



**HOSPITAL REGIONAL**  
DE II NIVEL DE **SAN MARCOS** ESE

# PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

**DUVER DICSON VARGAS ROJAS**

**Agente Especial Interventor**

Basado en la Guía para la Gestión de Riesgo de Corrupción (2018) del Departamento Administrativo para la Función Pública –DAFP, y en las Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano Versión 2 del DAFP



La salud  
es de todos

Minsalud



## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	3
OBJETIVO.....	3
ALCANCE .....	3
MARCO NORMATIVO .....	4
GENERALIDADES INSTITUCIONALES.....	6
1. Misión Institucional.....	6
2. Visión Institucional.....	6
3. Objetivos Estratégicos.....	6
4. Principios Corporativos .....	6
5. Valores Corporativos.....	7
COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO.....	7
GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN .....	8
RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.....	8
RENDICIÓN DE CUENTAS.....	9
MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO .....	9
MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN .....	10
COMPONENTE ADICIONAL.....	10
ANEXO 1. MATRIZ DE GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.....	11
ANEXO 2. MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN .....	12
ANEXO 3. MATRIZ ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES .....	20
ANEXO 4. MATRIZ ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS.....	21
CRONOGRAMA RENDICIÓN DE CUENTAS .....	28
ANEXO 5. MATRIZ ESTRATEGIA ATENCIÓN AL CIUDADANO.....	29
ANEXO 6. MATRIZ ESTRATEGIA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.....	31
ANEXO 7. MATRIZ ESTRATEGIA COMPONENTE ADICIONAL.....	33

## INTRODUCCIÓN

El Hospital Regional de II nivel de San Marcos ESE, en su compromiso por generar espacios de transparencia que garanticen la participación ciudadana, el acceso a la información, la lucha contra la corrupción, el fortalecimiento de la atención al ciudadano, la racionalización de los tramites, la rendición de cuentas, entre otras iniciativas y reiterando además su responsabilidad frente a la garantía en la participación activa de sus grupos de valor en la construcción de las tareas públicas, teniendo en cuenta que el Estado está al servicio de todos; adopta los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la Secretaría de Transparencia, dando cumplimiento a la ley 1474 de 2011, ley 1757 de 2015 y ley 1712 de 2014.

En atención a lo mencionado, la institución construye el presente Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2020, el cual contempla seis componentes conforme a lo determinado en la cartilla de estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano, en su versión 2, expedida por la Presidencia de la República y la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 4, de Función Pública.

## OBJETIVO

Definir las estrategias institucionales encaminadas a la lucha contra la corrupción en términos de prevención y mitigación de los riesgos de corrupción, facilidad en el acceso a los trámites institucionales y fortalecimiento de los mecanismos de atención a los usuarios y su entorno social.

## ALCANCE

Las medidas, acciones y mecanismos contenidos en el presente Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano tienen aplicabilidad para todos los procesos y subprocesos de la ESE Hospital Regional de II nivel de San Marcos.

## MARCO NORMATIVO

TEMÁTICA	DOCUMENTO	DETALLE
Gestión del Riesgo de Corrupción	Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción	Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública
	Decreto 4637 de 2011	Por el cual se suprime el Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción. Se crea la Secretaría de Transparencia en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.
	Decreto 1081 de 2015 Único del Sector de la Presidencia de la República	A través de este Decreto se establece la metodología para elaborar la estrategia de lucha contra la corrupción la contenida en el documento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.
Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Decreto 1081 de 2015	Establece que el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión
	Decreto 1083 de 2015	Regula el procedimiento para establecer y modificar los trámites autorizados por la ley y crear las instancias para los mismos efectos.
Trámites	Decreto Ley 019 de 2012	Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
	Ley 962 de 2005	Por la cual se dictan 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.
Rendición de cuentas	Ley 1757 de 2015	Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática. Registra que la estrategia de rendición de cuentas hace parte del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
Rendición de Cuentas	Manual Único de Rendición de Cuentas, V2, expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública	Elementos conceptuales y prácticos para identificar, diseñar y proponer alternativas de acción en la rendición de cuentas de la Rama Ejecutiva y de las otras ramas del poder público
Transparencia y Acceso a la Información	Ley 1712 de 2014	Por medio de la cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones
	Decreto 103 de 2015	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones.
Atención de peticiones, quejas, reclamos,	Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción	El Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción debe señalar los estándares que deben

<b>sugerencias y denuncias</b>		cumplir las oficinas de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos de las entidades públicas.
	Ley 1755 de 2015 Derecho fundamental de petición	Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
<b>Modelo estándar de Control Interno (MECI)</b>	Decreto 943 de 2014 MECI	Adopta la actualización del MECI
<b>Metodología plan anticorrupción y atención al ciudadano</b>	ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN A EL CIUDADANO V.2” expedida por la presidencia de la República.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión del riesgo de corrupción</li> <li>- Racionalización de trámites</li> <li>- Rendición de cuentas</li> <li>- Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano</li> <li>- Mecanismos para la transparencia y acceso a la información</li> </ul>

## GENERALIDADES INSTITUCIONALES

### 1. Misión Institucional

Prestar servicios de salud con talento humano calificado, buscando el mejoramiento continuo de los procesos, para garantizar de esta manera servicios de calidad a la población de San Jorge, la Mojana y su área de influencia.

### 2. Visión Institucional

Ser un hospital líder, con reconocimiento en la prestación de servicios, financieramente viable, con talento humano calificado, tecnología de punta, orientado a la formación académica e investigativa y encaminado hacia la acreditación en salud, el desarrollo sostenible y el bienestar social de la región.

### 3. Objetivos Estratégicos

1. Garantizar la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad con criterios de calidad.
2. Lograr la viabilidad y sostenibilidad financiera.
3. Adaptar el portafolio de servicios a los retos y necesidades del mercado.
4. Promover y fortalecer la gestión del talento humano.
5. Fomentar la academia y la investigación.

