



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

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

2023

FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE
Gerente (e)
16/01/2023

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 | 13 |
| ANEXO 3. MATRIZ ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES | 19 |
| ANEXO 4. MATRIZ ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS..... | 20 |
| CRONOGRAMA RENDICIÓN DE CUENTAS | 41 |
| ANEXO 5. MATRIZ ESTRATEGIA ATENCIÓN AL CIUDADANO..... | 42 |
| ANEXO 6. MATRIZ ESTRATEGIA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN..... | 44 |
| ANEXO 7. MATRIZ ESTRATEGIA COMPONENTE ADICIONAL..... | 46 |

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.

Conforme a lo anterior, la institución construye el presente Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2023, 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.

Para la administración de la entidad es importante acercar el Hospital a la comunidad, por lo que pretende con el desarrollo del presente Plan, hacer más amigable la forma como se accede tanto a los servicios como a la información que sea de su interés.

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, sugerencias y denuncias | Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción | El Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción debe señalar los estándares que deben 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. |
| Modelo estándar de Control Interno (MECI) | Decreto 943 de 2014 | Adopta la actualización del MECI |
| | MECI | |
| Metodología plan anticorrupción y atención al ciudadano | Ley 2195 de 2022 | - Gestión del riesgo de corrupción |
| | ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN A EL CIUDADANO V.2” expedida por la presidencia de la República. | - Racionalización de trámites |
| | | - Rendición de cuentas |
| | | - Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano |
| | | - Mecanismos para la transparencia y acceso a la información |

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 2023, el Hospital Regional de II nivel de San Marcos ESE, 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, los cuales 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 socializará la política de gestión del riesgo, así mismo se implementa la matriz de gestión del riesgo con la cual los líderes de los procesos, con el apoyo de Planeación 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 2).

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 de Científica |
| 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 | Gestión Documental |
| ÍTEM | TRAMITE | DEPENDENCIA |
| 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 programada para el primer trimestre del año que se espera desarrollar de forma virtual dado el escenario por el que se está atravesando (pandemia por Covid-19).

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 y el cronograma que se espera poder llevar a cabo.

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 y esperando que este tipo de actitudes sean apropiadas por el personal, recalcando la importancia de que el servicio se preste en condiciones de dignidad. 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 el momento que este público lo considere. 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 una nueva socialización del código de integridad, es decir, los valores corporativos, esto tiene un único objetivo y es la interiorización de los valores en cada uno de los funcionarios y contratistas, de modo que su accionar se enmarque en cada uno de estos valores para garantizar una atención digna y oportuna a los usuarios. Así mismo, en cuanto a integridad, se espera poder dar aplicabilidad a las leyes 190 de 1995 y 2013 de 2019, en cuanto a la declaración de bienes y rentas del 100% de funcionarios y contratistas y la declaración de conflicto de interés del 100% de sujetos obligados según esta ley. Esto se evidencia en el Anexo 7.


El presente se firma a los doce días del mes de enero de 2023.

Cordialmente,




FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE
Gerente encargado

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 2023 | | | |
| | | FECHA DE PUBLICACIÓN: 2023 | | | |
| 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 | Revisión de la Política de Gestión del Riesgo | Política de Gestión del Riesgo revisada (1) | Oficina de Planeación | 31/12/2023 |
| | 1.2 | Socializar en reunión la política de gestión del riesgo para la construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción | Mapa de Riesgos de Corrupción con metodología de la Política de Gestión del Riesgo (1) | Oficina de Planeación | 31/01/2023 |
| 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 | 31/01/2023 |
| | 2.2 | Valorar los riesgos de corrupción | Matriz de análisis y valoración de riesgos de corrupción | Líderes de los procesos | 31/01/2023 |
| | 2.3 | Revisar y aprobar el mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2023 | Mapa de riesgos de corrupción firmado y aprobado por Comité Institucional de Gestión y Desempeño | Oficina de Planeación | 31/01/2023 |

