



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022

**UNIDOS CONTRA
LA CORRUPCIÓN**



**ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN
VICENTE DE PAÚL**

GARZÓN HUILA



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5**

GRUPO DIRECTIVO

JORGE HUMBERTO GONZALEZ BAHAMON

Gerente

PABLO LEON PUENTES QUESADA

Subdirector Científico

ESPERANZA FIERRO VANEGAS

Subdirector Administrativo

JAIME ORLANDO GOMEZ GONZALEZ

Asesor de Control Interno

EQUIPO TECNICO

Gestión Estratégica y asesor de gerencia

GARZON HUILA

2022



TABLA DE CONTENIDO

Contenido

GRUPO DIRECTIVO	2
INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACION	5
CAPITULO I. GENERALIDADES	6
1. NATURALEZA Y RESEÑA HISTÓRICA DE LA ESE	6
2. MARCO LEGAL	7
3. MARCO CONCEPTUAL	9
4. MARCO ESTRATÉGICO	15
5. GENERALIDADES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	16
2. SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	32
3. TERCER COMPONENTE: RENDICION DE CUENTAS	35
4. CUARTO COMPONENTE: MECANISMO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	39
5. QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.	47
6. SEXTO COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES.	54
CAPITULO III: SEGUIMIENTO	55
1. CONSOLIDACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL	55
ANEXO 1: IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PROCESOS.	57



INTRODUCCIÓN

En atención a lo fijado en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, "cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano", asignando al Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción señalar una metodología para diseñar y hacerle seguimiento a la estrategia.

Igualmente el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, establece que "en toda entidad pública, deberá existir por lo menos una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen, y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la entidad." correspondiendo al Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción señalar los estándares que deben cumplir las entidades públicas para dar cumplimiento a lo allí establecido.

En atención a lo anterior, la Secretaría de Transparencia del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República elaboró el documento "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano", conforme a los lineamientos establecidos en los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011, en el cual se señalan de una parte la metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, y de la otra, los estándares que deben cumplir las entidades públicas para las oficinas de quejas, sugerencias y reclamos.

Así mismo, el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano deberá estar contemplado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que articula el quehacer de las entidades, mediante los lineamientos de tres políticas de desarrollo administrativo (de calidad, de gestión y desarrollo del talento humano) y el monitoreo y evaluación de los avances en la gestión institucional de la ESE.

En su estructura, se recogen los lineamientos establecidos en el documento "Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano, versión 2" desarrollado por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, ha venido realizando en cada vigencia fiscal, la planeación y elaboración, así como el monitoreo, seguimiento y evaluación de las



acciones contempladas en el Plan y su actualización incluido el mapa de riesgo de corrupción.

Así mismo, la Asesora de Control Interno ha venido ejerciendo el seguimiento y evaluación de la ejecución y cumplimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

JUSTIFICACION

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón - Huila, es un hospital público del orden departamental que tiene como misión Prestar servicios de salud con calidad, eficiencia, equidad y compromiso social con los usuarios, con estrategias orientadas a la formación de un capital humano de excelencia, basado en estándares superiores de Humanidad, Seguridad y Calidad; orientados al trato auténtico, justo, tolerante, afectivo, creativo y eficaz, de trabajo en equipo, bajo criterios de mejoramiento continuo y tecnología avanzada, tendiente a alcanzar una rentabilidad económica y social sostenible, comprometiéndose con el desarrollo del talento humano en salud y la investigación, estrategias de gestión, preservando la ética empresarial, garantizando la transparencia de su gestión, administrando eficientemente sus recursos y reconociendo y respetando los derechos de los Usuarios.

Para el cumplimiento de dicho propósito, ha diseñado el Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano, conforme lo establecido Ley 1474 de 2011, el Decreto 2641 de 2012, en el artículo 52 de la Ley 1757 de 2015 y en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información (Ley 1712 de 2014), todas estas orientadas a prevenir la corrupción.

Acatando la metodología definida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, que se estructura y gestiona el plan de anticorrupción y atención al ciudadano de la ESE, como un instrumento de nivel estratégico que busca la prevención de hechos de corrupción, mejorar la atención a las necesidades de los ciudadanos y la efectividad del control de la gestión institucional, a través de estrategias de participación y comunicación sistemáticas y metódicas que garantizan la transparencia y visibilidad de la gestión.



CAPITULO I. GENERALIDADES

1. NATURALEZA Y RESEÑA HISTÓRICA DE LA ESE

En agosto 19 de 1.893, nació la Sociedad San Vicente de Paúl, para ayudar a los pobres necesitados y enfermos. El 7 de octubre de 1.895, se cristaliza como hospital de Beneficencia según escritura pública 177 de la Notaría de Garzón, cuya misión era la de ofrecer protección a los ancianos e indigentes, siendo un asilo para ellos, además se prestaba el servicio de curaciones. En 1971 se concedió Personería Jurídica y la entidad tomó el nombre de Hospital Integrado San Vicente de Paúl. El 1 de noviembre de 1973 quedó como Hospital San Vicente de Paúl, hasta el 11 de enero de 1978 cuando tomó el nombre de Hospital Regional San Vicente de Paúl.

En Agosto 1º de 1.994, mediante Decreto Ordenanza No. 730, se transforma en Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl del Municipio de Garzón, como entidad pública de categoría especial, descentralizada del orden Departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo I11, Título II, Libro Segundo de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993 y por el Decreto 1876 de 1994, por el derecho privado en lo que se refiere a contratación, y por lo fijado en sus Estatutos.

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, cuenta con infraestructura propia ubicada en la calle 7 No 14 – 69 en el Municipio de Garzón; en la zona centro del departamento, integrada por los municipios de Garzón, Altamira, Gigante, Agrado, Tarqui, Suaza, Pital y Guadalupe, los cuales se constituyen en el área de influencia directa de la empresa y quienes remiten sus usuarios a servicios de mediana y alta complejidad que presta el hospital San Vicente de Paúl y de éste al de mayor complejidad Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.



La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, es una institución de mediana complejidad y con servicios complementarios de mayor complejidad, dotado de una variedad de servicios que incluyen entre otros Urgencias y Observación, Médico-Quirúrgicos, Pediatría, Ginecoobstetricia, Pensión, Salas de Cirugía, Consulta Externa, Laboratorio Clínico, Fisioterapia, Nutrición y Dietética, Imágenes Diagnosticas, con Radiología, Ecografía y Topografía Axial Computarizada, Farmacia, Banco de Sangre, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Neonatal y Trabajo Social; así como los modernos servicios especializados de Endoscopia digestiva, entre otros.

Constitución

2. MARCO LEGAL

- a. Constitución Política de Colombia.
- b. Ley 1474 de 2011 (dictan normas para fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública).
- c. Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- d. Ley 42 de 1993 (Control Fiscal de la CGR).
- e. Ley 80 de 1993, artículo 53 (Responsabilidad de los Interventores).
- f. Ley 87 de 1993 (Sistema Nacional de Control Interno).
- g. Decreto 1757 de 1994: Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5**

de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4o del Decreto Ley 1298 de 1994.

- h. Ley 190 de 1995 (Normas para preservar la moralidad en la administración pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa).
- i. Decreto 2232 de 1995: Artículos 7°, 8° y 9° (Por medio del cual se reglamenta la Ley 190 de 1995).
- j. Ley 489 de 1998, artículo 32 (Democratización de la Administración Pública).
- k. Ley 599 de 2000 (Código Penal).
- l. Ley 610 de 2000 (Establece el trámite de los procesos de responsabilidad fiscal de competencia de las contralorías).
- m. Ley 734 de 2002 (Código Único Disciplinario).
- n. Ley 850 de 2003 (Veedurías Ciudadanas).
- o. 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".
- p. Ley 1150 de 2007 (Dictan medidas de eficiencia y transparencia en la contratación con Recursos Públicos).
- q. Conpes 3654 de abril de 2010, en el cual se establece la política de rendición de cuentas de la rama ejecutiva a los ciudadanos.
- r. Ley 1437 de 2011, artículos 67, 68 y 69 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo).
- s. Decreto 4326 de 2011 (Divulgación Programas de la Entidad).
- t. Decreto 4632 de 2011 (Reglamenta Comisión Nacional para la Moralización y la Comisión Nacional Ciudadana para la Lucha contra la Corrupción).
- u. Decreto 1649 de 2014 (Por el cual se modifica la estructura del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República).
- v. Decreto 1083 de 2015 (Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública).
- w. Documento CONPES 3714 de diciembre 01 de 2011: Del Riesgo Previsible en el Marco de la Política de Contratación Pública.
- x. Decreto 0019 de 2012 (Normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública).
- y. Decreto 2641 de 2012, por medio del cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la ley 1474 de 2011.
- z. Documento CONPES 3785 de 2013, en el cual se establece la Política Nacional de eficiencia administrativa al servicio del ciudadano.

- aa. Documento Guía "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano -Versión 2" y "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción. Presidencia de la República. 2015.
- bb. Decreto 1081 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República.
- cc. Decreto 1083 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública".
- dd. Ley 1755 de 2015 "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".
- ee. Ley 1757 de 2015: "Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática".
- ff. 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".
- gg. Decreto 672 de 2017 "Por el cual se modifica la estructura del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República".

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. Información. Se refiere a un conjunto organizado de datos contenido en cualquier documento que los sujetos obligados generen, obtengan, adquieran, transformen o controlen.

3.2. Información pública. Es toda información que un sujeto obligado genere, obtenga, adquiera, o controle en su calidad de tal;

3.3. Información pública clasificada. Es aquella información que estando en poder o custodia de un sujeto obligado en su calidad de tal, pertenece al ámbito propio, particular y privado o semiprivado de una persona natural o jurídica por lo que su acceso podrá ser negado o exceptuado, siempre que se trate de las circunstancias legítimas y necesarias y los derechos particulares o privados.



3.4. Información pública reservada. Es aquella información que estando en poder o custodia de un sujeto obligado en su calidad de tal, es exceptuada de acceso a la ciudadanía por daño a intereses públicos y bajo cumplimiento de la totalidad de los requisitos consagrados en la ley;

3.5. Publicar o divulgar. Significa poner a disposición en una forma de acceso general a los miembros del público e incluye la impresión, emisión y las formas electrónicas de difusión;

3.6. Sujetos obligados. Se refiere a cualquier persona natural o jurídica, pública o privada.

3.7. Gestión documental. Es el conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, procesamiento, manejo y organización de la documentación producida y recibida por los sujetos obligados, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación;

3.8. Documento de archivo. Es el registro de información producida o recibida por una entidad pública o privada en razón de sus actividades o funciones; el conjunto de documentos sea cual fuere su fecha, forma y soporte material, acumulados en un proceso natural por una persona o entidad pública o privada, en el transcurso de su gestión, conservados respetando aquel orden para servir como testimonio e información a la persona o institución que los produce y a los ciudadanos, como fuentes de la historia.