### 4. Principios Corporativos

**EFICACIA:** Lograr los objetivos y metas establecidos por la institución.

**EFICIENCIA:** Alcanzar los objetivos y metas establecidos, mediante el uso del mínimo de recursos necesarios.

**INTEGRIDAD:** Llevar a cabo las labores encomendadas de manera correcta, educada, atenta, proba e intachable.

**TRABAJO EN EQUIPO:** Alcanzar objetivos comunes, con el esfuerzo individual de cada integrante del equipo dentro de una estructura organizativa que favorezca la elaboración conjunta del trabajo y un ambiente de comunicación, armonía y colaboración.

**TRATO DIGNO:** Interactuar con los demás de forma cordial, haciendo énfasis en el honor y dignidad que corresponden a toda persona como derechos inalienables, innatos e inseparables de ella.



**LIDERAZGO:** Influir mediante habilidades propias, en la forma de ser o actuar de las personas o grupo de trabajo para lograr con entusiasmo el alcance de metas y objetivos.

## 5. Valores Corporativos

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

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

**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.

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

## COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Para la elaboración del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2020, la ESE Hospital Regional de II nivel de San Marcos, adopta los lineamientos de la Secretaría de Transparencia y el Departamento Administrativo de la Función Pública y en este sentido se basa en seis componentes que se articulan bajo un solo objetivo que es la promoción de estándares de transparencia y lucha contra la corrupción, se mencionan a continuación:

- Gestión del riesgo de corrupción.
- Racionalización de trámites.
- Rendición de cuentas.
- Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
- Mecanismos para la transparencia y acceso a la información.
- Iniciativas adicionales.

## GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN

Para la ESE Hospital Regional de II nivel de San Marcos el objetivo principal de este componente es identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción tanto a nivel interno como externo en los que tendría algún tipo de control la entidad, con base en lo anterior y teniendo en cuenta la normatividad vigente, (Ley 1474 de 2011 “Estatuto Anticorrupción”; Ley 1712 de 2015 “ Transparencia y acceso a la información pública”; ley 1757 de 2015 “ Promoción y Protección del Derecho a la Participación Democrática” y el 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"), la institución se ha propuesto acciones para dar cumplimiento a lo anterior, con el apoyo y compromiso de todas las áreas involucradas. Por lo anterior, se definirá la política de administración del riesgo, así mismo se implementa la matriz de gestión del riesgo con la cual se identifican, analizan y desarrollan los controles a integrar en el mapa de riesgos de corrupción, al cual se le hará seguimiento por parte de la oficina de Planeación o quien haga sus veces y evaluación por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión.

Como adjunto al presente, se incluyen la matriz del componente de gestión del riesgo (Anexo 1) y el mapa de riesgos de corrupción (Anexo 3).

## RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

Dentro de los compromisos adquiridos por el Hospital Regional de II nivel de San Marcos, se encuentra la lucha por racionalizar los trámites, producto de esto se espera que el contacto con la población al momento de intentar acceder a un servicio sea más amigable, es por esto que se han analizado diversas posibilidades para reducir costos asociados al usuario, tiempo de ejecución de los trámites, pasos, entre otros factores, con el fin principal de llegar al paciente de una forma más ágil y menos onerosa.

A continuación, se relacionan los trámites y otros procedimientos administrativos que han sido inscritos por la institución ante el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT):

ÍTEM	TRAMITE	DEPENDENCIA
1	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	SUBGERENCIA CIENTIFICA
2	ASIGNACIÓN DE CITA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD	CONSULTA EXTERNA
3	ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS	URGENCIAS
4	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	APOYO DIAGNÓSTICO
5	TERAPIA	APOYO TERAPÉUTICO
6	EXAMEN DE LABORATORIO CLÍNICO	APOYO DIAGNÓSTICO



7	DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS	APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO
8	HISTORIA CLÍNICA	GESTION DOCUMENTAL
<b>ÍTEM</b>	<b>TRAMITE</b>	<b>DEPENDENCIA</b>
1	CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO	FACTURACIÓN

Los trámites incluidos en la estrategia se encuentran en el Anexo 3.

## RENDICIÓN DE CUENTAS

Es de suma importancia para la administración de la entidad, en cabeza del Agente Especial Interventor, así como para la Superintendencia Nacional de Salud, poder brindar espacios a la comunidad en general donde pueda observarse a fondo la gestión realizada y pueda rendirse cuentas de las decisiones tomadas. Es por esto que el Hospital Regional de II nivel de San Marcos ESE, en su estrategia de rendición de cuentas desarrollará acciones que puedan garantizar un proceso transparente en el que se garantice la participación activa de todos los grupos de valor, dando principal atención a los usuarios.

Dentro de estos espacios se planea realizar una audiencia pública de rendición de cuentas que se espera realizar de forma virtual dado el escenario por el que se está atravesando.

La institución tiene la total convicción de que llevando a cabo estos procesos puede generarse confianza en la población, así como fortalecer la gestión administrativa y la prestación de servicios de salud.

En el Anexo 4 puede observarse la matriz, con cada acción a ejecutar.

## MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

El eje principal para la prestación de servicios de salud en el Hospital Regional de II nivel de San Marcos es el usuario, en este sentido, se están adelantando acciones para acercar cada vez más el Hospital a la población, así como para fortalecer los diferentes canales de comunicación habilitados con el objetivo de garantizar que las PQRSD sean gestionadas de forma oportuna. Igualmente se pretende continuar capacitando al personal en humanización del servicio y trato digno, con el fin de dar al usuario el lugar que merece. En este sentido se ha implementado la estrategia que se adjunta en el Anexo 5.