| | | | | | |
|------------------------|-----|---|--|-----------------------------------|------------|
| 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 | 31/01/2023 |
| | 3.2 | Publicar en la página web el mapa de riesgos de corrupción para la vigencia 2023 | Mapa de riesgos de corrupción publicado en página web | Sistemas Oficina de Planeación | 31/01/2023 |
| Monitoreo y revisión | 4.1 | Revisar periódicamente los riesgos y ajustarlos de ser necesario | Informe de revisión del mapa de riesgos de corrupción | Líderes del proceso | 15/04/2023 |
| | | | | | 15/07/2023 |
| | | | | Oficina de Planeación | 15/10/2023 |
| | | | | | 15/01/2023 |
| Seguimiento | 5.1 | Realizar seguimiento y evaluación de la efectividad de los controles. | Informe de resultados documentado (2) | | 15/04/2023 |
| | | | | | 15/07/2023 |
| | | | | Oficina de Control Interno | 15/10/2023 |
| | | | | | 15/01/2023 |

ANEXO 2. MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

|  | | HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE | | | | VERSION 3 | CÓDIGO MRC-PDE-01 | | | |
|---|---------------------|--|---|------|---------------------------------|---|--|-------------------------------|------------|--|
| | | MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION | | | | VIGENCIA 12/01/2022 | DOCUMENTO CONTROLADO | | | |
| No | PROCESO | RIESGO | CAUSA | PROB | IMPAC MIESO RESIDUA DE | ACTIVIDAD DE CONTROL | SOPORTE | RESPONS ABLE | TIEMPO | INDICADO R |
| 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, con el fin de garantizar el correcto uso de los insumos del laboratorio clínico, descargará trimestralmente el informe de registros de facturación del software institucional con el fin de comparar con la información registrada en el kardex e igualmente la información registrada en el formato FR-LAB-47, 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 FR-LAB-47 diligenciado | Líder del laboratorio clínico | Trimestral | 4 formatos diligenciados |
| 2 | CARTERA | PRESCRIPCIÓN DE CARTERA | FALTA DE SEGUIMIENTO A LA CARTERA Y GESTIÓN DE COBRO ANTE LAS ERP | 3 | 3 EXTREMO REDUCIR | El líder de cartera, proyecta el oficio de circularización a las ERP trimestralmente, solicitando acuerdos de pago, depuración de la cartera y conciliaciones. | Oficios radicados a la ERP | Líder de cartera | Trimestral | N. oficios radicados a la ERP/ Total de empresas con |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|--|---|---|---|---------|---------|--|---|-------------------------|--|--|
| 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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PROXIMOS A LIQUIDARSE | 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 liquidación para su corrección, como evidencia quedan las certificaciones emitidas en carpeta del contrato | Carpeta con certificaciones de viabilidad para liquidación de contratos | Líder de cartera | Cada que se solicite la liquidación de un contrato | N. de certificaciones de viabilidad/N. de contratos de prestación de servicios de salud liquidados |
| 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 | Cada que se solicite la emisión de un CDP | N. de solicitudes de CDP/N. de CDP emitidos |
| 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 carpeta de personal no vinculado | Formato lista de chequeo diligenciada | Líder de talento humano | Cada que se realice un contrato de prestación de servicios | N. de listas de chequeo firmadas/N. de contratos de prestación de servicios perfeccionados |

| | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---|--|---|---|--------------------|--|---|-------------|------------|---|
| 6 | 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 | Tesorero | Diario | Valor recibido en efectivo/Valor reportado en consolidados de recaudo |
| 7 | 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 el formato de cuenta de cobro, el cual debe venir con visto bueno de la oficina de talento humano y la oficina jurídica (a excepción de las cuentas de suministros de bienes o servicios la cual únicamente lleva visto bueno de jurídica), si no se observan estos vistos buenos por la oficina de Contabilidad 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 CONTABILIDAD de cuentas de cobro | Contador | Trimestral | N. de cuentas de cobro con visto bueno de talento humano y jurídica/N. de cuentas de cobro causadas |
| 8 | ALMACÉN | INGRESO A ALMACÉN DE BIENES Y/O INSUMOS QUE NO CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONES EXIGIDAS EN EL | 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, | Carpeta de archivo de remisiones y/o | Almacenista | Trimestral | de entrada firmados a satisfacción/N. de |

