidades e incompatibilidades, la responsabilidad de los servidores públicos de informar en forma transparente y oportuna sus actuaciones, su responsabilidad patrimonial y la incorporación de principios para llevar a cabo una gestión pública eficiente, las que buscan lograr la eficiencia administrativa, la transparencia a través de los sistemas de información y de políticas en el mejoramiento de la gestión pública. Principios Constitucionales En el marco de la constitución de 1991 se consagraron principios para luchar contra la corrupción administrativa en Colombia Constitución Política de 1991, 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. Disposiciones Legales y Reglamentarias. Las normas contenidas en este documento están divididas por sus diferentes enfoques:

Normas que buscan lograr la eficiencia administrativa, la transparencia a través de los sistemas de información y de políticas en el mejoramiento de la gestión pública.

**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.

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <b>ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA</b>              | <b>Código: PAAC-01</b>                    |
|  | <b>CONTROL INTERNO</b>                                | <b>Versión: 1.0</b>                       |
|  | <b>Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano</b> | <b>Fecha de Aprobación<br/>01/01/2018</b> |

**Ley 190 de 1995:** Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones con el objeto de erradicar la corrupción administrativa.

**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 1.976 en cuanto al tema de inhabilidades e incompatibilidades, incluyendo a las empresas oficiales de servicios públicos domiciliarios.

**Ley 610 de 2000:** Por la cual se establece el trámite de los procesos de responsabilidad fiscal de competencia de las contralorías. Señaló el procedimiento para el trámite de los procesos de responsabilidad fiscal que son competencia de las contralorías. Estos procesos buscan determinar la responsabilidad de los servidores públicos y de los particulares que ejercen funciones públicas, cuando por acción u omisión y en forma dolosa o culposa causen un daño al patrimonio del Estado con ocasión del ejercicio de sus funciones públicas.


**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 2.004:** Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.

**Decreto-Ley 128 de 1.976:** Por el cual se dicta el estatuto de inhabilidades, incompatibilidades y responsabilidades de los miembros de las Juntas Directivas de las entidades descentralizadas y de los representantes legales de éstas. Es un antecedente importante en la aplicación del régimen de inhabilidades e incompatibilidades de los servidores públicos.

**Decreto - Ley 1437 de 1.984:** Código Contencioso Administrativo. Consagra normas tendientes a garantizar la imparcialidad de los servidores públicos y la obligación de declararse impedidos cuando esta imparcialidad se vea afectada, generando de esta forma transparencia también establece en su articulado, la responsabilidad de los funcionarios de los daños que causen por culpa grave o dolo en el ejercicio de sus funciones.

**Decreto 2232 de 1995:** Mediante el cual se expide las normas relativas al formulario único de bienes y rentas. De manera obligatoria se exige para cualquier persona que se encuentre en posesión de

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <b>ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA</b>              | <b>Código: PAAC-01</b>                    |
|  | <b>CONTROL INTERNO</b>                                | <b>Versión: 1.0</b>                       |
|  | <b>Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano</b> | <b>Fecha de Aprobación<br/>01/01/2018</b> |

un cargo o al contratista con el estado, el diligenciamiento del formulario de bienes y rentas. b) Normas Entidades Territoriales. Normas con las cuales se busca la efectividad de la administración de las entidades territoriales, mediante la racionalización de su gasto y mejoramiento de sus ingresos.

**Ley 136 de 1994:** Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios.

**Ley 358 de 1.997:** Por la cual se reglamenta el artículo 364 de la Constitución y se dictan otras disposiciones en materia de endeudamiento.

**Ley 549 de 1.999:** Por la cual se dictan normas tendientes a financiar el pasivo pensional de las entidades territoriales, se crea el Fondo Nacional de Pensiones de las entidades territoriales y se dictan otras disposiciones en materia prestacional.

**Ley 550 de 1.999:** Por la cual se establece un régimen que promueva y facilite la reactivación empresarial y la reestructuración de los entes territoriales para asegurar la función social de las empresas y lograr el desarrollo armónico de las regiones y se dictan disposiciones para armonizar el régimen legal vigente con las normas de esta ley.