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

Por su carácter público, el Hospital Regional de II nivel de San Marcos debe garantizar el acceso a la información a quien lo requiera, siempre y cuando esta información tenga la connotación de pública y no haya restricción alguna para su reproducción, es la forma de garantizar confianza y transparencia; sin embargo, la información manejada no solo debe ser entregada a la ciudadanía al momento de ser requerida, por eso la institución tiene la obligación de publicar en los diferentes canales establecidos para tal fin, los resultados de su gestión y los diferentes documentos de interés general, de forma que pueda llegarse a la mayor cantidad de público posible. En atención a lo anterior se han determinado algunas actividades en la estrategia que den respuesta a las exigencias de información y a la debida divulgación de la misma. Estas actividades se encuentran mencionadas en el Anexo 6.

## **COMPONENTE ADICIONAL**

Por último, en cuanto al componente adicional, es preciso mencionar que se ha determinado la adopción del código de integridad del servidor público, conforme a lo implementado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, la idea se centra en lograr que los funcionarios del Hospital Regional de II nivel de San Marcos apropien estos valores, con la realización de campañas para su divulgación, haciendo participies a los empleados de todos los niveles. Esto se evidencia en el Anexo 7.

Cordialmente,




**DUVER DICSON VARGAS ROJAS**  
Agente Especial interventor

## ANEXO 1. MATRIZ DE GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE					
PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2020					
FECHA DE PUBLICACIÓN: 2020					
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción-Mapa de riesgos de corrupción					
Subcomponente	Ítem	Actividades	Meta o producto	Dependencia Responsable	Fecha programada
Política de administración del riesgo	1.1	Formular la política de gestión del riesgo	Política de Gestión del Riesgo formulada (1)	Oficina de Planeación	31/08/2020
	1.2	Socializar en reunión la política de gestión del riesgo	Política de gestión de riesgo socializada (1)	Oficina de Planeación	30/09/2020
	1.3	Publicar en la página web de la entidad la política de gestión del riesgo	Política de gestión de riesgo publicada (1)	Oficina de Planeación	30/09/2020
Construcción mapa de riesgos de corrupción	2.1	Identificar los riesgos de corrupción	Matriz de definición e identificación de riesgos de corrupción	Líderes de los procesos	31/07/2020
	2.2	Valorar los riesgos de corrupción	Matriz de análisis y valoración de riesgos de corrupción	Líderes de los procesos	31/07/2020
	2.3	Revisar y aprobar el mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2020	Mapa de riesgos de corrupción aprobado	Oficina de Planeación	31/07/2020
Consulta y divulgación	3.1	Construir la Matriz de definición e identificación de riesgos de corrupción, de análisis y valoración de riesgos de corrupción y el mapa de riesgo de corrupción con la participación de los responsables de cada uno de los procesos	Matriz de definición e identificación de riesgos de corrupción, de análisis y valoración de riesgos de corrupción y el mapa de riesgo de corrupción firmada por los responsables de los procesos	Oficina de Planeación	31/07/2020
	3.2	Publicar en la página web el mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2020	Mapa de riesgos de corrupción publicado en página web	Sistemas Oficina de Planeación	31/07/2020
Monitoreo y revisión	4.1	Revisar periódicamente los riesgos y ajustarlos de ser necesario	Informe de cambios y/o ajustes realizados al mapa de riesgos de corrupción	Líderes del proceso	05/09/2020
				Oficina de Planeación	04/01/2021
Seguimiento	5.1	Realizar seguimiento y evaluación de la efectividad de los controles.	Informe de resultados documentado (2)	Oficina de Control Interno	10/09/2020
					10/01/2021

## ANEXO 2. MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE							VERSION		1	
		MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION							VIGENCIA		15/07/2020	
N o	PROCESO	RIESGO	CAUSA	PRO B	IMPA C	RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORT E	RESPONSAB LE	TIEMP O	INDICAD OR
1	LABORATORIO CLÍNICO	USO INDEBIDO DE LOS INSUMOS PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO PERSONALES	DEBIDO AL CRITERIO PROFESIONAL PARA CONFIABILIDAD Y CALIDAD DE RESULTADOS, ES FÁCIL JUSTIFICAR EL USO INDEBIDO DE LAS PRUEBAS	3	2	EXTREMO	REDUCIR	La Coordinadora del Laboratorio Clínico, mensualmente, con el fin de garantizar el correcto uso de los insumos del laboratorio clínico, descargará el informe de registros de facturación del software institucional con el fin de comparar con la información registrada en el kardex, teniendo en cuenta el porcentaje de gasto para control de calidad interno y externo y validación de pruebas, si se observan diferencias se procede a realizar confirmación en software de laboratorio, como evidencia queda formato de revisión diligenciado	Formato de revisión diligenciado	Coordinadora del laboratorio clínico	Trimestral	2 Actas de Revisión

2	CARTERA	INADECUADA CONCILIACIÓN POR CARGUE DE INFORMACIÓN INEXACTA EN EL REPORTE DE LA CIRCULAR 030 POR CONTROVERSIAS ENTRE LAS PARTES INVOLUCRADAS (FACTURACIÓN, AUDITORIA MEDICA, CARTERA Y CONTABILIDAD)	DIFERENCIAS EN LA INFORMACIÓN MANEJADA POR LAS ÁREAS INVOLUCRADAS, RESPECTO A LOS DATOS CORRESPONDIENTES A LA CIRCULAR 030 PARA EL PROCESO DE COBRO DE CARTERA AL REGIMEN SUBSIDIADO Y LA PPNA, A QUIENES CORRESPONDE MAS O MENOS EL 80% DE LA CARTERA TOTAL	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El líder de cartera, trimestralmente, con el fin de evitar controversias en la información que debe cargarse para el reporte de la circular 030, citará a reunión a las áreas de facturación, auditoría y contabilidad para realizar el cruce de los datos manejados por cada oficina, si se observan inconsistencias en estos datos, se investiga y soluciona hasta tener claridad, como evidencia queda acta de la reunión	Acta de reunión	Líder de cartera	Trimestral	2 Actas de Revisión
3	CARTERA	EMISIÓN INCORRECTA DE CERTIFICACIONES DE PAZ Y SALVO PARA LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS CON ERP	DESCONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS E INFORMACIÓN MANEJADOS POR OTRAS OFICINAS Y QUE ESTÁN RELACIONADOS CON LOS CONTRATOS	2	2	ALTO	REDUCIR	El líder de cartera, cada que se reciba un acta de liquidación para liquidar un contrato con Entidades Responsables de Pago, con el fin de garantizar el paz y salvo del contratante, emitirá certificado de viabilidad con base en la información suministrada por las áreas de facturación y auditoría de cuentas médicas, si se observan pendientes, se devuelve el acta de	Carpeta con certificaciones de viabilidad para liquidación de contratos	Líder de cartera	Trimestral	2 Actas de Revisión