| | | | | | | | | | | | |
|----|------------------------------|--|---|---|----|--------------------|---|------------------|---|------------|---------------------|
| | | CONTRATO | | | | | 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. | | | | |
| 9 | AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS | BENEFICIOS A LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO POR NO TRAMITE DE GLOSAS | OMISIÓN O INOPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA DE LAS GLOSAS RECIBIDAS | 3 | 16 | EXTREMO REDUCIR | El líder de auditoría médica, con el fin de llevar la trazabilidad de las glosas recibidas, verificará trimestralmente la recepción, ingreso al sistema y respuesta en cuadro de control en el cual se registrarán las fechas de cada una de estas actividades que se encuentran en el servidor del HRSM en la carpeta de soportes de facturación subcarpeta Auxiliar de cuentas médicas del computador de Auditorias de Cuentas Medicas, 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 | Coordinador de Auditoría de Cuentas Médicas | Trimestral | 4 actas de Revisión |
| 10 | FACTURACION | OMISIÓN O INOPORTUNIDAD EN LA RADICACIÓN DE FACTURAS | ALTOS VOLUMENES DE TRABAJO, DESINTERES | 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 | Coordinador de Facturación | Trimestral | 4 actas de Revisión |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|-------------|---|---|---|---|---------|---------|--|--------------------------------|---|---------------------------------|---|
| 11 | FACTURACION | SERVICIOS PRESTADOS NO FACTURADOS | PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULARES Y POCA 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 | Coordinador de Facturación | Trimestral | 4 actas de Revisión |
| 12 | JURIDICA | CONTRATACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS SIN CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULARES Y POCA 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 Oficina Jurídica | Cada que se realice un contrato | N. de listas de chequeo firmadas/N. de contratos perfeccionados |
| 13 | 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 radiador 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 radiador | Libro radiador | Técnico Administrativo Oficina Jurídica | Mensual | N. de contratos localizados/N. de contratos perfeccionados |

| | | | | | | | | | | | |
|----|----------|--|---|---|---|-----------------|---|-----------------------------------|------------------------------|------------|--|
| 14 | JURIDICA | PROCESO DE DEFENSA JUDICIAL DEFICIENTE | PREDOMINIO DE INTERESES PARTICULAR ES DE LOS PROFESIONALES DEL DERECHO ENCARGADOS DE REALIZAR LA DEFENSA JUDICIAL DE LA ENTIDAD | 2 | 2 | ALTO REDUCIR | El profesional de la oficina jurídica, trimestralmente verificara que todos los procesos se encuentren en términos para contestar demanda, mediante formato Excel, de evidenciarse incumplimiento se eleva cuestionamiento al abogado externo en aras de que informe el motivo de la no contestación o la contestación extemporánea, como evidencia queda informe de las actuaciones adelantadas en los procesos. | Informe de medición del indicador | Profesional Oficina Jurídica | Trimestral | N. de procesos respondidos dentro de términos/N. total de procesos x 100 |
|----|----------|--|---|---|---|-----------------|---|-----------------------------------|------------------------------|------------|--|

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: | 2023 | |
| 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 | FIN | |
| | | | | | | | | dd/mm/aa | dd/mm/aa | |
| 1 | Examen de Laboratorio Clínico | Administrativas | Ampliación de canales de obtención del resultado | El usuario o su acudiente se acerca a la institución por el resultado de sus exámenes de laboratorio clínico para lo cual debe demostrar su titularidad o el respaldo legal para realizar la solicitud, de 1 a 8 días hábiles después del examen debe acercarse a la institución para recibir los resultados de los exámenes de laboratorio clínico. | Dar al usuario la posibilidad de recibir los resultados de los exámenes de laboratorio clínico en su correo electrónico con lo que se evita el traslado hasta la institución, reduciendo costos de transporte y tiempos de desplazamiento | Ampliación de canales para obtención del resultado, es decir, dar la posibilidad al usuario de recibir los resultados de los exámenes de laboratorio clínico vía correo electrónico | Subproceso de Laboratorio Clínico | 01/01/2023 | 31/12/2023 | |
| INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN (CADENAS DE TRÁMITES - VENTANILLAS ÚNICAS) | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | |
| Nombre del responsable: | | | FARIEL EMIRO MEDINA DUQUE | | | Número de teléfono: | | +57 (5) 295 31 65 | | |
| Correo electrónico: | | | gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov.co | | | Fecha aprobación del plan: | | 31/01/2023 | | |