**Ley 617 de 2.000:** Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1.994, el Decreto Extraordinario 1.222 de 1986, se adiciona la Ley Orgánica de Presupuesto, el Decreto 1421 de 1.993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional.

**Ley 795 de 2.003:** Por la cual se ajustan algunas normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se dictan otras disposiciones.

**Ley 819 de 2.003:** Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad, transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones. c) Normas que garantizan y protegen la participación de la ciudadanía en la gestión pública.

**Ley 850 de 2.003:** 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 2.011:** “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.



#### **4. ESTRATEGIA DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO**

El Plan anticorrupción está conformado por cuatro componentes:

1. Metodología para la Identificación de Riesgos de Corrupción,
2. Estrategia Antitrámites,
3. Rendición de Cuentas,
4. Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano.

##### **4.1. MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y MEDIDAS PARA MITIGAR LOS RIESGOS:**

Plan que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción que debe ser implementada por la ESE Hospital San José de La Palma.

Según los lineamientos contenidos en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, el Mapa de Riesgos de Corrupción hace parte del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

#### **Definiciones**

**Causa:** Medios, circunstancias, situaciones o agentes generadores del riesgo

**Consecuencia:** Efectos generados por la ocurrencia de un riesgo que afecta los objetivos o un proceso de la entidad. Pueden ser entre otros, una pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento.

Es el “resultado de un evento que afecta los objetivos

Corrupción: *“Uso del poder para desviar la gestión de lo público hacia el beneficio privado*

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

Mapa de Riesgos de Corrupción: Documento con la información resultante de la gestión del riesgo de corrupción

Probabilidad. Oportunidad de ocurrencia de un 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).

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar un valor



Riesgos: Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad, pudiendo entorpecer el desarrollo de sus funciones

Riesgo de Corrupción: Posibilidad de que por acción u omisión, se use el poder para poder desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado

### Gestión del Riesgo de Corrupción

Entidades encargadas de gestionar el riesgo: Lo deben adelantar las entidades del orden nacional, departamental y municipal

**Monitoreo:** En concordancia con la cultura del autocontrol al interior de la entidad, los líderes de los procesos junto con su equipo realizarán seguimiento y evaluación permanente al Mapa de Riesgos de Corrupción

**Seguimiento:** El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, es el encargado de verificar y evaluar la elaboración, la visibilizarían, el seguimiento y el control del Mapa de Riesgos de Corrupción. El seguimiento se realiza tres (3) veces al año, así:

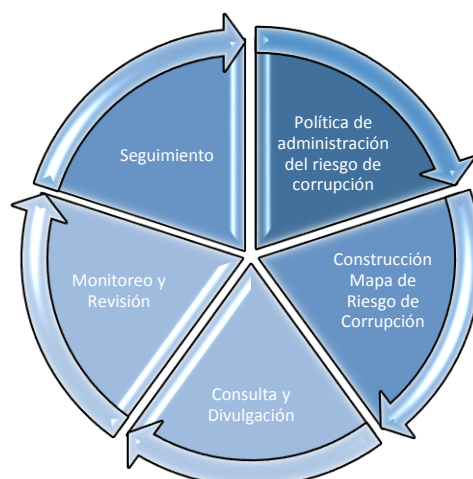
**Primer seguimiento:** Con corte al 30 de abril. En esa medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de mayo.

**Segundo seguimiento:** Con corte al 31 de agosto. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días 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.

**Ajustes y modificaciones del Mapa de Riesgos de Corrupción:** Después de su publicación y durante el respectivo año de vigencia, se podrán realizar los ajustes y las modificaciones necesarias orientadas a mejorar el Mapa de Riesgos de Corrupción. En este caso deberá dejarse por escrito los ajustes, modificaciones o inclusiones realizadas.