3.9. Datos Abiertos. Son todos aquellos datos primarios o sin procesar, que se encuentran en formatos estándar e interoperables que facilitan su acceso y reutilización, los cuales están bajo la custodia de las entidades públicas o privadas que cumplen con funciones públicas y que son puestos a disposición de cualquier ciudadano, de forma libre y sin restricciones, con el fin de que terceros puedan reutilizarlos y crear servicios derivados de los mismos.

3.10. Documento en construcción. No será considerada información pública aquella información preliminar y no definitiva, propia del proceso de liberatorio de un sujeto obligado.



En el presente documento es necesario abordar los conceptos que tienen que ver con los delitos contra la administración pública, contenidos en el código penal colombiano (Ley 599 de 2.000) en el Capítulo XV.

- **Peculado por apropiación:** El servidor público que se apropie en provecho suyo o de un tercero de bienes del Estado o de empresas o instituciones en que éste tenga parte o de bienes o fondos parafiscales, o de bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones. (Art. 397)
- **Peculado por uso:** El servidor público que indebidamente use o permita que otro use bienes del Estado o de empresas o instituciones en que éste tenga parte, o bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones. (Art. 398)
- **Peculado por aplicación oficial diferente:** El servidor público que dé a los bienes del Estado o de empresas o instituciones en que éste tenga parte, cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones, aplicación oficial diferente de aquella a que están destinados, o comprometa sumas superiores a las fijadas en el presupuesto, o las invierta o utilice en forma no prevista en éste, en perjuicio de la inversión social o de los salarios o prestaciones sociales de los servidores. (Art. 399)
- **Peculado por aplicación oficial diferente frente a recursos de la seguridad social:** La pena prevista en el artículo 399 se agravará de una tercera parte a la mitad, cuando se dé una aplicación oficial diferente a recursos destinados a la seguridad social integral (Art. 399 A)
- **Peculado culposo.** El servidor público que respecto a bienes del Estado o de empresas o instituciones en que éste tenga parte, o bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones, por culpa dé lugar a que se extravíen, pierdan o dañen. (Art. 400)
- **Fraude de subvenciones.** El que obtenga una subvención, ayuda o subsidio proveniente de recursos públicos mediante engaño sobre las condiciones requeridas para su concesión o callando total o parcialmente la verdad. (Art. 403 A)
- **Concusión.** El servidor público que abusando de su cargo o de sus funciones constriña o induzca a alguien a dar o prometer al mismo servidor o a un tercero, dinero o cualquier otra utilidad indebidos, o los solicite. (Art. 404)
- **Cohecho propio.** El servidor público que reciba para sí o para otro, dinero u otra utilidad, o acepte promesa remuneratoria, directa o indirectamente, para retardar



u omitir un acto propio de su cargo, o para ejecutar uno contrario a sus deberes oficiales. (Art. 405)

- **Cohecho impropio.** El servidor público que acepte para sí o para otro, dinero u otra utilidad o promesa remuneratoria, directa o indirecta, por acto que deba ejecutar en el desempeño de sus funciones. (Art. 406)
- **Cohecho por dar u ofrecer.** El que dé u ofrezca dinero u otra utilidad a servidor público, en los casos previstos en los dos artículos anteriores. (Art. 407)
- **Violación del régimen legal o constitucional de inhabilidades e incompatibilidades.** El servidor público que en ejercicio de sus funciones intervenga en la tramitación, aprobación o celebración de un contrato con violación al régimen legal o a lo dispuesto en normas constitucionales, sobre inhabilidades o incompatibilidades. (Art. 408)
- **Interés indebido en la celebración de contratos.** El servidor público que se interese en provecho propio o de un tercero, en cualquier clase de contrato u operación en que deba intervenir por razón de su cargo o de sus funciones. (Art. 409)
- **Contrato sin cumplimiento de requisitos legales.** El servidor público que por razón del ejercicio de sus funciones tramite contrato sin observancia de los requisitos legales esenciales o lo celebre o liquide sin verificar el cumplimiento de los mismos. (Art. 410)
- **Acuerdos restrictivos de la competencia.** El que en un proceso de licitación pública, subasta pública, selección abreviada o concurso se concertare con otro con el fin de alterar ilícitamente el procedimiento contractual. (Art. 410 A)
- **Tráfico de influencias de servidor público.** El servidor público que utilice indebidamente, en provecho propio o de un tercero, influencias derivadas del ejercicio del cargo o de la función, con el fin de obtener cualquier beneficio de parte de servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer. (Art. 411)
- **Tráfico de influencias de particular.** El particular que ejerza indebidamente influencias sobre un servidor público en asunto que este se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico. (Art. 411 A)
- **Enriquecimiento ilícito.** El servidor público, o quien haya desempeñado funciones públicas, que durante su vinculación con la administración o dentro de los cinco (5) años posteriores a su desvinculación, obtenga, para sí o para otro, incremento patrimonial injustificado. (Art. 412)
- **Prevaricato por acción.** El servidor público que profiera resolución, dictamen o concepto manifiestamente contrario a la ley. (Art. 413)
- **Prevaricato por omisión.** El servidor público que omita, retarde, rehúse o deniegue un acto propio de sus funciones. (Art. 415)



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5**

- **Abuso de autoridad por acto arbitrario e injusto.** El Servidor público que fuera de los casos especialmente previstos como conductas punibles, con ocasión de sus funciones o excediéndose en el ejercicio de ellas, cometa acto arbitrario e injusto, incurrirá en multa y pérdida del empleo o cargo público. (Art. 416)
- **Abuso de autoridad por omisión de denuncia.** El servidor público que teniendo conocimiento de la comisión de una conducta punible cuya averiguación deba adelantarse de oficio, no dé cuenta a la autoridad, incurrirá en multa y pérdida del empleo o cargo público. (Art. 417)
- **Revelación de secreto.** El servidor público que indebidamente dé a conocer documento o noticia que deba mantener en secreto o reserva, incurrirá en multa y pérdida del empleo o cargo público. (Art. 418)
- **Utilización de asunto sometido a secreto o reserva.** El servidor público que utilice en provecho propio o ajeno, descubrimiento científico, u otra información o dato llegados a su conocimiento por razón de sus funciones y que deban permanecer en secreto o reserva. (Art. 419)
- **Utilización indebida de información oficial privilegiada.** El servidor público que como empleado o directivo o miembro de una junta u órgano de administración de cualquier entidad pública, que haga uso indebido de información que haya conocido por razón o con ocasión de sus funciones y que no sea objeto de conocimiento público, con el fin de obtener provecho para sí o para un tercero, sea éste persona natural o jurídica. (Art. 420)
- **Asesoramiento y otras actuaciones ilegales.** El servidor público que ilegalmente represente, litigue, gestione o asesore en asunto judicial, administrativo o policivo. (Art. 421)
- **Intervención en política.** El servidor público que ejerza jurisdicción, autoridad civil o política, cargo de dirección administrativa, o se desempeñe en los órganos judicial, electoral, de control, que forme parte de comités, juntas o directorios políticos, o utilice su poder para favorecer o perjudicar electoralmente a un candidato, partido o movimiento político, incurrirá en multa. (Art. 422)
- **Empleo ilegal de la fuerza pública.** El servidor público que obtenga el concurso de la fuerza pública o emplee la que tenga a su disposición para consumir acto arbitrario o injusto, o para impedir o estorbar el cumplimiento de orden legítima de otra autoridad. (Art. 423)
- **Omisión de apoyo.** El agente de la fuerza pública que rehúse o demore indebidamente el apoyo pedido por autoridad competente, en la forma establecida por la ley. (Art.424)



- **Usurpación de funciones públicas.** El particular que sin autorización legal ejerza funciones públicas. (Art. 425)
- **Simulación de investidura o cargo.** El que simulare investidura o cargo público o fingiere pertenecer a la fuerza pública. (Art.426)
- **Abuso de función pública.** El servidor público que abusando de su cargo realice funciones públicas diversas de las que legalmente le correspondan. (Art. 428)
- **Violencia contra servidor público.** El que ejerza violencia contra servidor público, por razón de sus funciones o para obligarlo a ejecutar u omitir algún acto propio de su cargo o a realizar uno contrario a sus deberes oficiales. (Art. 429)
- **Perturbación de actos oficiales.** El que simulando autoridad o invocando falsa orden de la misma o valiéndose de cualquier otra maniobra engañosa, trate de impedir o perturbar la reunión o el ejercicio de las funciones de las corporaciones o autoridades legislativas, jurisdiccionales o administrativas, o de cualquier otra autoridad pública, o pretenda influir en sus decisiones o deliberaciones. (Art. 430)
- **Utilización indebida de información obtenida en el ejercicio de función pública.** El que habiéndose desempeñado como servidor público durante el año inmediatamente anterior utilice, en provecho propio o de un tercero, información obtenida en calidad de tal y que no sea objeto de conocimiento público. (Art. 431)
- **Utilización indebida de influencias derivadas del ejercicio de función pública.** El que habiéndose desempeñado como servidor público durante el año inmediatamente anterior utilice, en provecho propio o de un tercero, influencias derivadas del ejercicio del cargo o de la función cumplida, con el fin de obtener ventajas en un trámite oficial. (Art. 432)
- **Soborno transnacional.** El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con una transacción económica o comercial. (Art. 433)
- **Asociación para la comisión de un delito contra la administración pública.** El servidor público que se asocie con otro, o con un particular, para realizar un delito contra la administración pública. (Art. 434)

- **Riesgo de corrupción:** “La posibilidad de que por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia del Estado, para la obtención de un beneficio particular.”
- **Corrupción:** El abuso de posiciones de poder o de confianza para beneficio particular en detrimento del interés colectivo realizado a través de ofrecer o solicitar, entregar o recibir, bienes en dinero o en especie en servicios o beneficios a cambio de acciones, decisiones u omisiones. (Transparencia por Colombia).

4. MARCO ESTRATÉGICO

4.1 Mision

“Garantizamos servicios de salud de calidad sostenible, humanizados y seguros; con un talento humano valorado que aporta gestión del conocimiento al mejoramiento continuo de la calidad de vida y salud de la población “.

4.2 Vision

“Brindaremos satisfacción mientras generamos los mejores resultados en salud.”

4.3 Valores

- **Respeto:** Los colaboradores de la ESE reconocen, aceptan, aprecian y valoran las cualidades del otro y sus derechos. Reconocen el valor propio y el de los derechos de los usuarios y de la comunidad.
- **Tolerancia:** Los colaboradores de la ESE cumplen con el respeto íntegro hacia el otro, ideas, creencias o prácticas independientemente de que coincidan o sean diferentes y/o contrarias a las propias.
- **Comunicación:** Los colaboradores de la ESE intercambian de forma efectiva información de interés, pensamientos, ideas y sentimientos con las personas que los rodean, en un ambiente de cordialidad y buscando conseguir un traspaso de la información relevante del usuario de forma estructurada, sistematizada e inequívoca.
- **Trabajo en Equipo:** Los colaboradores de la ESE trabajan



coordinadamente en la consecución de los objetivos propuestos en los diferentes procesos de atención, ejercen el liderazgo efectivo y desarrollan un entorno proclive al aprendizaje continuo.