			S DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PROXIMOS A LIQUIDARSE					liquidación para su corrección, como evidencia quedan las certificaciones emitidas en carpeta del contrato				
4	PRESUPUESTO	EMISION INEXACTA DE CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL POR AFECTACIÓN DE RUBROS QUE NO CORRESPONDEN	FALTA DE EXACTITUD SOBRE EL RUBRO QUE DEBA AFECTARSE SEGÚN LA NECESIDAD PARA LA CUAL DEBE EMITIRSE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	3	3	EXTREMO	REDUCIR	La persona encargada de la emisión de certificados de disponibilidad presupuestal, cada que se solicite la expedición de este documento, con el fin de garantizar que el rubro que se afecte corresponda a la necesidad a suplir, requerirá el formato de solicitud de CDP totalmente diligenciado en el que deberá estar incluido el objeto y el rubro, si el formato no se encuentra debidamente diligenciado, se devolverá al solicitante sin emitir el CDP, como evidencia se archivan en carpeta las solicitudes de CDP	Carpeta de archivo de solicitudes de CDP	Líder de Presupuesto	Trimestral	2 Actas de Revisión
5	TALENTO HUMANO	CONTRATACIÓN DE PERSONAL SIN CUMPLIR LA TOTALIDAD DE REQUISITOS	INTERESES PERSONALES PARA FAVORECER LA CONTRATACIÓN	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El líder de la oficina de talento humano, cada vez que se vaya a realizar un contrato para ingreso de personal nuevo, verificará que se cumpla con el 100% de requisitos establecidos en listas de chequeo, si no se cumple con la totalidad de los requisitos no se realiza la contratación, como evidencia se dejan los formatos diligenciados en la hoja de vida, si la persona no es contratada se deja la evidencia en	Formato lista de chequeo diligenciada	Líder de talento humano	Trimestral	2 Actas de Revisión



								carpeta de personal no vinculado				
6	CONTROL INTERNO	MANIPULACIÓN DE INFORMES A ENTES DE CONTROL Y VIGILANCIA PARA FAVORECIMIENTO A TERCEROS	FALTA DE INDEPENDENCIA Y OBJETIVIDAD EN EL PROCESO AUDITOR	3	2	EXTREMO	REDUCIR	El Jefe de la oficina de control interno de gestión, cada que deba emitir un informe a entes de vigilancia y control, con el fin de garantizar que la información allí incluida sea veraz, firmará certificación de veracidad de la información junto con los responsables de los procesos, de no lograr la firma de algún participante, se levantará acta notificando la negación al respecto, como evidencia queda la certificación firmada o el acta adjunto a la copia del informe	Certificación de veracidad de la información contenida en informes a entes de vigilancia y control	Jefe Control Interno	Trimestral	2 Actas de Revisión
7	TESORERIA	APROPIACIÓN DE DINEROS POR CONCEPTO DE PAGOS EN EFECTIVO RECIBIDOS EN CAJA POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	INECIENTE EVIDENCIA EN SISTEMA DE INFORMACIÓN POR CONCEPTO DE PAGOS EN EFECTIVO	3	2	EXTREMO	REDUCIR	La Tesorera del Hospital, cada vez que le sean entregados dineros en efectivo por concepto de venta de servicios de salud, con el fin de confirmar que la cantidad entregada sea la recaudada, descargará del sistema de información el consolidado de recaudo y lo confrontará con lo recibido en físico, si se observan inconsistencias se informará mediante oficio al área de facturación para la correspondiente investigación, como evidencia se deja en medio magnético el reporte diario generado y en carpeta los oficios remitidos a facturación	Carpeta de cierres de caja y carpeta en medio magnético	Tesorera	Trimestral	2 Actas de Revisión

8	CONTABILIDAD	RECEPCIÓN Y CAUSACIÓN DE CUENTAS DE COBRO SIN EL 100% DE LOS REQUISITOS	FAVORECIMIENTOS PERSONALES AL MOMENTO DE RECIBIR CUENTAS SIN LOS DOCUMENTOS EXIGIDOS	5	3	EXTREMO	REDUCIR	El funcionario encargado de la recepción de cuentas de cobro, cada que un contratista presente el paquete para cobro por prestación de servicios o suministro de bienes o servicios, con el fin de verificar el cumplimiento del 100% de los requisitos exigidos, revisará los documentos anexados y relacionados en lista de chequeo, si se encuentran observaciones se devolverá la cuenta al contratista y no será causada, como evidencia queda la firma del responsable de revisión en el formato de cuenta de cobro.	Archivo en tesorería de cuentas de cobro	Contador	Trimestral	2 Actas de Revisión
9	ALMACÉN	INGRESO A ALMACÉN DE BIENES Y/O INSUMOS QUE NO CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONES EXIGIDAS EN EL CONTRATO	FALTA DE CONTROL AL MOMENTO DE LA RECEPCIÓN EN ALMACÉN	4	2	EXTREMO	REDUCIR	El encargado de la recepción de bienes y/o insumos, cada que ingresen elementos al almacén del hospital, con el fin de garantizar que las especificaciones técnicas correspondan con lo contratado, verificará que lo recibido cumpla, comparándolo directamente con el contrato firmado, si se observan inconsistencias, se devuelve la mercancía al proveedor, como evidencia queda el archivo del documento de recepción en carpeta.	Carpeta de archivo de remisiones y/o facturas	Almacenista	Trimestral	2 Actas de Revisión