### Gestión del Riesgo de Corrupción






**PRIMER COMPONENTE:**

**GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN**

| Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano                                  |  |   |  |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
|---|--|---|--|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|
| Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción  |  |   |  | 2018  |         |       |       |      |       |       |        | 2019       |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| Subcomponentes/proceso  | Actividad  | Meta o Producto   | Responsable  | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
| Subcomponentes/proceso 1<br>Política de Administración del Riesgo de Corrupción | Elaborar documento con los lineamientos para la gestión del riesgo   | Documento elaborado y entregado al área de jurídica para su revisión.   | Apoyo Control Interno-MECI   |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
|   | Revisar documento con los lineamientos para la gestión del riesgo de corrupción  | Documento revisado por el área de jurídica para ser aprobado por Gerencia.  | Jurídica   |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
|   | Difundir y/o comunicar la política de "CERO CORRUPCIÓN"  | Política socializado en pagina web, carpetas compartidas y demás medio de comunicación.   | Sistemas   |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| Subcomponente/proceso 2<br>Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción       | Identificación del Riesgo de Corrupción<br>Identificación del contexto.<br>Construcción del Riesgo de Corrupción.              | Identificación de los riesgos de corrupción con todos los procesos de la ESE.   | Apoyo Control Interno-MECI<br>Todos los procesos de la ESE             |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
|   | Valoración del Riesgo de Corrupción (Análisis del Riesgo de Corrupción) (Evaluación del Riesgo de Corrupción)                  | Documento soporte donde se evidencie valoración, análisis y evaluación del riesgo de corrupción.  | Apoyo Control Interno-MECI<br>Todos los procesos de la ESE             |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
|   | Elaborar Matriz del Mapa de Riesgos de Corrupción  | Documento de consulta donde se evidencie la matriz del mapa de riesgos de corrupción  | Apoyo Control Interno-MECI   |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| Subcomponente/proceso 3<br>Consulta y divulgación                               | Divulgar y Socializar el Mapa de Riesgo de Corrupción a todos los procesos involucrados  | Actas que soporte la divulgación en todas las etapas de la construcción con todos los proceso comprometidos y, su divulgación en pagina web institucional y otros medios de comunicación. | Apoyo Control Interno-MECI<br>Todos los procesos de la ESE<br>Sistemas |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| Subcomponente/proceso 4<br>Monitorio y revisión                                 | Monitorear y revisar los Riesgos de Corrupción por parte de los lideres de procesos.   | Seguimiento del Mapa de Riesgo de Corrupción por parte de los lideres de procesos.  | Lideres de procesos  |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| Subcomponente/proceso 5<br>Seguimiento  | Adelantar seguimiento a Mapa de Riesgos de Corrupción por parte de la oficina de Control Interno o quien quien haga sus veces. | Informe de seguimiento trimestral.  | Oficina de Control Interno o quien haga sus veces                      |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <b>ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA</b>              | <b>Código: PAAC-01</b>                    |
|  | <b>CONTROL INTERNO</b>                                | <b>Versión: 1.0</b>                       |
|  | <b>Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano</b> | <b>Fecha de Aprobación<br/>01/01/2018</b> |

## 4.2. ESTRATEGIAS ANTITRAMITES

La ESE Hospital San José de la Palma, por su ubicación geográfica, por su cultura propia, por su dificultad en las comunicaciones, le ha sido complejo contar con estrategias que minimicen la tramitología como por ejemplo el crear vías de acceso a través de la página web para solicitud de citas, teniendo en cuenta que la mayoría de la población es rural y no tienen el medio de acceso a internet.

No obstante debido a estas dificultades se ha utilizado otras herramientas como son las llamadas vía telefónica para confirmar citas y eliminar las filas desde la madrugada que hacia la población rural para realizar estas tareas se cuenta con un servidor público que se encarga de confirmar y reservar las citas médicas.

La Entidad pondrá como meta que para el año 2018 el 80% de los trámites y servicios de la E.S.E. para quien le sea posible estén en línea a través de la página Web de la ESE.

Se promulgará para el efecto limitar al máximo la necesidad de que los ciudadanos deban acceder a las instalaciones de la E.S.E. y para realizar trámites que pueden realizar vía internet.