ANEXO 4. MATRIZ ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS

HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

Calle 22 # 20-22, Teléfono +57 (5) 2955670

ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS

| ELEMENTOS | ACTIVIDADES | ETAPAS DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS | | | | | META/PRODUCTO | CUATRIMESTRE | | | FECHA | | DEPENDENCIA RESPONSABLE | |
|--|--|-----------------------------------|--------|-------------|-----------|--------------------------|---|--------------|---|---|--------|-----|-------------------------|---|
| | | Aprestamiento | Diseño | Preparación | Ejecución | Seguimiento y Evaluación | | 1 | 2 | 4 | Inicio | Fin | | |
| Subcomponente 1: Información de calidad y en lenguaje comprensible | 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 2020. | X | | | | | | Unidad Funcional de Atención al Usuario |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------|--|--|--|--|---|----------|--|--|--|---|
| | <p>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)</p> | <p>X</p> | | | | | <p>Reunión de la mesa técnica de Información y Comunicación encargada de la política de Rendición de Cuentas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión</p> | <p>X</p> | | | | <p>Oficina de Planeación o quien haga sus veces</p> |
|--|--|----------|--|--|--|--|---|----------|--|--|--|---|

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|---|---|---|---|--|--|
| | <p>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.</p> | | X | | | <p>Formatos diligenciados por grupos de valor sobre priorización de temas para rendición de cuentas</p> | X | X | X | | <p>Unidad Funcional de Atención al Usuario</p> |
|--|---|--|---|--|--|---|---|---|---|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|--|---|---|--|--|--|--|---|
| | <p>Definir el procedimiento de adecuación, producción y divulgación de la información atendiendo a los requerimientos de cada espacio de diálogo definido en el cronograma.</p> | | X | | | | <p>Documento con roles y responsables del procedimiento de adecuación, producción y divulgación de información por cada espacio de diálogo.</p> | X | | | | | <p>Oficina de Planeación o quien haga sus veces</p> |
|--|---|--|---|--|--|--|---|---|--|--|--|--|---|

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|---|
| | <p>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.</p> | | | X | | | <p>Publicación de la información sobre temas de interés para rendición de cuentas, producto de los espacios de dialogo con los diferentes grupos de valor de la entidad.</p> | X | | | | | <p>Oficina de Planeación o quien haga sus veces</p> |
|--|---|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|---|

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|---|
| | <p>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.</p> | | | X | | | <p>Presentación en power point, plegables o cualquier otro medio impreso a utilizar en los espacios de dialogo</p> | X | | | | | <p>Oficina de Planeación o quien haga sus veces</p> |
|--|---|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|--|---|

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|---|--|--|--|--|--|---|---|---|--|--|--|
| DIÁLOGO | 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 | 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 reunión de la mesa técnica de Información y Comunicación | X | X | X | | | Oficina de Planeación o quien haga sus veces |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|---|---|--|--|--|--|---|
| | <p>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.</p> | | X | | | <p>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.</p> | X | | | | | <p>Oficina de Planeación o quien haga sus veces</p> |
|--|---|--|---|--|--|---|---|--|--|--|--|---|