10	AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS	BENEFICIOS A LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO POR NO TRAMITE DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES	OMISIÓN O INOPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DE LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES RECIBIDAS	3	2	EXTREMO	REDUCIR	El líder de auditoría médica, trimestralmente, con el fin de llevar la trazabilidad de las glosas o devoluciones recibidas, verificará la recepción, ingreso al sistema y respuesta en cuadro de control en el cual se registrarán las fechas de cada una de estas actividades, si se observan omisiones o inoportunidad se dará el trámite correspondiente de forma inmediata, como evidencia se deja acta de revisión mensual	Acta de revisión	Líder de auditoría	Trimestral	2 Actas de Revisión
12	FACTURACION	OMISIÓN O INOPORTUNIDAD EN LA RADICACIÓN DE FACTURAS	ALTOS VOLUMENES DE TRABAJO, DESINTERESES	5	3	EXTREMO	REDUCIR	El coordinador de facturación, mensualmente, con el fin de verificar que el proceso de radicación de facturas se realice oportunamente, descargará del sistema de información el reporte de facturas radicadas y el reporte de facturas generadas para su correspondiente cruce, si se observan inconsistencias subsanables, se procede a informar al facturador correspondiente para determinar su causa y proceder a realizar la radicación, como evidencia queda acta mensual de verificación	Acta de revisión		Trimestral	2 Actas de Revisión

13	FACTURACION	SERVICIOS PRESTADOS NO FACTURADOS	PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULARES Y POCOA OBJETIVIDAD AL MOMENTO DE FACTURAR, DESCONOCIMIENTO DE PROCESOS	5	2	EXTREMO	REDUCIR	El coordinador de facturación, mensualmente, con el fin de verificar que los servicios prestados sean incluidos en la factura generada, descargará del sistema de información el reporte de pendientes por facturar, si se evidencian servicios pendientes se informa al facturador correspondiente para determinar la causa y proceder a subsanar el error, como evidencia se deja acta de revisión	Acta de revisión		Trimestral	2 Actas de Revisión
14	JURIDICA	CONTRATACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS SIN CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULARES Y POCOA OBJETIVIDAD EN LA SELECCIÓN DE OFERENTES	3	3	EXTREMO	REDUCIR	El profesional de la oficina jurídica, cada vez que se va a realizar un contrato, con el fin de garantizar que el oferente cumpla con la totalidad de requisitos exigidos en el manual de contratación, verifica mediante lista de chequeo el cumplimiento de cada uno de los documentos, si se observan falencias en la información susceptibles de modificación, se informa al proveedor para que aporte lo faltante, si se observan incumplimientos que no susceptibles de corrección se detiene el proceso contractual y se selecciona otro contratista, como evidencia se deja lista de chequeo diligenciada en la carpeta del contrato	Archivo en carpeta de contrato	Profesional Oficial Jurídica	Trimestral	2 Actas de Revisión


15	JURIDICA	EXTRACCIÓN O PÉRDIDA DE DOCUMENTOS CONTRACTUALES PARA FAVORECIMIENTO DE TERCEROS	FÁCIL ACCESO A LA INFORMACIÓN POR CONDICIONES DE FALTA DE ESPACIO E INSEGURIDAD	2	2	ALTO	REDUCIR	El técnico administrativo de la Oficina Jurídica, cada que sea solicitado un expediente contractual, con el fin de garantizar la custodia de la carpeta y evitar pérdida de información, registrará su préstamo en libro radicador al cual periódicamente hará monitoreo, si se evidencia documentación faltante, se procede a realizar requerimiento vía correo electrónico al área solicitante, como evidencia se deja observación en el libro radicador	Libro radicador	Técnico Administrativo Oficina Jurídica	Trimestral	2 Actas de Revisión
----	----------	--	---	---	---	------	---------	--	-----------------	---	------------	---------------------

## ANEXO 3. MATRIZ ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES

ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES										
Nombre de la entidad		HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE								
Sector Administrativo		Salud y Protección Social								
Departamento:		Sucre					Orden	Territorial		
Municipio:		San Marcos					Año Vigencia:	2020		
PLANEACION 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 dd/mm/aa	FIN dd/mm/aa	
1	Radiología e Imágenes Diagnósticas	Administrativas	Reducción de tiempo del trámite	El usuario se acerca por consulta externa para la toma de imágenes de radiología convencional y no se tiene estandarizado el tiempo de entrega del reporte, se le da un tiempo estimado de 8 días para solicitar el resultado	Estandarizar en 48 horas la entrega del resultado de Rayos X, a pacientes por consulta externa	Reducción del tiempo de espera para la obtención del resultado de exámenes de radiología convencional	Subproceso de radiología e imágenes diagnósticas	15/07/2020	31/01/2021	
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN (CADENAS DE TRÁMITES - VENTANILLAS ÚNICAS)										
1										
Nombre del responsable:		DUVER DICSON VARGAS ROJAS				Número de teléfono:		+57 (5) 295 31 65		
Correo electrónico:		<a href="mailto:gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov.co">gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov.co</a>				Fecha aprobación del plan:		15/07/2020		