Dinamización del link de Quejas y reclamos para que la comunidad presente sus quejas, reclamos y denuncias de posibles actos de corrupción que pudiesen presentarse por los funcionarios de la E.S.E.

Publicará en la página Web de la E.S.E. el seguimiento, tratamiento y resultados de las quejas, reclamos y denuncias por hechos de corrupción presentados por la comunidad.


Se instaló el buzón de sugerencias por servicios en la E.S.E. Hospital San José de La Palma para que los ciudadanos formulen las quejas, reclamos y denuncias y se hará seguimiento mensual a los mismos con el fin de implementar acciones de mejora y dar respuesta oportuna a los ciudadanos


Asignar funciones de control interno disciplinario a un directivo de la entidad para que adelante las investigaciones en caso de incumplimiento a las respuestas de peticiones, quejas o reclamos en los términos contemplados en la ley 1437 de 2001, y quejas contra los servidores públicos de la entidad.

Responder los Derechos de petición en el tiempo reglamentario para permitir al ciudadano reclamar sobre alguna inconsistencia en un procedimiento por el cual se ve afectado.



**ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES**

|  <b>ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES</b> |   |                         |  |   |  |  |                              |                   |             |  |
|--|---|-------------------------|--|---|--|--|------------------------------|-------------------|-------------|--|
| Nombre de la entidad   | ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA           |                         |  |   |  |  |                              |                   |             |  |
| Sector Administrativo  | Salud y Protección Social                   |                         |  |   |  | Orden  | Territorial                  |                   |             |  |
| Departamento:  | Cundinamarca                                |                         |  |   |  | Año Vigencia:  | 2018                         |                   |             |  |
| Municipio:   | La Palma                                    |                         |  |   |  |  |                              |                   |             |  |
| PLANEACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN   |   |                         |  |   |  |  |                              |                   |             |  |
| N°   | NOMBRE DEL TRÁMITE, PROCESO O PROCEDIMIENTO | TIPO DE RACIONALIZACIÓN | ACCIÓN ESPECÍFICA DE RACIONALIZACIÓN                   | SITUACIÓN ACTUAL  | DESCRIPCIÓN DE LA MEJORA A REALIZAR AL TRÁMITE, PROCESO O PROCEDIMIENTO  | BENEFICIO AL CIUDADANO Y/O ENTIDAD   | DEPENDENCIA RESPONSABLE      | FECHA REALIZACIÓN |             |  |
|  |   |                         |  |   |  |  |                              | INICIO de/mm/a    | FIN de/mm/a |  |
| 1  | Asignación de citas                         | Administrativas         | Optimización de los procesos o procedimientos internos | Se han reflejado PQRS sobre el proceso en cuanto oportunidad de asignación citas  | Mejorar la oportunidad en el procesos de asignación de citas   | Mayor oportunidad den la asignación de citas.  | Subgerencia<br>SIAU          | 01/04/2018        | 31/12/2018  |  |
| 2  | Atención por consulta externa               | Administrativas         | Reducción de pasos para el ciudadano                   | La oportunidad en la atención de consulta externa esta siendo vulnerada por lo que afecta también negativamente la calidad en el servicio.    | Establecer horarios de inicio de atención de consulta externa y realizar seguimiento para su cumplimiento.   | Mejora en la oportunidad de atención por consulta externa y garantiza la calidad en el servicio. | Coordinador medico           | 01/04/2018        | 31/12/2018  |  |
| 3  | Atención por urgencias                      | Administrativas         | Optimización de los procesos o procedimientos internos | La oportunidad de atención en urgencias se afecta negativamente, por retrasos en cambios de turnos según los horarios establecidos por la ESE | Resocializar con el talento humano asistencial los horarios de cambio de turno y la importancia que tiene que esta actividad se realice en equipo y realizar seguimiento de cumplimiento del mismo | Garantiza la calidad del servicio de consulta externa  | Coordinador medico           | 01/01/2018        | 31/12/2018  |  |
| 4  | Transporte Asistencial Básico (TAB)         | Administrativas         | Optimización de los procesos o procedimientos internos | El alistamiento de las ambulancias no se están realizando oportunamente.  | Socializar procedimientos del transporte asistencial básico (TAB), asignar responsables de las actividades a realizar y del seguimiento.   | Garantiza un transporte asistencial básico de calidad, eficiente y oportuno.                     | Subgerencia<br>Enfermero SSO | 01/01/2018        | 31/12/2018  |  |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <b>ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA</b>              | <b>Código: PAAC-01</b>                    |
|  | <b>CONTROL INTERNO</b>                                | <b>Versión: 1.0</b>                       |
|  | <b>Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano</b> | <b>Fecha de Aprobación<br/>01/01/2018</b> |