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|---|---|---|---|--|--|--|
| 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. | | | | | | Documento publicado de procedimiento interno para determinar lo siguiente para cada espacio de rendición de cuentas: | | | | | | |
| | | | X | | | 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. | X | 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. | | | | | | Documento publicado con la ruta (antes, durante y después) a seguir para el desarrollo de los espacios de diálogo que contemple: | | | | | |
| | | | | | | ANTES | | | | | |
| | | | X | | | - Forma en que se convocará a los grupos de valor | X | X | X | | Oficina de Planeación y Desarrollo Institucional |
| | | | | | | DURANTE | | | | | |
| | | | | | | - 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 diálogo | | | | | |
| | | | | | | DESPÚES | | | | | |
| | | | | | | - Forma como se informarán los avances de los compromisos adquiridos. | | | | | |
| | 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 | 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 | | | | 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 | | | | Oficina de Planeación o quien haga sus veces |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | <p>-Temas y/o metas institucionales asociadas a las actividades realizadas de rendición de cuentas</p> | | | | | | | | | | | | |
| | <p>- Observaciones, propuestas y recomendaciones de los grupos de valor.</p> | | | | | | | | | | | | |
| | <p>- Resultado de la participación</p> | | | | | | | | | | | | |
| | <p>- Compromisos adquiridos de cara a la ciudadanía.</p> | | | | | | | | | | | | |


| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|----------|----------|--|---|--|----------|----------|--|--|---|
| | <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> | | | <p>X</p> | <p>X</p> | | <p>Documento publicado sobre avances en los compromisos adquiridos en los espacios de dialogo</p> | | <p>X</p> | <p>X</p> | | | <p>Oficina de Planeación o quien haga sus veces</p> |
|--|--|--|--|----------|----------|--|---|--|----------|----------|--|--|---|

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 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. | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|----------|--|--|----------|--|--|--|--|---|
| <p>6. Nivel de cumplimiento de las actividades establecidas en toda la estrategia de rendición de cuentas.</p> | | | | | | | | | | | | |
| <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> | | | | <p>X</p> | | <p>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</p> | <p>X</p> | | | | | <p>Oficina de Planeación o quien haga sus veces</p> |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|----------|--|----------|----------|----------|--|-----------------------------------|
| | <p>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.</p> | | | | | <p>X</p> | <p>Informe cuatrimestral de evaluación de los resultados de implementación de la estrategia.</p> | <p>X</p> | <p>X</p> | <p>X</p> | | <p>Oficina de Control Interno</p> |
|--|---|--|--|--|--|----------|--|----------|----------|----------|--|-----------------------------------|

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 - 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | MES | ENERO | | | | FEBRERO | | | | MARZO | | | | ABRIL | | | | MAYO | | | | JUNIO | | | | 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 | 1 | 2 | 3 | 4 | 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 | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Foros de Rendición de Cuentas al Cliente Interno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

E-mail: gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov

ANEXO 5. MATRIZ ESTRATEGIA ATENCIÓN AL CIUDADANO



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2023

FECHA DE PUBLICACIÓN: 2023

Componente 4: Atención al Ciudadano

| Subcomponente | Ítem | Actividades | Meta o producto | Dependencia Responsable | Fecha programada |
|--|------|---|---|--|--------------------------|
| 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 | 31/12/2023 |
| | 1.2 | Implementar la caracterización de los grupos de valor | Informe semestral de caracterización de grupos de valor | Oficina de atención al usuario | 31/12/2023 |
| | 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 | 31/12/2023 |
| Fortalecimiento de los canales de atención | 2.1 | Fortalecer el canal alternativo 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 | 31/12/2023 |
| | 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 | 31/12/2023 |
| 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 al Ciudadano -SIAU y Oficina de Recurso Humano | 30/06/2023 31/12/2023 |
| | 3.2 | Realizar capacitación en participación social | 1 capacitación al año | Oficina de Atención al Ciudadano | 31/12/2023 |

| | | | | | |
|----------------------------------|--|---|--|----------------------------------|------------|
| Normativo procedimental | 4.1 | Formular la Política de prestación de servicios de salud | Política de prestación de servicios de salud socializada y publicada en página web oficial de la entidad | Oficina Subgerencia Científica | 30/05/2023 |
| | 4.2 | Elaborar informes de PQRSD para identificar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios | 4 informes al año | Oficina de Atención al Ciudadano | 15/04/2023 |
| | | | | | 15/07/2023 |
| | | | | | 15/10/2023 |
| 15/01/2024 | | | | | |
| 4.3 | Elaborar estrategias de comunicación para dar a conocer la carta de trato digno. | Informe semestral de estrategias de comunicación e interiorización de la carta de trato digno | Oficina de Atención al Ciudadano | 30/06/2023 | |
| 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 | 31/12/2023 |
| | 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 | 31/12/2023 |