- **Empatía:** Los colaboradores de la ESE establecen vínculos sólidos y positivos con las demás personas. Cultivan la capacidad para reconocer y comprender los sentimientos, ideas, conductas y actitudes de los usuarios y la comprensión de las circunstancias que les pueden afectar en las distintas situaciones de los procesos de atención.
- **Equidad:** Los colaboradores de la ESE tienen la capacidad de considerar a las demás personas con justicia, respetando la pluralidad de la sociedad. Distribuyen con ética y responsabilidad los derechos y las oportunidades.

4.4 Principios:

- **Solidaridad:** Los colaboradores de la ESE se adhieren circunstancialmente a la causa de los otros. Cuando un colaborador de la ESE es solidario, mantiene una naturaleza social en el entorno en el que se desarrolla profesional y personalmente, con una preocupación constante por las personas que verdaderamente necesitan de su ayuda y servicio, el cual es ofrecido con generosidad y humanidad.
- **Compromiso social:** Los colaboradores de la ESE ayudan permanentemente a las personas que lo requieren sin ningún interés adicional a la satisfacción por el servicio prestado y la responsabilidad de apoyo a la sociedad. Aportan activa y voluntariamente al mejoramiento de la comunidad en salud.
- **Amor a la vida:** Los colaboradores de la ESE manifiestan el amor en su servicio caracterizado por su capacidad para comprometerse y cooperar en la protección de la vida logrando una atención más humanizada y segura.

5 GENERALIDADES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

Objetivo General

Formular, adoptar e implementar en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, el Plan Anticorrupción y Atención al



Ciudadano 2021 en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011, a través del cual, se ejecutarán las acciones encaminadas en la lucha contra la corrupción y de Atención al ciudadano de la Entidad.

Objetivos Específicos

- Identificar los riesgos de corrupción y sus respectivas medidas de prevención y control del riesgo.
- Establecer Las medidas de Valoración y Medición del Riesgo.
- Establecer como principio de Transparencia la Rendición de Cuentas a la ciudadanía de la Vigencia.
- Realizar el plan de acción Anticorrupción para la vigencia.

a. Alcance

Las estrategias y acciones contenidas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano, aplica para todos los funcionarios y contratistas de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón - Huila, en la ejecución de sus procesos, el desarrollo de sus funciones y la normatividad aplicable.

CAPITULO II. COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCION AL CIUDADANO

1. PRIMER COMPONENTE: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN- MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

1.1 Generalidades

En este componente se establecen los criterios generales para la identificación y prevención de los riesgos de corrupción de la ESE, permitiendo a su vez la generación de alarmas y la elaboración de mecanismos orientados a prevenirlos o evitarlos.

Esta metodología provee una guía para la implementación y desarrollo del proceso de administración de riesgos y en este caso específico los riesgos de corrupción, involucrando el contexto estratégico, la identificación, evaluación, valoración, el mapa de riesgos y la matriz de riesgo. Se parte del modelo operativo por procesos y se desarrolla en los procesos estratégicos, procesos asistenciales o clínicos y de apoyo, es aplicable a los proyectos en busca de un sistema integral del riesgo.

1.2 Metodología:

El modelo para gestionar este riesgo de corrupción, toma como punto de partida los parámetros impartidos por el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) contenidos en la metodología de administración de riesgos de función pública, la “Guía para la gestión de riesgo de corrupción”. De tal manera que el ciudadano pueda conocer de primera mano las acciones programadas para frenar este flagelo.

1.2 Definiciones

- **Causa:** Medios, circunstancias, situaciones o agentes generadores del riesgo.
- **Consecuencia:** Efectos generados por la ocurrencia de un riesgo que afecta los objetivos o un proceso de la entidad. Pueden ser entre otros, una pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento. Es el resultado de un evento que afecta los objetivos.
- **Corrupción:** Uso del poder para desviar la gestión de lo público hacia el beneficio
- **Gestión del riesgo de corrupción:** Es el conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo de corrupción.
- **Impacto.** Son las consecuencias o efectos que puede generar la materialización del riesgo de corrupción en la entidad
- **Mapa de riesgos de corrupción:** Documento con la información resultante de la gestión del riesgo de corrupción.
- **Plan anticorrupción y de atención al ciudadano:** Plan que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal.
- Según los lineamientos contenidos en el artículo 73 de la Ley 1474 del 2011, el mapa de riesgos de corrupción hace parte del plan anticorrupción y de atención al ciudadano.
- **Probabilidad.** Oportunidad de ocurrencia de un riesgo. Se mide según la frecuencia (número de veces en que se ha presentado el riesgo en un período determinado) o por la factibilidad (factores internos o externos que pueden determinar que el riesgo se presente).
- **Riesgos:** Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad, pudiendo entorpecer el desarrollo de sus funciones.
- **Riesgo de Corrupción:** Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para poder desviar la gestión de lo público hacia un beneficio



privado.

1.2 Política de Gestión de riesgos

El Hospital se compromete con un modelo de planeación y desarrollo organizacional que considera la administración del riesgo como elemento fundamental para la implementación y evaluación de los procesos y los proyectos que se adelanten. Esta administración del riesgo debe ser entendida como el proceso de identificación, valoración y control de todas aquellas acciones o circunstancias que puedan restringir, afectar o impedir el logro de los objetivos del proceso evaluado, impactando los indicadores de eficiencia, eficacia o calidad del mismo, que a su vez pueden producir limitaciones en el logro de los objetivos estratégicos de la organización.

La ESE, además, está comprometido con las buenas prácticas de gestión, las cuales, entre otras, buscan preservar la ética empresarial, garantizar la transparencia de su gestión, administrar eficientemente sus recursos, reconocer y respetar los derechos de los Usuarios y partes interesadas.

Dentro de la política de gestión de riesgos y el mapa de riesgos de la institución, están incluido los riesgos de corrupción, para que a partir de ahí se realice un monitoreo a los controles establecidos para los mismos.

- La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, en su quehacer cotidiano implementa el Sistema Integrado de Gestión y Control (SIGC), que no es otra cosa que la articulación armónica en la realización y control de actividades coordinadas que integran políticas, estrategias, objetivos, estructura orgánica, procesos y procedimientos, desarrollo tecnológico y del talento humano de la empresa, orientados de manera coherente a la satisfacción de los clientes, usuarios y demás partes interesadas y a garantizar el cumplimiento los objetivos organizacionales, dentro de los fines esenciales del Estado.
- La ESE, dispone actualizado, socializados y desplegados el Código de integridad, el cual se constituye como referente para la actuación ética y pulcra de sus servidores públicos.
- En la ESE se implementa el ejercicio independiente de Control Interno, las auditorías de calidad y de control interno para el mejoramiento continuo de los servicios a cargo de la empresa, así mismo, atiende las auditorías externas y acata sus dictámenes e implementa los

planes de mejoramiento que surgen como producto de las mismas.

- El Comité Directivo de Coordinación de Control Interno y Calidad y al equipo Operativo del SIGC, mantienen permanente control sobre la forma como se vienen aplicando por parte de los servidores, los principios, valores, políticas, planes, programas, metodologías o guías, manuales, protocolos, procedimientos, reglas y demás normas de autorregulación adoptadas por la empresa, con el propósito de proteger sus activos, asegurar la validez de la información y comunicación, promover la eficiencia y efectividad en las operaciones, estimular y asegurar el cumplimiento de las leyes, regulaciones internas y directrices emanadas de la alta gerencia.
- La ESE dispone del **Manual de gestión de Riesgo** como herramienta técnico administrativa para que el servidor público pueda identificar, analizar y manejar permanentemente el riesgo inherente a su actividad, garantizando el cumplimiento de los objetivos institucionales, la supervivencia de la entidad y fortaleciendo continuamente la credibilidad de la misma ante los usuarios y la comunidad en general
- Además, a lo anterior la Junta Directiva de la ESE Aprobó mediante acta Manual y las Políticas Institucionales para combatir el Lavado de activos y la Financiación del Terrorismo y la ESE las adoptó mediante Resolución No. 1477 DE 2016. Lo anterior Requerido por la Superintendencia de Salud mediante Circular Externa No. 009 de 2016.
- El Manual de Riesgo, está basado en la Guía Metodología de administración de riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública. La actualización de la Guía de Gestión de Riesgo, fue adoptada por la ESE mediante la Resolución No. 0995 del 21 de diciembre de 2021.”
- En la Guía de Gestión de Riesgo, se halla descritas las políticas institucionales para la administración del riesgo, tales como las orientadas a evitar que el riesgo se presente, a reducir el riesgo, para dispersar y atomizar el riesgo y para compartir o transferir el riesgo. (Ver Guía de Gestión de Riesgos)

1.3. Contexto Estratégico:

Corresponde a una visión general de los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos, en este propósito se analiza información del ambiente de control, de la estructura organizacional, del modelo de operación por procesos, del cumplimiento de planes y programas, de los recursos físicos y tecnológicos y de datos de siniestralidad entre otros.



Las situaciones del entorno o externas pueden ser de carácter social, cultural, económico, tecnológico, político, ambiental y legal, bien sean internacionales, nacionales o regionales según sea el caso de análisis.

Las situaciones internas están relacionadas con la estructura, cultura organizacional, el modelo de operación, el cumplimiento de los planes y programas, los sistemas de información, los procesos y procedimientos y los recursos humanos y económicos con los que cuenta una entidad.

1.4 Descripción del riesgo de corrupción.

Una vez identificadas las causas, se define el riesgo de corrupción del proceso o, procedimiento según sea el caso. El riesgo debe estar descrito de manera clara, sin que su redacción dé lugar a ambigüedades o confusiones con la causa generadora de los mismos según sea el caso. El riesgo debe estar descrito de manera clara, sin que su redacción dé lugar a ambigüedades o confusiones con la causa generadora de los mismos.

A manera de ilustración se señalan algunos de los procesos y procedimientos susceptibles de actos de corrupción, a partir de los cuales la entidad podrá identificar sus riesgos de corrupción. Estos necesariamente no serán los únicos que se tengan en cuenta, por lo que cada entidad deberá contemplar en el análisis aquellos procesos que en su quehacer resulten propensos a la corrupción:

Direccionamiento Estratégico (Alta Dirección)

- Concentración de autoridad o exceso de poder.
- Extralimitación de funciones.
- Ausencia de canales de comunicación.
- Amiguismo y clientelismo.