### 4.3. RENDICIÓN DE CUENTAS

**Artículo 48 de la ley 1757 del 2015. Definición rendición de cuentas.** Por rendición de cuentas se entiende el proceso conformado por un conjunto de normas, procedimientos, metodologías, estructuras, prácticas y resultados mediante los cuales, las entidades de la administración pública del nivel nacional y territorial y los servidores públicos informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control, a partir de la promoción del diálogo.

En el documento Conpes 3654 se indica que en su “acepción general la rendición de cuentas es la obligación de un actor de informar y explicar sus acciones a otro(s) que tiene el derecho de exigirla, debido a la presencia de una relación de poder, y la posibilidad de imponer algún tipo de sanción por un comportamiento inadecuado o de premiar un comportamiento destacado.

La rendición de cuentas como proceso transversal y permanente se fundamenta en tres elementos o dimensiones:

**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 las entidades públicas. Los datos y los contenidos deben cumplir principios de calidad, disponibilidad y oportunidad para llegar a todos los grupos poblacionales y de interés.

Esta información debe ser en lenguaje comprensible al ciudadano lo cual implica generar información de calidad para que sea oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y disponible en formatos accesibles.

**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.

Por lo menos anualmente realizar audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, con el objeto de que el ciudadano pueda conocer y opinar acerca de la gestión y trabajo de la E.S.E. Hospital San José de la Palma.




Convocar de manera amplia, objetiva y oportuna a la comunidad de la Palma los informes de rendición de cuentas para que tengan la oportunidad de conocer los avances realizados por la Entidad.

Publicará en la página Web de la Entidad la convocatoria, desarrollo y evaluación del evento de rendición de cuentas para el conocimiento de todos los interesados dentro y fuera de la jurisdicción.

Evaluar la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas para conocer de parte de la comunidad su opinión frente a este proceso.

**Estrategia Rendición de Cuentas**

|  <b>Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2018</b> |   |   |                       | 2018  |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           | 2019  |
|--|---|---|-----------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|
| Componente 3: Rendición de cuentas   |   |   |                       | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero |
| Subcomponentes   | Actividad   | Meta o Producto   | Responsable           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
| <b>Subcomponente 1</b><br>Información de calidad y en lenguaje comprensible  | Recolectar, analizar, preparar información e insumos para la rendición de cuentas   | Documento o herramienta que sirve para la sustentación de rendición de cuentas.   | Por definir           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
| <b>Subcomponente 2</b><br>Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones  | Publicar formato para la recepción de preguntas o inquietudes previo a la rendición de cuentas                                      | Formato publicado en pagina web institucional.  | Sistemas              |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
|  | Convocar a la ciudadanía en general a que participen en la rendición de cuentas.  | Entrega de cartas a grupos de valor y publicación de pagina web sobre invitación a participar en la rendición de cuentas. | Por definir           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
|  | Realizar medición del nivel de satisfacción de los participantes sobre el ejercicio de rendición de cuentas.                        | Informe resultado encuesta de satisfacción sobre el ejercicio de rendición de cuentas                                     | SIAU                  |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
| <b>Subcomponente 3</b><br>Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas   | Publicación de informes de gestión y de rendición de cuentas en la pagina web.  | Informe de rendición de cuentas publicado en pagina web.  | Por definir           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
| <b>Subcomponente 4</b><br>Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional  | Realizar seguimiento a la evaluación de cada acción de la estrategia en su conjunto, Informe general de RdC, Evaluaciones externas. | Elaboración de informe de resultados de logros y dificultades.  | Apoyo control interno |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |



#### 4.4. MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

Para el último trimestre del 2017 en la ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA, se tramitaron 21 PQRS.