ANEXO 6. MATRIZ ESTRATEGIA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2023

FECHA DE PUBLICACIÓN: 2023

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Componente 5 Mecanismo para la Transparencia y acceso a la Información

| Subcomponente | Ítem | Actividades | Meta o producto | indicadores | Dependencia Responsable | Fecha programada |
|--------------------------------------|------|--|---|---|---------------------------|------------------|
| 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 2023 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 | 31/12/2023 |
| | | | | | Oficina de Sistemas | |
| | 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 | 31/12/2023 |
| | | | | | Oficina de Sistemas | |
| | 1.3 | Publicar en el sitio web www.datos.gov.co o la información manejada por la entidad y clasificada como datos abiertos | Sitio web www.datos.gov.co o actualizada | Total, de información actualizada en sitio web / Total de información clasificada como datos abiertos | Oficina de Sistemas | 31/12/2023 |
| 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 | 15/04/2023 |
| | | | | | | 15/07/2023 |
| | | | | | | 15/10/2023 |

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

E-mail: gerencia@esehospitalregionalsanmarcos.gov

| | | | | | | |
|--|-----|---|--|--|--------------------------------|------------|
| | 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 | 15/04/2023 |
| | | | | | | 15/07/2023 |
| | | | | | Oficina Atención al Usuario | 15/10/2023 |
| | | | | | | 15/01/2024 |
| | | | | | | |
| | 2.3 | Llevar Registro Trimestral de Solicitudes de información que la Entidad ha contestado de manera negativa por inexistencia de la información solicitada | Informe trimestral actualizado y publicado de Solicitudes de información que la Entidad ha contestado de manera negativa por inexistencia de la información solicitada | Número de solicitudes respondidas de manera negativa por inexistencia de la información / Número total de solicitudes realizadas | Oficina Jurídica | 15/04/2023 |
| | | | | | | 15/07/2023 |
| | | | | | Oficina Atención al Usuario | 15/10/2023 |
| | | | | | | 15/01/2024 |
| | | | | | | |
| 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 | 31/12/2023 |
| 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 subtítulos | Numero de videos institucionales subtítulos / Número total de videos producidos | Oficina de Planeación | 31/12/2023 |
| 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 consolidando 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 | 15/04/2023 |
| | | | | | | 15/07/2023 |
| | | | | | | 15/10/2023 |
| | | | | | | 15/01/2024 |

ANEXO 7. MATRIZ ESTRATEGIA COMPONENTE ADICIONAL



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO VIGENCIA 2023

FECHA DE PUBLICACIÓN: 2023

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Componente COMPONENTE ADICIONAL

| Subcomponente | Ítem | Actividades | Meta o producto | Dependencia Responsable | Fecha programada |
|---|------|--|---|------------------------------------|------------------|
| Principios y valores institucionales | 1.1 | Programación de la Campaña de divulgación a los funcionarios del código de integridad del servidor público adoptado por el Hospital Regional de II nivel de San Marcos ESE | Cronograma e informe de seguimiento a las actividades para la divulgación del código de integridad | Oficina de Talento Humano | 31/12/2023 |
| | 2.1 | Garantizar la aplicabilidad de la ley 190 de 1995 respecto a la declaración anual de bienes y rentas | Presentación de la declaración de bienes y rentas del 100% de los funcionarios y contratistas | Unidad Funcional de Talento Humano | 30/06/2023 |
| Código de Integridad del Servicio Público | 2.2 | Garantizar la aplicabilidad de la ley 2013 de 2019 en cuanto a la declaración de conflicto de intereses | Presentación de la declaración de conflicto de intereses del 100% de los sujetos obligados identificados en la ley 2013 de 2019 | Unidad Funcional de Talento Humano | 31/12/2023 |