Financiero (Relacionados con áreas de Planeación y Presupuesto)

- Inclusión de gastos no autorizados.
- Inversiones de dineros públicos en entidades de dudosa solidez financiera, a cambio de beneficios indebidos para servidores públicos encargados de su administración.
- Inexistencia de registros auxiliares que permitan identificar y controlar los rubros de inversión.



- Archivos contables con vacíos de información.
- Afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto en beneficio propio o a cambio de una retribución económica.

De Contratación (Como proceso o los procedimientos ligados a éste)

- Estudios previos o de factibilidad superficiales.
- Estudios previos o de factibilidad manipulados por personal interesado en el futuro proceso de contratación. (Estableciendo necesidades inexistentes o aspectos que benefician a una firma en particular).
- Pliegos de condiciones hechos a la medida de una firma en particular.
- Disposiciones establecidas en los pliegos de condiciones que permiten a los participantes direccionar los procesos hacia un grupo en particular, como la media geométrica.
- Restricción de la participación a través de visitas obligatorias innecesarias, establecidas en el pliego de condiciones.
- Adendas que cambian condiciones generales del proceso para favorecer a grupos determinados.
- Urgencia manifiesta inexistente.
- Designar supervisores que no cuentan con conocimientos suficientes para desempeñar la función
- Concentrar las labores de supervisión de múltiples contratos en poco personal.
- Contratar con compañías de papel, las cuales son especialmente creadas para participar procesos específicos, que no cuentan con experiencia, pero si con músculo financiero.

De Información y Documentación.

- Concentración de información de determinadas actividades o procesos en una persona.
- Sistemas de información susceptible de manipulación o adulteración.
- Ocultar a la ciudadanía la información considerada pública
- Deficiencias en el manejo documental y de archivo

1.2 Evaluación del riesgo en sus fases de identificación, análisis y valoración:

Permite reconocer los eventos que puedan afectar la Entidad y sus características (agentes generadores, posibles causas, efectos,

probabilidad, impacto, calificación y medida(s) de respuesta).

1.2.1 Identificación del riesgo de corrupción

El análisis se realiza a partir del conocimiento de situaciones del entorno

RIESGOS EXTERNOS	
SECTOR	FACTORES
Político	- cambios de gobierno - politización del sector
Legales	- Improvisación en la legislación de salud y normas no favorables al sector. - Privatización del sector
Económicos	- Crisis Financiera del sector salud - Prácticas Corruptas en el manejo financiero - EPS no cancelan los servicios en los términos de ley
Sociales	- Violencia Social - Alta accidentalidad en Vehículos
Tecnológicas	- Difícil acceso a la tecnología de punta - Poca accesibilidad a las tecnologías de las comunicaciones - Tendencia a la centralización del recurso Humano y tecnológico en las ciudades capitales
Ambientales	- Cambio Climático y desastres naturales - Cambios patológicos - Contaminación Ambiental

de la ESE, tanto de carácter político, legal, social, económico, ambiental y/o cambios tecnológicos, entre otros; así como del examen de la situación actual de la empresa, basado en los resultados de los componentes de ambiente de control, estructura organizacional, modelo de operación por procesos, cumplimiento de los planes y programas, sistemas de información, procesos y procedimientos y los recursos económicos, entre otros. La percepción del riesgo del macro ambiente de la ESE, fue expresada por la alta dirección así:

Cuadro 1: Identificación de Riesgos Internos y Externos.



RIESGOS INTERNOS	
SECTOR	FACTORES
Infraestructura	- Vulnerabilidad sísmica de la planta física - Proliferación de construcciones, adecuaciones y/o Remodelaciones sin una debida Planeación
Tecnología	- Falta de Recursos para Inversión en Tecnología de punta - Falta de Recursos para implementar las tecnologías de las comunicaciones hacia los usuarios.
Personal	- Inestabilidad laboral e intermediación laboral - Dificultad para la contratación de personal especializado y sub-especializado en salud.
Financieros	- Il liquidez para funcionar adecuadamente - Alta cartera Morosa con EPS y demás pagadores - Lavado de activos y financiación del terrorismo
Servicios de salud	- Altos Eventos Adversos - Demandas Judiciales - Cumplimiento de condiciones mínimas de habilitación, sin recursos para ello
Archivo e Historias Clínicas	- Deterioro de la documentación del archivo central - Perdida y/ extravío de Historias Clínicas

Todos estos factores de riesgos internos y externos, la alta dirección los viene gestionando a través, del cumplimiento de los indicadores y metas fijados en el Plan de Gestión 2020 – 2024 y que deberán ser ajustados y/o revisados de acuerdo al plan de gestión de la nueva administración de la ESE en el periodo 2021, las auditorías internas realizadas por Control Interno, el seguimiento y evaluación de los eventos adversos en la atención en salud y la revisión ejercida al Sistema Integrado de Gestión y Control, con la participación activa de los servidores públicos

responsables de las diferentes líneas de acción establecidas en el Plan de Gestión y/o responsables de los procesos.

Para la identificación y evaluación se toma como base el contexto estratégico que reconoce las situaciones de riesgo de origen interno y externo para la entidad; luego se procede a la identificación de los riesgos, reconociendo variables como agentes generadores, causas, efectos entre otros, para realizar posteriormente la calificación de los riesgos.

Identificar los riesgos de corrupción inherentes a la actividad de la institución. Debido a que el Mapa de Riesgos de corrupción se elabora sobre procesos, se deben tener en cuenta los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, partiendo de ellos se identifican los procesos más vulnerables de la materialización de los riesgos de corrupción.

A partir de los factores internos y externos, se determinan los agentes generadores del riesgo sus causas (determinar una serie de situaciones que, por sus particularidades, pueden originar prácticas corruptas) y sus consecuencias (pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento).

1.2.1 Análisis del Riesgo de Corrupción

En esta etapa se realiza la medición del riesgo inherente. Es decir, determinar la probabilidad de materialización del riesgo y sus consecuencias o impacto antes de controles, con el fin de establecer la zona de riesgo inicial.

Probabilidad. Es la oportunidad de ocurrencia de un evento de riesgo. Se mide según la frecuencia (número de veces en que se ha presentado el riesgo en un período determinado) o por la factibilidad (factores internos o externos que pueden determinar que el riesgo se presente).

Medición y valoración del riesgo.

Las siguientes tablas describen las categorías y valores de medición propuestos para los estadios encontrados en la probabilidad y la tabla para el impacto.

Figura No. 11 Criterios para medir el nivel de probabilidad de los riesgos de corrupción.

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
Muy Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

corrupción en la entidad. Se determina el riesgo inherente: Corresponde a la primera calificación y evaluación del riesgo de corrupción antes de controles.

Tabla No. 6 Criterios para calificar el impacto en los riesgos de corrupción



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA**
NIT: 891.180.026-5

No.	PREGUNTA: SI EL RIESGO DE CORRUPCIÓN SE MATERIALIZA PODRIA...	RESPUESTA	
		SI	NO
1	Afectar al grupo de funcionarios del proceso ?	X	
2	Afectar el cumplimiento de metas yobjetivos de la dependencia	X	
3	Afectar el cumplimiento de misión de la entidad ?	X	
4	Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la entidad ?	X	
5	Generar pérdida de confianza de la entidad, afectando su reputación ?	X	
6	Generar pérdida de recursos económicos ?	X	
7	Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios ?	X	
8	Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien, servicios o recursos públicos	X	
9	Generar pérdida de información de la entidad ?		X
10	Generar intervención de los organos de control, de la Fiscalía o de otro ente ?	X	
11	Dar lugar a procesos sancionatorios ?	X	
12	Dar lugar a procesos disciplinarios ?	X	
13	Dar lugar a procesos fiscales ?		X
14	Dar lugar a procesos penales ?		X
15	Generar pérdida de credibilidad del sector ?		X
16	Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas ?		X
17	Afectar la imagen regional ?	X	
18	Afectar la imagen nacional ?		X
19	Generar daño ambiental ?		X
Responder afirmativamente de UNA a CINCO pregunta (s) genera un impacto moderado.		13	NIVEL DE IMPACTO MAYOR
Responder afirmativamente de SEIS a ONCE preguntas genera un impacto mayor.			
Responder afirmativamente de DOCE a DIECINUEVE preguntas genera un impacto catastrófico.			
MODERADO	Genera medianas consecuencias sobre la entidad		
MAYOR	Genera altas consecuencias sobre la entidad.		

Tipos de riesgos de corrupción

Direccionamiento estratégico (alta Dirección)	Concentración de autoridad o exceso de poder. Extralimitación de funciones. Ausencia de canales de comunicación Amiguismo y clientelismo
	Inclusión de gastos no autorizados



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA**
NIT: 891.180.026-5

Financiero (planeación y presupuesto)	Inversión de dineros públicos en entidades de dudosa solidez financiera a cambio de beneficios indebidos para servidores públicos encargado de su administración. Inexistencia de registros auxiliares que permitan identificar y controlar rubros de inversión. Inexistencia de archivos contables Afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto en beneficio propio o a cambio de una retribución económica.
De contratación	Estudios previos o de factibilidad deficientes. Estudios previos o de factibilidad manipulados por personal interesado en el futuro proceso de contratación (Estableciendo necesidades inexistentes o aspectos que benefician a una firma en particular). Pliegos de condiciones hechos a la medida de una firma en particular. Disposiciones establecidas en los pliegos de condiciones que permiten a los participantes direccionar los procesos hacia un grupo en particular. Visitas obligatorias establecidas en el pliego de condiciones que restringen la participación. Adendas que cambian condiciones generales del proceso para favorecer a grupos determinados. Declarar la urgencia manifiesta inexistente. Concentrar las labores de supervisión en poco personal.



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA**
NIT: 891.180.026-5

	Contratar con compañías de papel que no cuentan con experiencia.
De información y documentación	Ausencia o debilidad de medidas y/o políticas de conflicto de interés. Concentración de información de determinadas actividades o procesos en una persona. Ausencia de sistemas de información que puedan facilitar el acceso a información y su posible manipulación o adulteración. Ocultar la información considerada pública para los usuarios. Ausencia o debilidad de canales de comunicación.
De investigación y sanción	Inexistencia de canales de denuncia interna o externa. Dilatar el proceso para lograr el vencimiento de términos o la prescripción de este. Desconocimiento de la Ley mediante interpretaciones subjetivas de las normas vigentes para evitar o postergar su aplicación. Exceder facultades legales en los fallos.
De trámites y/o servicios internos y externos	Cobros asociados al trámite Influencia de tramitadores Tráfico de influencias (amiguismo, persona influyente)
De reconocimiento de un derecho (expedición de licencias y/o permisos)	Falta de procedimientos claros por el trámite



	Imposibilitar el otorgamiento de una licencia o permiso. Tráfico de influencias (amiguismo, persona influyente)
--	--

1.2. Seguimiento.

Dentro del Mapa de Riesgos por Procesos, se establecen los controles a los riesgos, las acciones a desarrollar, los responsables y los indicadores a lograr, constituyéndose ello, en el plan para la administrar los riesgos por procesos, el cual, debe ser monitoreado y evaluado permanentemente por cada responsable del proceso, teniendo en cuenta que los riesgos nunca dejan de representar una amenaza para el logro de los objetivos la empresa

El monitoreo y la evaluación es esencial para asegurar que el plan permanezca vigente que las acciones ejecutadas están siendo efectivas para el control de los riesgos. Es fundamental adelantar revisiones periódicas sobre la marcha del plan de manejo de riesgos, para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que pueden estar influyendo en la aplicación de las acciones preventivas y de mejora para la mitigación de los riesgos.