##### **Octubre**

###### Resultado final de PQRSF

| TIPO           | CANTIDAD | CERRO | TRASLADO | RESUELTA |
|----------------|----------|-------|----------|----------|
| PETICIÓN       |          |       |          | X        |
| QUEJAS         | 6        |       |          | X        |
| RECLAMOS       |          |       |          | X        |
| SUGERENCIAS    |          |       |          | X        |
| FELICITACIONES | 2        |       |          | X        |

##### **Noviembre**

###### Resultado final de PQRSF

| TIPO           | CANTIDAD | CERRO | TRASLADO | RESUELTA |
|----------------|----------|-------|----------|----------|
| PETICIÓN       |          |       |          | X        |
| QUEJAS         | 3        |       |          | X        |
| RECLAMOS       | 1        |       |          | X        |
| SUGERENCIAS    |          |       |          | X        |
| FELICITACIONES | 2        |       |          | X        |

##### **Diciembre**


###### Resultado final de PQRSF

| TIPO           | CANTIDAD | CERRO | TRASLADO | RESUELTA |
|----------------|----------|-------|----------|----------|
| PETICIÓN       | 1        |       |          | X        |
| QUEJAS         | 4        |       |          | X        |
| RECLAMOS       |          |       |          | X        |
| SUGERENCIAS    | 1        |       |          | X        |
| FELICITACIONES | 1        |       |          | X        |



Este componente busca mejorar la calidad y el acceso a los trámites y servicios de la institución, mejorando la satisfacción de los ciudadanos y facilitando el ejercicio de sus derechos.

Estrategia de Atención al Ciudadano:

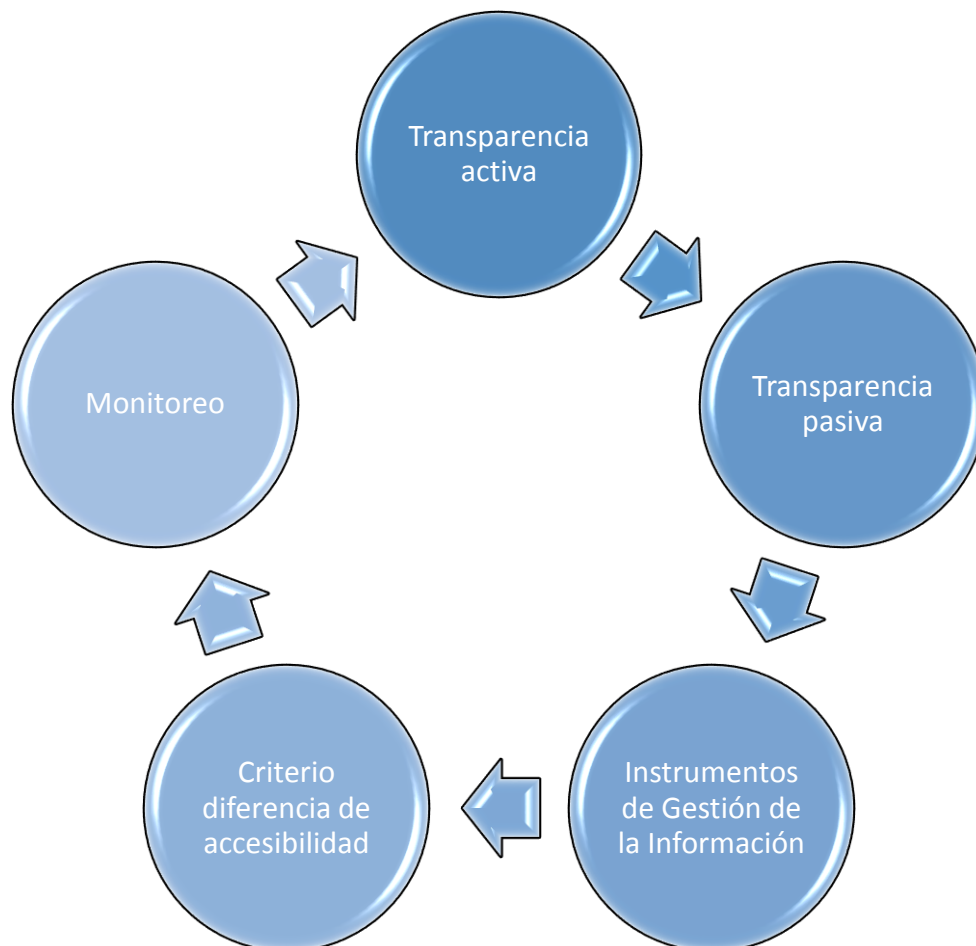
|  <b>Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano</b> |  |  |                              | 2018  |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           | ##    |
|---|--|--|------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|
| Componente 4: Atención al ciudadano   |  |  |                              | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero |
| Subcomponentes/proceso  | Actividad  | Meta o Producto  | Responsable                  |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
| <b>Subcomponente 1<br/>Estructura administrativa y<br/>Direccionamiento estratégico</b>   | Seguimiento a planes de mejoramiento   | Cumplimiento 100% de los planes de mejoramiento SIAU   | Control interno - Lider SIAU |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
|   | Implementar planes de acción para el mejoramiento continuo en la atención al ciudadano.  | Plan de acción atención al ciudadano   | Lider SIAU                   |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
|   | Elaborar caracterización de ciudadanos y grupos de interés   | Documento donde se evidencia la caracterización de los ciudadanos y grupos de interés                  | Lider SIAU                   |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
|   | Realizar informe PQRS, presentación a la alta dirección  | Informe PQRS y Satisfacción a usuario  | Lider SIAU                   |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
| <b>Subcomponente 2<br/>Fortalecimiento de los canales de atención</b>   | Realizar ajustes razonables a los espacios físicos de atención y servicio al ciudadano para garantizar su accesibilidad  | Oficina de SIAU, que garantice su acceso.  | Alta Gerencia                |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
|   | Implementar instrumentos y herramientas para garantizar la accesibilidad a las páginas web de las entidades  | PQRS en pagina web   | Sistemas                     |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
|   | Implementar la linea telefonica SIAU   | Linea telefonica para PQRSF  | Alta Gerencia                |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
| <b>Subcomponente 3<br/>Talento Humano</b>   | Capacitaciones al talento humano en relación a la atención al servicio   | Plan de Capacitación Institucional   | Apoyo MECI- Control Interno  |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
|   | Elección Junta directiva de la asociación de usuario   | Elegir a la junta directiva de la asociación de usuarios   | Lider SIAU                   |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
|   | Capacitación junta directiva de la asociación de usuario   | Capacitar a la junta directiva de asociación de usuarios.  | Lider SIAU                   |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
| <b>Subcomponente 4<br/>Normativo y procedimental</b>  | Elaboración de informes PQRS teimstral para identificar oportunidad de mejoras en los servicios.   | Informes PQRS trimestral   | Lider SIAU                   |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
|   | Realizar campañas informativas sobre la responsabilidad de los servidores públicos frente a los derechos de los ciudadanos.  | Capañas informativas sobre responsabilidades de los servidores frente a los derechos de los ciudadanos | Lider SIAU                   |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
| <b>Subcomponente 5<br/>Relacionamiento con el ciudadano</b>   | Realizar periódicamente mediciones de percepción de los ciudadanos respecto a la calidad y accesibilidad de la oferta institucional y el servicio recibido, e informar los resultados al nivel directivo con el fin de identificar oportunidades y acciones de mejora. | Informe medición percepción ciudadana  | Lider SIAU                   |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |



#### **4.5. MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN**


Este componente recoge los lineamientos para la garantía del 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 en posesión o bajo el control de los sujetos obligados de la ley. En tal sentido, las entidades están llamadas a incluir en su plan anticorrupción acciones encaminadas al fortalecimiento del derecho de acceso a la información pública tanto en la gestión administrativa, como en los servidores públicos y ciudadanos.