## ANEXO 4. MATRIZ ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS

 <b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b> Calle 22 # 20-22, Teléfono +57 (5) 2955670 ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS													
ELEMENTOS	ACTIVIDADES	ETAPAS DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS					META/PRODUCTO	CUATRIMESTR E			FECHA		DEPENDENCIA RESPONSABLE
		Apr est amient o	Dis eño	Prep aración	Ejecu ción	Segui miento y Evalua ción		1	2	4	Inici o	Fi n	
<b>Subcomponente 1: Información de calidad y en lenguaje comprensible</b>	Caracterizar los grupos de valor más representativos para la entidad (usuarios y asociaciones de usuarios)	X					Informe de caracterización que identifique las necesidades de información de los grupos de valor con miras a la rendición de cuentas vigencia 2019.		X	X			Unidad Funcional de Atención al Usuario
	Conformar y capacitar un equipo de trabajo que lidere el proceso de planeación e implementación de los ejercicios de rendición de cuentas (involucrando direcciones misionales y dependencias de apoyo)	X					Conformación mediante acta del equipo de trabajo de rendición de cuentas. Formato de asistencia a capacitación sobre planeación e implementación de escenarios para la rendición de cuentas vigencia 2019.		X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces
	Priorizar los temas de interés que los grupos de valor tienen sobre la gestión de las metas del plan institucional, para priorizar la información que se producirá de manera permanente. Lo anterior, a partir de los resultados de la caracterización o cualquier otro mecanismo.			X			Formatos diligenciados por grupos de valor sobre priorización de temas para rendición de cuentas		X	X			Unidad Funcional de Atención al Usuario

	Definir el procedimiento de adecuación, producción y divulgación de la información atendiendo a los requerimientos de cada espacio de diálogo definido en el cronograma.		X				Documento con roles y responsables del procedimiento de adecuación, producción y divulgación de información por cada espacio de diálogo.		X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces
	Producir la información sobre la gestión (presupuesto, contratación, etc.), sobre los resultados y sobre el avance en la garantía de derechos sobre los temas de interés priorizados por los grupos de valor de acuerdo con cada uno de los espacios de diálogo establecidos en el cronograma.			X			Publicación de la información sobre temas de interés para rendición de cuentas, producto de los espacios de diálogo con los diferentes grupos de valor de la entidad.		X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces
	Producir la información sobre la gestión global o general de la entidad (presupuesto, contratación, etc.), sobre los resultados y sobre el avance en la garantía de derechos, que se presentará en los espacios de diálogo definidos en el cronograma.			X			Presentación en power point, plegables o cualquier otro medio impreso a utilizar en los espacios de diálogo		X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces
<b>DIALOGO</b>	Caracterizar los grupos de valor	X					Informe de caracterización que identifique los canales de publicación y difusión de información consultadas por los grupos de valor del Hospital		X	X			Unidad Funcional de Atención al Usuario

	Conformar y capacitar un equipo de trabajo que lidere el proceso de planeación de los ejercicios de rendición de cuentas (involucrando direcciones misionales y dependencias de apoyo)	X						Acta de conformación del equipo de planeación de ejercicios de rendición de cuentas y actas de capacitación.		X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces
	Diseñar y divulgar el cronograma que identifica y define los espacios de diálogo presenciales (mesas de trabajo, foros, reuniones, etc.), y virtuales complementarios (chat, videoconferencias, etc.), que se emplearán para rendir cuentas: 1) Sobre los temas de interés priorizados, y 2) Sobre la gestión general de la entidad.		X				Cronograma publicado en página web que defina los espacios de diálogo presenciales y virtuales de rendición de cuentas (tanto generales como específicos por tema de interés priorizado). En el caso de los temas de interés priorizados asociarlo a temáticas y a grupos de valor por cada espacio.		x	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces	

	Definir el procedimiento interno para implementar la ruta (antes, durante y después) a seguir para el desarrollo de los espacios de diálogo en la rendición de cuentas.		X			Documento publicado de procedimiento interno para determinar lo siguiente para cada espacio de rendición de cuentas: ANTES- Forma en que se convocará o promocionará la participación de los grupos de valor atendiendo a la claridad y alcance del objetivo de cada espacio de rendición de cuentas.- Procedimiento de adecuación, producción y divulgación de la información que contextualizará el diálogo y el alcance de cada espacio de diálogo definido en el cronograma.- Definición del paso a paso por cada espacio de diálogo.- Roles y responsables para implementar los espacios de diálogo.DURANTE- Reglas de juego que garanticen la participación de los grupos de valor y el cumplimiento del objetivo de cada espacio de diálogo en la rendición de cuentas.- Forma como se documentarán los resultados del espacio de rendición de cuentas. (incluye procesos de evaluación de la ciudadanía)DESPÚES- Forma como se informarán los resultados de los compromisos adquiridos con los asistentes para el seguimiento y control ciudadano.	X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces
	Definir y divulgar el procedimiento que empleará la entidad en cada tipo de espacio de diálogo definido previamente en el cronograma.			X		Documento publicado con la ruta (antes, durante y después) a seguir para el desarrollo de los espacios de diálogo que contemple:ANTES- Forma en que se convocará a los grupos de valorDURANTE- Paso a paso por cada tipo de espacio de diálogo a ser desarrollado- Reglas de juego para dialogar con los grupos de valor y para que evalúen la gestión y los resultados presentados.- Forma como se documentarán los compromisos adquiridos en el espacio de diálogoDESPÚES- Forma como se informarán los avances de los compromisos adquiridos.	X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces

	Implementar los espacios de diálogo			X		Evidencia del desarrollo de cada espacio (capacitaciones a funcionarios y usuarios, listados de asistencia de la audiencia)	X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces
RESPONSABILIDAD	Realizar acciones de capacitación, con los grupos de valor identificados, para la preparación previa a los espacios de diálogo definidos en el cronograma.			X		Registro de asistencia de capacitaciones a los grupos de valor realizadas	X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces
	Establecer temas de interés de los organismos de control con el fin de articular su participación en el proceso de rendición de cuentas.	X				Solicitudes a los entes control interno, sobre temas de interés a tratar en el proceso de rendición de cuentas	X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces
	Definir un esquema de seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos.		X			Documento publicado con procedimiento, roles y responsables del seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos en los espacios de diálogo.	X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces


	<p>Establecer el formato interno de reporte de las actividades de rendición de cuentas que se realizarán en toda la entidad que como mínimo contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Actividades realizadas</li> <li>-Grupos de valor involucrados</li> <li>-Temas y/o metas institucionales asociadas a las actividades realizadas de rendición de cuentas</li> <li>- Observaciones, propuestas y recomendaciones de los grupos de valor.</li> <li>- Resultado de la participación</li> <li>- Compromisos adquiridos de cara a la ciudadanía.</li> </ul>		X				Formato de Acta de rendición de cuentas enviado a la plataforma de la Superintendencia Nacional de Salud - Proceso de rendición de cuentas		X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces
	<p>Producir y divulgar la información sobre el avance en los compromisos adquiridos en los espacios de diálogo y las acciones de mejoramiento en la gestión de la entidad (Planes de mejora) con base en la ruta previamente definida para desarrollar los espacios de diálogo</p>			X	X			Documento publicado sobre avances en los compromisos adquiridos en los espacios de dialogo		X	X		




	<p>Analizar la implementación de la estrategia de rendición de cuentas, y el resultado de los espacios de diálogo desarrollados, con base en la consolidación de los formatos internos de reporte aportados por las áreas misionales y de apoyo, para identificar: A. La estrategia. B. El resultado de los espacios que como mínimo contemple: 1. Número de espacios de participación adelantados 2. Grupos de valor involucrados 3. Metas institucionales priorizadas sobre las que se rindió cuentas 4. Evaluación y recomendaciones de cada espacio de rendición de cuentas 5. Estado actual de los compromisos asumidos de cara a la ciudadanía 6. Nivel de cumplimiento de las actividades establecidas en toda la estrategia de rendición de cuentas.</p>					X	Documento de evaluación de la audiencia pública de rendición de cuentas		X	X			Oficina de Control Interno
	<p>Analizar las recomendaciones realizadas por los órganos de control frente a los informes de rendición de cuentas y establecer correctivos que optimicen la gestión y faciliten el cumplimiento de las metas del plan institucional.</p>					X	Plan de mejoramiento incluido en el Formato de Acta de rendición de cuentas enviado a la plataforma de la Superintendencia Nacional de Salud e informe de seguimiento		X	X			Oficina de Planeación o quien haga sus veces

	Evaluar y verificar, por parte de la oficina de control interno, el cumplimiento de la estrategia de rendición de cuentas incluyendo la eficacia y pertinencia de los mecanismos de participación ciudadana establecidos en el cronograma.					X	Informe cuatrimestral de evaluación de los resultados de implementación de la estrategia.			X	X									Oficina de Control Interno
--	--	--	--	--	--	---	---	--	--	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------------

## CRONOGRAMA RENDICIÓN DE CUENTAS


	HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE																							
	Calle 22 # 20-22, Teléfono +57 (5) 2955670																							
	CRONOGRAMA ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS																							
MES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
ACTIVIDAD/SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración y Presentación de la estrategia	■	■																						
Caracterización de Usuarios	■	■	■	■																				
Capacitación Rendición de Cuentas			■	■																				
Audiencia Pública de Rendición de Cuentas									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Videos informativos Rendición de Cuentas						■				■				■				■				■		

## ANEXO 5. MATRIZ ESTRATEGIA ATENCIÓN AL CIUDADANO

 <b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>					
<b>PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2020</b>					
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN: 2020</b>					
<b>Componente 4: Atención al Ciudadano</b>					
<b>Subcomponente</b>	<b>Ítem</b>	<b>Actividades</b>	<b>Meta o producto</b>	<b>Dependencia Responsable</b>	<b>Fecha programada</b>
Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1	Mantener la presencia institucional de la oficina de atención al usuario	Informe trimestral de manejo de la oficina de atención al usuario	Oficina de atención al usuario	31/12/2020
	1.2	Implementar la caracterización de los grupos de valor	Informe semestral de caracterización de grupos de valor	Oficina de atención al usuario	31/12/2020
	1.3	Continuar con la implementación de la ventanilla de atención preferencial en el servicio de asignación de citas	Ventanilla de atención preferencial en funcionamiento	Oficina de atención al usuario	31/12/2020
Fortalecimiento de los canales de atención	2.1	Implementar un canal alterno para la comunicación con la ciudadanía a través de Facebook vía mensajes directos	Informe trimestral de estadística de manejo de la red social	Oficina de Planeación	31/07/2020
	2.2	Fomentar la entrega de información de interés general, relacionada con los procesos de la institución, a través de mecanismos como las redes sociales	Informe trimestral de estadística de manejo de la red social	Oficina de Planeación	31/12/2020
Talento Humano	3.1	Realizar capacitaciones en atención humanizada a los funcionarios de la entidad, incluido personal de aseo, vigilancia y mantenimiento	2 capacitaciones al año	Oficina de Atención Ciudadano -SIAU y Oficina de Recurso Humano	30/09/2020 30/11/2020
	3.2	Realizar capacitación en atención a víctimas de la violencia en Colombia	1 capacitación al año	Oficina de Atención al Ciudadano	31/12/2020
Normativo y procedimental	4.1	Formular la Política de seguridad en el manejo de la información	Política de seguridad de la información socializada y publicada en página web oficial de la entidad	Oficina de sistemas	30/09/2020
	4.2	Elaborar informes de PQRSD para identificar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios	2 informes al año	Oficina de Atención al Ciudadano	30/09/2020 30/11/2020
	4.3	Publicar en los canales de atención la carta de trato digno.	Carta de trato digno actualizada y publicada en página web oficial de la entidad.	Oficina de Atención al Ciudadano	31/08/2020
Relacionamiento con el ciudadano	5.1	Realizar seguimiento mensual al cumplimiento de la respuesta oportuna de PQRSD	Informe trimestral de satisfacción al usuario	Oficina de Atención al Ciudadano	31/12/2020