La evaluación independiente de la efectividad en la implementación de las políticas de administración del riesgo, estará a cargo del Asesor de Control Interno y su finalidad principal será la de aplicar los correctivos y ajustes necesarios para asegurar un efectivo manejo del riesgo institucional

De acuerdo al resultado del análisis efectuado al control que se haya propuesto, el responsable del proceso deberá determinar si es pertinente o si requiere del establecimiento de controles adicionales o complementarios, con el fin de evitar o prevenir el riesgo.

Mapa de Riesgos de Corrupción

El Mapa de Riesgo de Corrupción de la ESE, se preparó y formuló mediante el análisis crítico de las metodologías expedidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública (Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 5) y la metodología emanada de la Presidencia de la República



denominada **Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano**. De igual manera se realizó teniendo en cuenta la Guía Metodológica para la Gestión del Riesgo adoptada por la E.S.E Hospital mediante Resolución 0995 del 21 de diciembre de 2021.

Una vez realizado el proceso para identificar los riesgos de corrupción y las medidas para mitigarlos, se elabora el mapa de riesgos de corrupción de la respectiva entidad. A continuación, se presenta el modelo que deben elaborar las entidades.

Se adjunta formato de matriz anticorrupción como Anexo 1 al presente documento.

ESTRATEGIA DE MITIGACION DE RIESGOS

1. Se fortalecerá la gestión de la calidad, definido por procesos y procedimientos, identificando los responsables del monitoreo y la medición de los indicadores.
2. Se divulgará a través de la página web de la ESE de Garzón Dptal - Huila, el Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano, para que sea conocido y comprendido por todos los funcionarios del Hospital y la comunidad en general.
3. Elaborar circular para que los funcionarios consulten el Plan anti corrupción y de atención al ciudadano.
4. Construcción y divulgación del mapa de riesgos.
5. Estimular la participación y atención al ciudadano en la página web de la entidad una vez sea diseñada y puesta en marcha, para que sea utilizado el espacio de quejas y reclamos, para la denuncia de actos de corrupción de funcionarios de la entidad si lo hubiere.
6. Al igual una vez diseñada e implementada se publicará en la página web con fácil acceso a la ciudadanía los Planes, Programas y proyectos con los respectivos informes periódicos de su ejecución.
7. Garantizar la idoneidad de los contratistas, para lograr los objetivos institucionales.
8. También se deben publicar en la página web de la institución, los estados financieros y la ejecución presupuestal una vez ente en funcionamiento.
9. Implementación de mecanismo de seguimientos a trámites institucionales.
10. Fortalecimiento de la implementación del Programa Gobierno en Línea.



11. Capacitación a los funcionarios en deberes y prohibiciones de los funcionarios públicos.
12. Ajuste y publicación del manual de contratación de la institución.
13. Diseño del programa de gestión documental.
14. Diseñar y monitorear el indicador de transparencia de la institución.

2. SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

2.1 Generalidades

La política de racionalización de trámites del Gobierno Nacional es liderada por el

Departamento Administrativo de la Función Pública; busca facilitar el acceso a los servicios que brinda la Institución. Con ella se busca simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar los trámites existentes, así como acercar al ciudadano a los servicios que presta el Estado, mediante la modernización y el aumento de la eficiencia de sus procedimientos. No cabe duda de que los trámites, procedimientos y regulaciones innecesarios afectan la eficiencia, eficacia y transparencia de la administración pública.

En efecto, a mayor cantidad de trámites y de actuaciones, aumentan las posibilidades de que se presenten hechos de corrupción. Se pretende, por lo tanto, entre otras cosas, eliminar factores generadores de acciones tendientes a la corrupción, materializados en exigencias absurdas e innecesarias, cobros, demoras injustificadas, etc

Así las cosas, una estrategia de lucha contra la corrupción debe incluir, como eje fundamental, mecanismos encaminados a la racionalización de trámites, que permitan.

- Respeto y trato digno al ciudadano, rompiendo el esquema de desconfianza para con el Estado.
- Contar con mecanismos y herramientas que restablezcan la presunción de la buena fe.
- Facilitar la gestión de los servidores públicos.
- Mejorar la competitividad del país.
- Construir un Estado moderno y amable con el ciudadano

La ESE ha venido trabajando en la implementación de la Estrategia de Gobierno en Línea, con avances importantes en las diferentes fases de

desarrollo de la Estrategia, así:

2.2 Lineamientos Generales:

Para cumplir con la política de racionalización de trámites adelantada por el Departamento Administrativo de la Función pública, se hace necesario resaltar la importancia que tiene dentro del proceso de implementación de esta política el desarrollo de las fases propuestas para la estrategia anti trámites.

Identificación de Trámites: A este respecto se identificaron algunos los elementos que integran los trámites y procedimientos administrativos, con el fin de evaluar la pertinencia, importancia y valor agregado para el usuario, los cuales fueron posteriormente registrados en el SUIT. Sin embargo, a la fecha no se ha logrado implementar ningún trámite en línea

Luego estas actividades serán abordadas y desarrolladas en la presente vigencia fiscal, en concordancia con lo fijado en la metodología de la Presidencia de la República, así:

- Revisión de procesos
- Identificación de trámites o servicios factibles de intervenir

2.2.2. Priorización de trámites a intervenir, con base en la identificación de los trámites, se priorizarán aquellos que sean factibles de automatizar en línea, previo análisis de conveniencia técnico-económica para la ESE y los usuarios.

2.2.3. Racionalización de Trámites: Se continuará con la simplificación, estandarización, eliminación, automatización, adecuación o eliminación normativa, optimización del servicio, interoperabilidad de información pública y procedimientos administrativos orientados a facilitar la acción del ciudadano frente a la ESE. En la vigencia 2021 se logró racionalizar el trámite de atención de entrega de laboratorio clínico.

2.2.4. Interoperabilidad: La definición de interoperabilidad se toma del documento Marco de Interoperabilidad de Gobierno en línea versión 2010. “**Interoperabilidad** es el ejercicio de colaboración entre organizaciones para intercambiar información y conocimiento en el marco de sus procesos de negocio, con el propósito de facilitar la entrega de servicios en línea a ciudadanos, empresas y a otras entidades.



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA**
NIT: 891.180.026-5

Los resultados de la interoperabilidad se deben reflejar en intercambio de información por parte de las entidades, mediante mecanismos tales como web cervices, cadenas de Trámites y/o Ventanillas Únicas.

Para adelantar la Estrategia Anti trámites, la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón, ha elaborado dos documentos como herramienta para su implementación:

- Documento para realizar el diagnóstico de trámites y servicios.
- Documento técnico-económico para la racionalización de trámites

Cuadro 4: Estrategia de racionalización de trámites.

		Nombre de la Entidad							
		Sector Administrativo							
		Departamento:							
		Municipio:							
PLANEACION DE LA ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN									
N °	OMBRE DEL TRÁMITE, PROCESO O PROCEDIMIENTO	TIPO DE RACIONALIZ ACIÓN	ACCIÓN ESPECÍFICA DE RACIONALIZA CIÓN	SITUACIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DE LA MEJORA A REALIZAR AL TRÁMITE, PROCESOO PROCEDIMIEN TO	BENEFIC IO AL CIUDADA NO Y/O ENTID AD	DEPENDEN CIA RESPON SA BLE	FECHA REALIZACIÓN	
								INICIO dd/mm/aa	dd/mm/aa
1									
2									
3									
4									
5									
6									



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA**
NIT: 891.180.026-5

7									
8									
9									
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN (CADENAS DE TRÁMITES - VENTANILLAS ÚNICAS)									
1									
2									
3									
4									
5									
	Nombre del					Número de			
	Responsable:					teléfono:			
	Correo electrónico:					Fecha aprobación del plan:			

3.TERCER COMPONENTE: RENDICION DE CUENTAS

2.1 Informe de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía de la Vigencia 2021

Según el documento CONPES 3654 del 12 de abril de 2010, señala que la rendición de cuentas es una expresión de control social, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la evaluación de la gestión, y que busca la transparencia de la gestión de la administración pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno.

De conformidad con el artículo 78 del Estatuto Anticorrupción todas las entidades y organismos de la Administración Pública deben rendir cuentas de manera permanente a la ciudadanía.

En cumplimiento de lo anterior, la ESE ha venido desarrollando e implementado los instrumentos tecnológicos de las comunicaciones, tales como la página web, los correos institucionales, el chat, el Foro, a través de los cuales, la ciudadanía en general puede mantenerse informada e interactuar con funcionarios de la empresa.

Página Web www.hospitalsvpgarzon.gov.co, con actualización



permanente presenta información relacionados con el plan de gestión, planes de acción e informes de gestión e informes financieros, en enlace Gestión – Rendición de cuentas, la ciudadanía encuentran dichos informes de gestión de la administración de la empresa; y será a través, de este medio que se seguirá dando cumplimiento por regla general, con lo fijado por el artículo 78 de la Ley 1474 de 2011.

No obstante, terminada cada vigencia fiscal, en el mes de Abril del siguiente año, la ESE define la fecha para la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas a la ciudadanía en la página de la supersalud, de la gestión empresarial realizada, cuyas conclusiones son remitidas a la Superintendencia Nacional de Salud a través del aplicativo establecido para ello; dando cumplimiento con lo fijado por el artículo 109 de la Ley 1438 de 2011, en los Plazos y condiciones establecidas para ello.

Cada año, la rendición de cuentas se realiza en un sitio determinado, amplio y de fácil acceso al público, con la Participación de la ciudadanía, veedurías ciudadanas y representantes de distintas agremiaciones e instituciones, donde el único objetivo es dar a conocer a la opinión pública la gestión realizada por la ESE, demostrando su ejecutoria con Transparencia y Calidad Humana. En la vigencia 2020 y 2021 el acto de rendición de cuentas se ha realizado de manera virtual, atendiendo las directrices del Gobierno Nacional para la atención de la emergencia generada por el COVID-19.

2.2 Pasos para la estrategia de la rendición de cuentas

Paso 1: Análisis del estado de la rendición de cuentas de la entidad

La ESE debe realizar un balance de debilidades y fortalezas de la rendición de cuentas del año inmediatamente anterior, así como la identificación de grupos de interés y necesidades para adelantar las acciones necesarias que sean posibles adelantar en la próxima rendición de cuentas.