A Continuación se señalan las cinco (5) estrategias generales para iniciar la implementación de medidas que garanticen la Transparencia y el Acceso a la Información Pública, las cuales definen los subcomponentes del componente de Transparencia y Acceso a información pública.





Estrategia de Transparencia y Acceso de la Información

|  <b>Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano</b> |  |  |   | 2018  |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           | 2019  |
|---|--|--|---|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|
| Componente 5: Transparencia y Acceso de la Información  |  |  |   | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero |
| <b>Subcomponente 1</b><br>Lineamientos de Transparencia Activa  | Evaluar el nivel de implementación de la ley 1712 de 2014, la Procuraduría General de la Nación desarrolló la matriz de autodiagnóstico  | Matriz autodiagnóstico   | Sistemas  |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
|   | Actualizar la pagina web de la institución de acuerdo a los parámetros establecidos por la ley 1712 del 2014   | Pagina web ecualizada según ley 1712 del 2014                        | Sistemas  |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
| <b>Subcomponente 2</b><br>Lineamientos de Transparencia Pasiva  | Elaborar acto administrativo donde estipule directrices para el derecho de información publica según ley 1755 de 2015, ley 1712 de 2014 y decreto 1081 de 2015   | Acto administrativo  | Apoyo MECI-Control Interno                      |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
|   | Realizar seguimiento a las solicitudes de información con respuesta oportuna respetando los términos de respuesta al derecho de petición de documentos y de información que señala la Ley 1755 de 2015   | Informe semestral de solicitudes de información.                     | Jurídica  |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
| <b>Subcomponente 3</b><br>Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información   | Elaborar el Registro o inventario de activos de Información. el Esquema de publicación de información, y el Índice de Información Clasificada y Reservada.   | Registro de activos de información                                   | Sistemas  |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
|   | Publicarán en formato de hoja de cálculo en el sitio web oficial de la entidad en el enlace "Transparencia y acceso a información pública", los instrumentos de información publica.   | Hoja de calculo publicada con los mecanismos de información publica. | Sistemas  |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
|   | Adoptar los mecanismos de información publica por medio de acto administrativo.  | Acto administrativo aprobado, socializado y publicado.               | Apoyo MECI-Control Interno, Jurídica y Sistemas |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
| <b>Subcomponente 4</b><br>Criterio Diferencial de Accesibilidad   | Identificar e implementar criterio diferencial de accesibilidad a información pública según lo que establezca la ley   | Informe de la implementación de los criterios                        | Apoyo MECI-Control Interno Y Sistemas           |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |
| <b>Subcomponente 5</b><br>Monitoreo del Acceso a la Información Pública   | Realizar informe de solicitudes de acceso a información que contenga:<br>1. El número de solicitudes recibidas.<br>2. El número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución.<br>3. El tiempo de respuesta a cada solicitud.<br>4. El número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información. | Informe cuatrimestral  | Líder SIAU Jurídica                             |       |         |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <b>ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA</b>              | <b>Código: PAAC-01</b>                    |
|  | <b>CONTROL INTERNO</b>                                | <b>Versión: 1.0</b>                       |
|  | <b>Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano</b> | <b>Fecha de Aprobación<br/>01/01/2018</b> |

#### **4.6. INICIATIVAS ADICIONALES**

La ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA promociona acuerdos, compromisos y protocolos éticos, que sirven para establecer parámetros de comportamiento en la actuación de los servidores públicos por medio del “CÓDIGO DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO” adoptado por Resolución 076 del 28 de abril de 2017.

La palma, Enero de 2018

**OSCAR ALBERTO SÁNCHEZ MUÑOZ**  
Gerente