	5.2	Realizar seguimiento mensual a los niveles de satisfacción de los ciudadanos a través de la medición de la percepción de los usuarios	Informe trimestral de satisfacción al usuario	Oficina de Atención al Ciudadano	31/12/2020
--	-----	---	---	----------------------------------	------------

## ANEXO 6. MATRIZ ESTRATEGIA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

 <b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>						
<b>PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2020</b>						
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN: 2020</b>						
<b>Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano</b>						
<b>Componente 5 Mecanismo para la Transparencia y acceso a la Información</b>						
<b>Subcomponente</b>	<b>Ítem</b>	<b>Actividades</b>	<b>Meta o producto</b>	<b>indicadores</b>	<b>Dependencia Responsable</b>	<b>Fecha programada</b>
Lineamientos de Transparencia Activa	1.1	Publicar la información mínima obligatoria sobre la estructura (ley 1712 de 2014, artículo 9)	Publicar la totalidad de la información mínima obligatoria para la vigencia 2020 sobre la estructura (ley 1712 de 2014 artículo 9), en el enlace de transparencia y acceso a la información de la entidad	Numero de criterios publicados / Ítems requeridos en información mínima obligatoria sobre la estructura (ley 1712 de 2014 artículo 9) x 100	Oficina de Planeación Oficina de Sistemas	31/12/2020
	1.2	Publicar la totalidad de actos administrativos emitidos por la entidad en la página web	Documentos publicados en página web en el enlace de transparencia y acceso a la información	Numero de actos administrativos publicados / Numero de actos administrativos expedidos	Oficina de Talento Humano Oficina de Sistemas	31/12/2020
	1.3	Publicar en el sitio web www.datos.gov.co la información manejada por la entidad y clasificada como datos abiertos	Sitio web www.datos.gov.co actualizada	Total, de información actualizada en sitio web / Total de información clasificada como datos abiertos	Oficina de Sistemas	31/12/2020
Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1	Dar respuesta dentro de los términos a los derechos de petición y acciones de tutela radicados en la entidad	Informe trimestral de medición de indicador de oportunidad de derechos de petición y acciones de tutela resueltas en los términos de ley	No de peticiones y acciones de tutela contestadas en los términos / No de peticiones y acciones de tutela radicadas en la entidad	Oficina Jurídica	15/10/2020
						15/01/2021
	2.2	Llevar Registro Trimestral de Solicitudes de información que la Entidad ha contestado de manera negativa	Informe trimestral actualizado y publicado de Solicitudes de información que la Entidad ha contestado de manera negativa	Número de solicitudes respondidas de manera negativa / Número total de solicitudes realizadas	Oficina Jurídica Oficina Atención al Usuario	15/10/2020
15/01/2021						
2.3	Llevar Registro Trimestral de	Informe trimestral actualizado y	Número de solicitudes	Oficina Jurídica	15/10/2020	

Calle 22 No. 20-22. Tel. (095) 295 31 65, 295 51 74.- Teléfax: 295 48 00, 295 34 04.

Cel. 311 415 71 41, 311 415 71 43.


Página Web: [www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co](http://www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co)

E-mail: [gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov](mailto:gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov)

		Solicitudes de información que la Entidad ha contestado de manera negativa por inexistencia de la información solicitada	publicado de Solicitudes de información que la Entidad ha contestado de manera negativa por inexistencia de la información solicitada	respondidas de manera negativa por inexistencia de la información / Número total de solicitudes realizadas	Oficina Atención al Usuario	15/01/2021
Elaboración de Instrumentos de Gestión de la Información	3.1	Actualización del listado maestro de documentos de cada oficina	Listado maestro de documentos actualizado consolidado	Número de oficinas con listado maestro actualizado/Número total de oficinas	Oficina de calidad	31/12/2020
Criterio Diferencial de Accesibilidad	4.1	Garantizar que la totalidad de videos institucionales con información de interés general sean publicados en las redes sociales institucionales, se editen con subtítulos para permitir el acceso a la población con discapacidad auditiva	Videos institucionales subtitulados	Numero de videos institucionales subtitulados / Número total de videos producidos	Oficina de Planeación	31/12/2020
Monitoreo al Acceso de la Información Pública	5.1	Realizar un informe trimestral de solicitudes de acceso a la información que contenga el número de solicitudes recibidas	Oficio consolidado trimestralmente del # de PQR contestadas por la institución	No. De solicitudes contestadas por el Hospital / No. De solicitudes totales realizadas por los ciudadanos	Oficina de atención al usuario	15/10/202015/01/2021



## ANEXO 7. MATRIZ ESTRATEGIA COMPONENTE ADICIONAL

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>				
	<b>PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2020</b>				
	<b>FECHA DE PUBLICACIÓN: 2020</b>				
<b>Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano</b>					
<b>Componente COMPONENTE ADICIONAL</b>					
<b>Subcomponente</b>	<b>Ítem</b>	<b>Actividades</b>	<b>Meta o producto</b>	<b>Dependencia Responsable</b>	<b>Fecha programada</b>
<b>Principios y valores institucionales</b>	1.1	Campaña de divulgación de nuevos valores y principios corporativos del Hospital Regional de II nivel de San Marcos ESE	1 informe de realización de la campaña de divulgación de nuevos valores corporativos del Hospital Departamental de Villavicencio	Unidad Funcional de Talento Humano	31/12/2020
<b>Código de Integridad del Servicio Público</b>	2.1	Adoptar el código de integridad del servidor público mediante acto administrativo	Acto administrativo de adopción del código de integridad del servidor público	Unidad Funcional de Talento Humano Oficina de Planeación	30/08/2020
	2.2	Campaña de divulgación a los funcionarios del código de integridad del servidor público adoptado por la entidad	Informe de realización de la campaña de divulgación del código de integridad del servicio público adoptado por el Hospital	Unidad Funcional de Talento Humano	31/12/2020