Paso 2 Definición del objetivo, la meta y las de acciones para desarrollar la estrategia.

En este paso la ESE Hospital departamental San Vicente de Paúl de Garzón debe generar la construcción del objetivo general y específicos de la rendición de cuentas con la idea de alcanzar las acciones propuestas e

identificadas. El paso anterior genera los insumos necesarios para la construcción de objetivos y acciones pertinentes.

El diseño de la estrategia deberá comprender:

- Establecimiento del objetivo, metas y seguimiento,
- Selección de acciones para divulgar la información en lenguaje claro,
- Selección de acciones para promover y realizar el diálogo y,
- Selección de acciones para generar incentivos.

Paso 3 Implementación de las acciones programadas

Este paso comprende la realización de las acciones elegidas de los pasos anteriores, que permitan dar alcance al objetivo propuesto, así como la articulación de otras actividades que permitan dar cumplimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano.

Paso 4 Evaluación interna y externa del proceso de rendición de cuentas

La autoevaluación como elemento importante dentro de la estrategia de rendición de cuentas, consistente en determinar y evaluar las acciones adelantadas en el marco del desarrollo de la estrategia permite hacer un análisis interno y retroalimentar las acciones que dejaron una buena percepción de aquellas no fueron bien acogidas.

Como proceso de evaluación externa es la que realiza la ciudadanía con el ánimo de identificar oportunidades de mejora.

A partir de los resultados de las evaluaciones internas y externas, resultan como elemento base para adelantar el plan de mejoramiento de la estrategia.

Cuadro 5: Formulación de la Estrategia de Rendición de Cuentas.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano				
Componente 3: Rendición de cuentas				
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA**
NIT: 891.180.026-5

Subcomponente 1 Información de calidad y en lenguaje comprensible	1.1	"Actividad 1.1"			
	1.2	"Actividad 1.3"			
	1.3	"Actividad 1.3"			
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2.1	"Actividad 2.1"			
	2.2	"Actividad 2.2"			
	2.3	"Actividad 2.3"			
Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3.1	"Actividad 3.1"			
	3.2	"Actividad 3.2"			
	3.3	"Actividad 3.3"			
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1	"Actividad 4.1"			
	4.2	"Actividad 4.2"			
	4.3	"Actividad 4.3"			

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO		
COMPONENTE No. 3: Rendición de cuentas		
Actividad	Responsable	Fecha Programada
Diseñar la estrategia de rendición de cuentas para la vigencia 2022 correspondiente a la vigencia 2021	Gerente	Marzo-2022
De Definir los temas prioritarios y relevantes sobre los cuales va a rendir cuentas a la comunidad.	Gerente	Marzo-2022
Re Realizar convocatoria para la rendición de cuentas	Gerente	Abril-2022



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5**

Re Realizar el evento público de la rendición de cuentas	Gerente	Mayo-2022
Evaluar la audiencia Pública de Rendición de cuentas	Gerente	Junio de 2022
Pu Publicar el Acta e Informe Final de Rendición de cuentas.	Gerente	Julio de 2022

4.CUARTO COMPONENTE: MECANISMO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

2.3 Estructura administrativa y direccionamiento estratégico

La ESE deberá formular las acciones necesarias que fortalezcan el nivel de importancia e institucionalidad del tema de servicio al ciudadano a su interior, reforzando el compromiso de la Alta Dirección, la existencia de una institucionalidad formal para la gestión del servicio al ciudadano, la formulación de planes de acción y asignación de recursos.

Para esto es muy importante implementar acciones relacionadas con:

- Institucionalizar una dependencia que lidere la mejora del servicio al ciudadano al interior de la entidad y que dependa de la Alta Dirección.
- Incorporar recursos en el presupuesto para el desarrollo de iniciativas que mejoren el servicio al ciudadano.
- Establecer mecanismos de comunicación directa entre las áreas de servicio al ciudadano y la alta Dirección para facilitar la toma de decisiones y el desarrollo de iniciativas de mejora.

Fortalecimiento de los Canales de Atención.

Dentro de esta estrategia la E.S.E Hospital requiere implementar la Ventanilla Única como herramienta para el mejoramiento de la



comunicación con los usuarios y grupos de valor.

- Establecer canales de atención que permitan la participación ciudadana.
- Implementar protocolos de atención al ciudadano.
- Implementar un sistema de turnos que permita la atención ordenada de los requerimientos de los ciudadanos.
- Adecuar los espacios físicos de acuerdo con la normativa vigente en materia de accesibilidad y señalización.
- Integrar canales de atención e información para asegurar la consistencia y homogeneidad de la información que se entregue al ciudadano por cualquier medio.

Talento Humano

Dentro de las actividades que la ESE debe fortalecer se encuentran las siguientes acciones:

- Fortalecer las competencias de los servidores públicos que atienden directamente a los ciudadanos a través de procesos de cualificación.
- Promover espacios de sensibilización para fortalecer la cultura de servicio al interior de las entidades.
- Fortalecer los procesos de selección del personal basados en competencias orientadas al servicio.
- Evaluar el desempeño de los servidores públicos en relación con su comportamiento y actitud en la interacción con los ciudadanos.
- Incluir en el Plan Institucional de Capacitación temáticas relacionadas con el mejoramiento del servicio al ciudadano, como, por ejemplo: cultura de servicio al ciudadano, fortalecimiento de competencias para el desarrollo de la labor de servicio, innovación en la administración pública, ética y valores del servidor público, normatividad, competencias y habilidades personales, gestión del cambio, lenguaje claro, entre otros.
- Establecer un sistema de incentivos monetarios y no monetarios.

Normativo y procedimental

4.4.1. Definiciones.

- **Petición:** es el derecho fundamental que tiene toda persona a presentar solicitudes respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener su pronta resolución.
- **Queja:** es la manifestación de protesta, censura, descontento o inconformidad que formula una persona en relación con una conducta que considera irregular de uno o varios servidores públicos en desarrollo de sus funciones.
- **Reclamo:** es el derecho que tiene toda persona de exigir, reivindicar o demandar una solución, ya sea por motivo general o particular, referente a la prestación indebida de un servicio o a la falta de atención de una solicitud.
- **Sugerencia:** es la manifestación de una idea o propuesta para mejorar el servicio o la gestión de la entidad.
- **Denuncia:** Es la puesta en conocimiento ante una autoridad competente de una conducta posiblemente irregular, para que se adelante la correspondiente investigación penal, disciplinaria, fiscal, administrativa - sancionatoria o ético profesional. Es necesario que se indiquen las circunstancias de tiempo modo y lugar, con el objeto de que se establezcan responsabilidades.
- **Deber de denunciar:** Es deber de toda persona denunciar a la autoridad competente las conductas punibles de que tenga conocimiento. Para los servidores públicos tiene connotación constitutiva de infracción de conformidad con el artículo 6 de la Constitución Política.

Gestión.

4.4.1.1. Recepción:

Con el fin de asegurar la existencia de un registro y número de radicado único de las comunicaciones, se debe facilitar el control y el seguimiento de los documentos. Las actividades de recepción, radicación y registro de documentos las deben realizar únicamente las dependencias de correspondencia o quien haga sus veces.

- La entidad deberá disponer de un enlace de fácil acceso, en su página web, para la recepción de peticiones, quejas, sugerencias, reclamos y denuncias, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Programa Gobierno en Línea. (www.gobiernoenlinea.gov.co).



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5**

- Diseñar formatos electrónicos que faciliten la presentación de peticiones, quejas, reclamos y denuncias por parte de los ciudadanos.
- Construir un sistema de registro ordenado de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias.
- Informar a la ciudadanía sobre los medios de atención con los que cuenta la entidad para recepción de peticiones, quejas, sugerencias, reclamos y denuncias de actos de corrupción.

Oficina, Dependencia o Entidad Competente:

En toda entidad pública deberá existir por lo menos una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen en relación con el cumplimiento de la misión de la entidad.

Consideraciones Generales:

Las dependencias encargadas de la gestión de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos, deberán cumplir con los términos legales: Toda actuación que inicie cualquier persona ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política, sin que sea necesario invocarlo. Mediante este, entre otras actuaciones, se podrá solicitar el reconocimiento de un derecho o que se resuelva una situación jurídica, que se le preste un servicio, que se le entregue información, se le permita consultar, examinar y requerir copias de documentos, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e interponer recursos.

Conforme al artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, los términos para resolver son:

- ✓ Para cualquier petición: 15 días siguientes a la recepción.
- ✓ Para la petición de documentos: 10 días siguientes a la recepción.
- ✓ Consultas de materias a su cargo: 30 días siguientes a la recepción.
- ✓ Peticiones entre autoridades: 10 días siguientes a la recepción

El servidor público que conozca de la comisión de una conducta punible que deba investigarse de oficio, iniciará la investigación, si tuviere competencia. De lo contrario, pondrá el hecho en conocimiento de la autoridad



competente.

NOTA: Las denuncias por actos de corrupción que reciban las entidades públicas deben ser trasladadas al competente. Al ciudadano se le informará del traslado, sin perjuicio de las reservas de ley.

Seguimiento.

- Dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 594 de 2000 – Título V Gestión de Documentos, implementando un Programa de Gestión Documental que permita hacer seguimiento a la oportuna respuesta de los requerimientos de los ciudadanos y a la trazabilidad del documento al interior de la entidad.
- Crear mecanismos de seguimiento a la respuesta oportuna de las solicitudes presentadas por los ciudadanos.
- Disponer de un registro público sobre los derechos de petición de acuerdo con Circular Externa N° 001 del 2011 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las Entidades del orden nacional y territorial.
- Identificar y analizar los derechos de petición de solicitud de información y los relacionados con informes de rendición de cuentas.
- Integrar los sistemas de peticiones, quejas, reclamos y denuncias con los organismos de control.
- Elaborar trimestralmente informes sobre las quejas y reclamos, con el fin de mejorar el servicio que presta la entidad y racionalizar el uso de los recursos.

Control:

- Oficina de Control Disciplinario Interno: Las entidades deben organizar una oficina, que se encargue adelantar los procesos disciplinarios en contra sus servidores públicos.
- Las oficinas de control disciplinario deberán adelantar las investigaciones en caso de:
 - ✓ Incumplimiento a la respuesta de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos en los términos contemplados en la ley.
 - ✓ Quejas contra los servidores públicos de la entidad.



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5**

- Oficina de Control Interno: vigilarán que la atención se preste de acuerdo con las normas y los parámetros establecidos por la entidad. Sobre este aspecto, rendirán un informe semestral a la administración de la entidad.

Relacionamiento ciudadano:

- Llevar un registro sistemático de las observaciones presentadas por las veedurías ciudadanas.
- Evaluar los correctivos que surjan de las recomendaciones formuladas por las veedurías ciudadanas.
- Facilitar y permitir a las veedurías ciudadanas el acceso a la información para la vigilancia de su gestión y que no constituyan materia de reserva judicial o legal.

A continuación, se desarrolla los parámetros básicos que deben cumplir las dependencias encargadas de la gestión de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos de las entidades

públicas, para el cumplimiento del artículo 76 de la Ley 1474 de 2011; estos parámetros se han desarrollado de manera coordinada con la Programa Nacional de Servicio al Ciudadano, el Programa de Gobierno en Línea y el Archivo General de la Nación

La ESE, comprometida con la política de atención al ciudadano, ha desarrollado los siguientes instrumentos y/o mecanismos facilitadores del acercamiento entre la empresa y sus usuarios y demás partes interesadas:

- Página Web www.hospitalsvpgarzon.gov.co, con actualización permanente presenta información relacionados con los planes de gestión y planes de acción, así como de los informes de gestión e información financiera en cada anualidad.
- Oficina de Atención al Usuario, encargada de atender, asesorar y proveer la información misional veraz y oportuna a los usuarios y demás partes interesadas, de forma presencial, virtual y vía telefónica, crea relaciones de respeto y fortalece la imagen institucional centrada en el usuario.
- Presentación de consultas, quejas y reclamos: A través de la página Web, en **Usuario** enlace Buzón de Percepciones, Quejas, Reclamos o Sugerencias (PQR's) puede formular sus requerimientos.
- Interactué con la ESE en:



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA**
NIT: 891.180.026-5

- A través del correo electrónico siau@hospitalsvpgarzon.gov.co presente sus consultas.
- Sede central de la empresa: Calle 7 No. 14 -69, primer piso Garzón Huila.
- Personalmente: En la sede central de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl. Oficina de Atención al Usuario.
- Buzones físicos ubicados en las unidades de prestación de servicios de salud de la ESE.
- En el PBX (098) 8332533 o Vía Fax: (098) 8333225. Gerencia (098) 8332570.

Cuadro 6: Estrategia de Atención al Ciudadano

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano					
Componente 4: Atención al ciudadano					
Subcomponente		Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1	"Actividad 1.1"			
	1.2	"Actividad 1.3"			
	1.3	"Actividad 1.3"			
Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención	2.1	"Actividad 2.1"			
	2.2	"Actividad 2.2"			
	2.3	"Actividad 2.3"			
	2...	"Actividad 2..."			
Subcomponente 3 Talento Humano	3.1	"Actividad 3.1"			
	3.2	"Actividad 3.2"			
	3.3	"Actividad 3.3"			
Subcomponente 4 Normativo y procedimental	4.1	"Actividad 4.1"			
	4.2	"Actividad 4.2"			
	4.3	"Actividad 4.3"			
Subcomponente 5 Relacionamiento con el ciudadano	5.1	"Actividad 5.1"			
	5.2	"Actividad 5.2"			
	5.3	"Actividad 5.3"			

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO
COMPONENTE No. 4: SERVICIO AL CIUDADANO



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA**
NIT: 891.180.026-5

Actividad	Responsable	Fecha Programada
Capacitar y entrenar a todos los colaboradores de la ESE Nuestra Señora de las Mercedes, para brindar una información y atención al usuario de manera humanizada	Atención al Usuario Líder de humanización	Semestral
Informar y promover la comunicación con los usuarios, fortaleciendo los canales de reporte de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias	Atención al usuario	Bimensual
Seguimiento periódico al cumplimiento de la respuesta oportuna, pertinente y válida de las PQRS	Control Interno	Cuatrimestral
Fortalecer los procesos de atención preferencial en todos los servicios de la Institución	Atención al Usuario	Mensual
Mantener actualizada la información dispuesta al público sobre: Derechos y deberes de usuarios y medios para garantizarlos, trámites y servicios e información de servicio al ciudadano.	Atención al Usuario	Mensual
Socializar al cliente interno y externo los procedimientos para la atención de peticiones, quejas, reclamos,	Atención al Usuario	Bimensual



sugerencias, y denuncias (PQRSD)		
Fortalecer el proceso de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD), de forma virtual a través de la página web institucional.	Atención al Usuario	Mensual
Sensibilizar a los colaboradores frente a los derechos de los usuarios	Atención al Usuario	Bimensual
Realizar encuesta Mensual de percepción a los usuarios	Atención al Usuario	Mensual

5. QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.

Este componente está a cargo de la Secretaría de Transparencia como Entidad líder del diseño, promoción e implementación de la Política de Acceso a la Información Pública, en coordinación con el Ministerio de Tecnología de la Información y Comunicaciones, Función Pública, el DNP, el Archivo General de la Nación y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). El componente se enmarca en las acciones para la implementación de la Ley de Transparencia y Acceso a Información Pública Nacional 1712 de 2014 y los lineamientos del primer objetivo del CONPES 167 de 2013 “Estrategia para el mejoramiento del acceso y la calidad de la información pública”.

El derecho de acceso a la información pública.

Este componente recoge los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de Acceso a la Información Pública regulado por la Ley 1712 de 2014 y el Decreto Reglamentario 1081 de 2015, según la cual toda



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

La garantía del derecho implica:

- La obligación de divulgar proactivamente la información pública.
- Responder de buena fe, de manera adecuada, veraz, oportuna y accesible a las solicitudes de acceso.
- La obligación de producir o capturar la información pública.
- Obligación de generar una cultura de transparencia.
- Obligación de implementar adecuadamente la ley y sus instrumentos.

Entendiéndose por información pública todo conjunto organizado de datos contenidos en cualquier documento, que las entidades generen, obtengan, adquieran, transformen, o controlen. Dicha información debe cumplir con criterios de calidad, veracidad, accesibilidad y oportunidad.

Lineamientos de transparencia activa

Los archivos desorganizados obstaculizan una buena gestión de la administración y favorecen la comisión de prácticas corruptas. Cuando los documentos se desconocen, destruyen, esconden, alteran y carecen de procesos técnicos de archivos, se abre un espacio para hechos de corrupción. Es oportuno recordar que es delito falsificar, destruir, suprimir u ocultar documentos públicos, en la medida que estos pueden servir de prueba, de acuerdo con lo establecido en los artículos 287 y 292 del Código Penal.

De tal manera que los programas de gestión y administración documental, contribuyen a la modernización del Estado. Un adecuado manejo de la gestión documental y unos archivos organizados se convierten en una herramienta para planeación y para la lucha contra la corrupción.

A continuación, se desarrolla los parámetros básicos que deben cumplir las dependencias encargadas de la gestión de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos de las entidades públicas, para el cumplimiento del artículo 76 de la Ley 1474 de 2011; estos parámetros se han desarrollado de manera coordinada con la Programa Nacional de Servicio al Ciudadano, el Programa de Gobierno en Línea y el Archivo General de la Nación.



Programa de Gestión Documental.

Se deberá adoptar un Programa de Gestión Documental en el cual se establezcan los procedimientos y lineamientos necesarios para la producción, distribución, organización, consulta y conservación de los documentos públicos. Este Programa deberá integrarse con las funciones administrativas del sujeto obligado. Deberán observarse los lineamientos y recomendaciones que el Archivo General de la Nación y demás entidades competentes expidan en la materia.

Archivos.

Se debe asegurar de que existan dentro de sus entidades procedimientos claros para la creación, gestión, organización y conservación de sus archivos. Los procedimientos adoptados deberán observar los lineamientos que en la materia sean producidos por el Archivo General de la Nación.

Sistemas de información:

Como herramienta para promover el acceso a la información pública, deben asegurar que:

- Se encuentren alineados con los distintos procedimientos y articulados con los lineamientos establecidos en el Programa de Gestión Documental de la entidad.
- Gestionen la misma información que se encuentre en los sistemas administrativos del sujeto obligado.
- En el caso de la información de interés público, deberá existir una ventanilla en la cual se pueda acceder a la información en formatos y lenguajes comprensibles para los ciudadanos.
- Se encuentren alineados con la estrategia de gobierno en línea o de la que haga sus veces.

Lineamientos de transparencia pasiva

De la Estructura



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5**

- La descripción de su estructura orgánica, funciones y deberes, la ubicación de sus sedes y áreas, divisiones o departamentos, y sus horas de atención al público.
- Su presupuesto general, ejecución presupuestal histórica anual y planes de gasto público para cada año fiscal, de conformidad con el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011.
- Un directorio que incluya el cargo, direcciones de correo electrónico y teléfono del despacho de los empleados y funcionarios y las escalas salariales correspondientes a las categorías de todos los servidores que trabajan en el sujeto obligado, de conformidad con el formato de información de servidores públicos y contratistas (según formato de la función pública).
- Todas las normas generales y reglamentarias, políticas, lineamientos o manuales, las metas y objetivos de las unidades administrativas de conformidad con sus programas operativos y los resultados de las auditorías al ejercicio presupuestal e indicadores de desempeño.
- Su respectivo plan de compras anuales, así como las contrataciones adjudicadas para la correspondiente vigencia en lo relacionado con funcionamiento e inversión, las obras públicas, los bienes adquiridos, arrendados y en caso de los servicios de estudios o investigaciones deberá señalarse el tema específico, de conformidad con el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011. En el caso de las personas naturales con contratos de prestación de servicios, deberá publicarse el objeto del contrato, monto de los honorarios y direcciones de correo electrónico, de conformidad con el formato de información de servidores públicos y contratistas (según formato de la función pública).
- Los plazos de cumplimiento de los contratos.
- Publicar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, de conformidad con el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011.

De Servicios, Procedimientos y Funcionamiento de la Institución.

- Detalles pertinentes sobre todo servicio que brinde directamente al público, incluyendo normas, formularios y protocolos de atención.
- Toda la información correspondiente a los trámites que se pueden agotar en la entidad, incluyendo la normativa relacionada, el proceso, los costos asociados y los distintos formatos o formularios requeridos.
- Una descripción de los procedimientos que se siguen para tomar decisiones en las diferentes áreas.
- El contenido de toda decisión y/o política que haya adoptado y afecte al público, junto con sus fundamentos y toda interpretación autorizada de



ellas.

- Todos los informes de gestión, evaluación y auditoría del sujeto obligado.
- Todo mecanismo interno y externo de supervisión, notificación y vigilancia pertinente del sujeto obligado.
- Sus procedimientos, lineamientos, políticas en materia de adquisiciones y compras, así como todos los datos de adjudicación y ejecución de contratos, incluidos concursos y licitaciones.
- Todo mecanismo de presentación directa de solicitudes, quejas y reclamos a disposición del público en relación con acciones u omisiones del sujeto obligado, junto con un informe de todas las solicitudes, denuncias y los tiempos de respuesta del sujeto obligado.
- Todo mecanismo o procedimiento por medio del cual el público pueda participar en la formulación de la política o el ejercicio de las facultades de ese sujeto obligado.
- Un registro de publicaciones que contenga los documentos publicados de conformidad con la presente ley y automáticamente disponibles, así como un Registro de Activos de Información.
- Los sujetos obligados deberán publicar datos abiertos, para lo cual deberán contemplar las excepciones establecidas en el título 3 de la presente ley. Adicionalmente, para las condiciones técnicas de su publicación, se deberán observar los requisitos que establezca el Gobierno Nacional a través del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones o quien haga sus veces.

Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información

De acuerdo a la ley la ESE deberá liderar la elaboración de instrumentos para apoyar el proceso de gestión de información de las entidades. Estos son:

- El Registro o inventario de activos de Información.
- El Esquema de publicación de información, y
- El Índice de Información Clasificada y Reservada.

Criterio diferencial de accesibilidad

Para facilitar que poblaciones específicas accedan a la información que las afecte, la ley estableció el criterio diferencial de accesibilidad a información pública. Para el efecto, la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl



de Garzón deberá implementar acciones tendientes a:

- Divulgar la información en formatos alternativos comprensibles. Es decir, que la forma, tamaño o modo en la que se presenta la información pública, permita su visualización o consulta para los grupos étnicos y culturales del país, y para las personas en situación de discapacidad.
- Adecuar los medios electrónicos para permitir la accesibilidad a población en situación de discapacidad.
- Implementar los lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad.
- Identificar acciones para responder a solicitud de las autoridades de las comunidades, para divulgar la información pública en diversos idiomas y lenguas de los grupos étnicos y culturales del país.

Monitoreo del Acceso a la Información Pública

Con el propósito de contar con un mecanismo de seguimiento al acceso a información pública, La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón deberá generar un informe de solicitudes de acceso a información que contenga:

- ✓ El número de solicitudes recibidas.
- ✓ El número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución.
- ✓ El tiempo de respuesta a cada solicitud.
- ✓ El número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.

Índice de Información Clasificada y Reservada.

Contar con un índice actualizado de los actos, documentos e informaciones calificados como clasificados o reservados, el índice incluirá sus denominaciones, la motivación y la individualización del acto en que conste tal calificación, así:

- seguridad pública.
- La prevención, investigación y persecución de los delitos y las faltas disciplinarias, mientras que no se haga efectiva la medida de



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA**
NIT: 891.180.026-5

aseguramiento o se formule pliego de cargos, según el caso.

- El debido proceso y la igualdad de las partes en los procesos judiciales.
- Los derechos de la infancia y la adolescencia.
- La salud pública.
- Documentos que contengan las opiniones o puntos de vista que formen parte del proceso deliberativo de los servidores públicos.

Cuadro 7: Estrategia para la transparencia y acceso a la Información.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano					
Componente 5: Transparencia y Acceso de la Información					
Subcomponente	Actividades	Meta y producto	Indicadores	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	1.1	"Actividad 1.1"			
	1.2	"Actividad 1.2"			
	1.3	"Actividad 1.3"			
Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1	"Actividad 2.1"			
	2.2	"Actividad 2.2"			
	2.3	"Actividad 2.3"			
Subcomponente 3 Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	3.1	"Actividad 3.1"			
	3.2	"Actividad 3.2"			
	3.3	"Actividad 3.3"			
Subcomponente 4 Criterio Diferencial de Accesibilidad	4.1	"Actividad 4.1"			
	4.2	"Actividad 4.2"			
	4.3	"Actividad 4.3"			
Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.1	"Actividad 5.1"			
	5.2	"Actividad 5.2"			
	5.3	"Actividad 5.3"			



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5**

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO		
COMPONENTE No. 5: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN		
Actividad	Responsable	Fecha Programada
Continuar con el fortalecimiento de la página web implementada por la ESE, dando cumplimiento al 100% de la información de transparencia y acceso a la información.	Planeación	Enero 2022- Junio de 2022
Dar aplicabilidad a la matriz de cumplimiento V1 2021	Planeación	Enero 2022- Junio de 2022
TRANSPARENCIA PASIVA Respuesta oportuna a peticiones, quejas y reclamos.	Atención al Usuario	Mensual
MONITOREO DEL ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Realizar evaluación semestral del nivel de implementación de la ley 1712 de 2014, mediante la matriz de autodiagnóstico desarrollada por la Procuraduría General de la Nación.	Control Interno	Semestral

6.SEXO COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES.

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

Recomendaciones Generales.

Es importante la promoción de acuerdos, compromisos y protocolos éticos, que sirvan para establecer parámetros de comportamiento en la actuación de los servidores públicos.

6.1.1 Código de integridad:

Es necesario que en el Código de integridad anteriormente código de ética y buen gobierno se incluyan lineamientos claros y precisos sobre temas de conflicto de intereses, canales de denuncia de hechos de corrupción, mecanismos para la protección al denunciante, unidades de reacción inmediata a la corrupción entre otras.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO				
INICIATIVAS ADICIONALES				
Subcomponente	Actividad	Meta	Responsable	Fecha Programada
Código de integridad	Fortalecer la divulgación del código de integridad.	Utilizar los diferentes medios de comunicación masiva para la Divulgación del código de Integridad	TALENTO HUMANO HUMANIZACIÓN	Febrero a diciembre de 2022

CAPITULO III: SEGUIMIENTO.

CONSOLIDACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL

La verificación de la elaboración, monitoreo, seguimiento y el control a las acciones contempladas en la herramienta Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, le corresponde a la Oficina de control interno o quien haga sus veces, quienes además servirán de facilitador para todo el proceso de elaboración del mismo.

La verificación de la elaboración, de su visibilizarían, el seguimiento y el control a las acciones contempladas en la herramienta “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano” le corresponde a la Oficina de Control Interno.

El presente Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano 2021 deberá publicarse en un medio de fácil accesibilidad al ciudadano (Pagina web de la institución).

Cuadro 8. Formato Seguimiento a las estrategias del Plan Anticorrupción

[illegible]

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

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

JORGE HUMBERTO GONZALEZ BAHAMON
Gerente.

Proyectó:

Ariel Fernando Tovar
Gestor UF Planeación



ANEXO2

ANEXO 1: IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PROCESOS.

Ver anexo mapa de riesgos. Documento Excel. xlsx

PLAN DE ACCIÓN PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022					
1ER. COMPONENTE: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN- MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.					
ESTRATEGÍA	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN- MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.	Actualización del Plan Anticorrupción	No. De planes Actualizados / No. De Planes Programados	1	Enero	Oficina Planeación
	Actualización del mapa de Riesgos institucional.	No. De actualizaciones Realizadas / No. De actualizaciones Programadas	1	Enero –Mayo.	Comité directivo
	Publicación y Socialización mapa de riesgos	Mapa de riesgos socializado	2	Enero	Oficina Planeación
	Realizar seguimiento Plan de acción Anticorrupción	No. De seguimientos Realizados / No. De Seguimientos Programados	4	Marzo- Junio- Septiembre- Diciembre	Control Interno



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5**

	Realizar los reportes correspondientes a la Unidad de información y análisis financiero-UIAF	No. De informes enviados / No. De informes Reportados	12	Mensual	Oficial de Cumplimiento y/o suplente
--	--	---	----	---------	--------------------------------------

PLAN DE ACCIÓN

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022

2DO. COMPONENTE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

ESTRETATEGÍA	ACTIVIDAD	INDICADOR	ME TA	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	Gestionar la Racionalización de un (1) tramite inscritos en el SUIT	No. De tramites Racionalizados	1	Enero hasta Diciembre	Oficina de Planeación
	Gestionar el cargue en la página web de otros procedimientos administrativos (OPAS)	Número de trámites cargados en paginas	1	Enero a diciembre	Oficina de Planeación y apoyo oficina de sistemas

PLAN DE ACCIÓN

**PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL
CIUDADANO 2022**

3ER. COMPONENTE: RENDICION DE CUENTAS

ESTRETATEGÍA	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
	Realizar diagnostico rendición de cuentas vigencia anterior	Diagnostico vigencia anterior 2021	1	Enero- abril	Responsables Rendición de cuentas



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA
NIT: 891.180.026-5**

RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA	Realizar una audiencia pública a grupos de interés, comunidad en general sobre la gestión adelantada en la vigencia Anterior (2021).	Rendición de cuentas Vigencia 2021	1	Mayo-Junio	Gerencia
	Disponer de una herramienta virtual y física para la participación ciudadana En la rendición de cuentas.	Herramienta de participación	1	Marzo y abril	Oficina de planeación
	Realizar el cargue de Verificaciones ante la Súper Intendencia sobre los resultados de la rendición de Cuentas	Cargue Realizado	1	Julio	Coordinador Sistemas
	Publicar los resultados de la Rendición de cuentas en la Página Web de la ESE	Página Web Actualizada	1	Junio a Diciembre	Oficina de Sistemas

**PLAN DE ACCIÓN
PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL
CIUDADANO 2022**

**4TO. COMPONENTE MECANISMO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL
CIUDADANO**

ESTRETATEGÍA	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
--------------	-----------	-----------	------	------------	-------------



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE
PAÚL GARZÓN - HUILA**
NIT: 891.180.026-5

MECANISMO PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	Realizar acta de apertura de buzones de sugerencias, en donde se especifique fecha y hora de la apertura, y el número de manifestaciones Encontrada.	N° de Buzones aperturados/N° buzones institucionales	100%	Mensual	SIAU
	Programar capacitaciones periódicas con los miembros de la asociación de usuarios y Realizar acta dejando en constancia los temas tratados y de alternativas de solución a las diferentes problemáticas de la institución.	N° de capacitaciones realizadas/No. Capacitaciones programadas	12	Mensual	SIAU
	Aplicar la encuesta de satisfacción después de prestado un Servicio.	Usuarios satisfechos/Usuarios encuestados	100%	Mensual	SIAU
	Emitir respuesta escrita a los PQR en términos de ley para dar cumplimiento a los requerimientos de los usuarios	N° de quejas respondidas/ N° quejas radicadas	100%	Mensual	SIAU



**PLAN DE ACCIÓN
PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL
CIUDADANO 2021**

**5TO. COMPONENTE MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO
A LA INFORMACIÓN**

ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA	Gestionar la Publicación de los contenidos propios de cada unidad funcional, acorde a los lineamientos a la ley 1712 de 2014 y la Matriz de Autodiagnóstico para el cumplimiento de la ley 1712 de 2014, diseñada por la Procuraduría General de la Nación.	Información publicada y actualizada 2022 en la web	1	Enero a diciembre de 2022	Oficina de Planeación Oficina de sistemas
	Hacer seguimiento (diagnostico) al cumplimiento de la ley 1712 de 2014	Informe de seguimiento	2	Primer y segundo semestre 2022	Control interno

Todo lo anterior aprobado mediante Resolución 0051 del 24 de enero de 2022.

Aprobó: Alta dirección

Revisó: Armando
Osorio Q Asesor
Gerencia

Preparó: Ariel Fernando
Tovar
Uf Planeación