	Elaborado	Revisado	Aprobado
Nombre:	**JAIBER NEGRETE VILLAFAÑE**	**YENITH SILENY GOMEZ**	**ARMANDO DE JESUS ALMEIRA QUIROZ**
Cargo:	**ASESOR DE PLANEACION**	**ASESOR JURIDICO**	**GERENTE**
Firma:	**P/D Original Firmado**	**P/D Original Firmado**	**P/D Original Firmado**

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

GRUPO DIRECTIVO Y ASESOR.

ARMANDO DE JESUS ALMEIRA QUIROZ
Gerente
YENITH SILENY GOMEZ
Asesora Oficina Jurídica y C.I.D.
ISIDRO GOMEZ
Jefe Oficina de Control Interno
JAIBER NEGRETE VILLAFAÑE
Jefe oficina asesora de Planeación y Mercadeo
MAGRETH SANCHEZ BLANCO
Subdirectora Financiera
YANET ROMERO
Jefe de Recursos Humano
FRNKIN MEZA DAZA
Tesorero
OLGA TERESA CALDERON
Contabilidad
ISMAEL TINOCO
Presupuesto
ALFONSO RIVERO RESTREPO
Coordinador asistencial
MARTHA ARAGON CASTILLA
Farmacia
OLGA HERNÁNDEZ
Docencia y servicio
JHON JAIRO PAVA
Almacenista
HERIBERTO GONZALEZ
Mantenimiento
HEINER AROCA ARAUJO
Sistema
ESTELA CABAS
Estadística
PEDRO JUAN BRACHO
Costos

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

CONTENIDO.

1. INTRODUCCION.
2. MARCO LEGAL.
3. MARCO CONCEPTUAL.
4. OBJETIVO GENERAL.
4.1. Objetivos específicos.
5. ALCANCE.
6. MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG).
7. METODOLOGIA.
8. ESTRATEGIAS GENERALES
8.1. PRIMER COMPONENTE: GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN Y ACCIONES PARA SU MANEJO.
8.2. SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACION DE TRÁMITES.
8.3. TERCER COMPONENTE: RENDICION DE CUENTAS.
8.4. CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO.
8.5. QUINTO COMPONENTE: TRANSPARENCIA Y ACCESO DE LA INFORMACION.
8.5.1. **ESTRATEGIAS GENERALES.**
8.5.2. **LINEAMIENTOS DE TRANSPARENCIA ACTIVA.**
8.5.2.1. Transparencia activa.
8.5.3. LINEAMIENTOS DE TRANSPARENCIA PASIVA.
8.5.3.1. Transparencia pasiva.
8.5.4. Seguimiento acceso a la información pública.
8.5.5. Divulgación política de seguridad de la información y de protección de datos personales.
8.5.6. Gestión Documental para el acceso a la información pública.
8.5.7. Instrumentos de gestión de la información.
8.5.8. Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública.
8.5.9. Conocimientos y criterios sobre transparencia y acceso a la información Pública.
8.6. SEXTO COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES.
9. SEGUIMIENTO.

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

1. INTRODUCCION.

Hacer más eficiente gestión pública ha sido el derrotero que ha marcado la actuación con el plan de desarrollo ***Con Salud por el Camino al Desarrollo*** y es la ruta trazada por la alta dirección del hospital para desarrollar el plan anticorrupción y de atención al ciudadano.
La estrategia que presenta el plan pretende que todo colaborador y servidor público vinculado al hospital comprenda que la salud de la población depende de la rectitud en el hacer funcional y en la utilización adecuada de los bienes de la institución.

En cumplimiento a lo establecido en el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2.011, por la cual se dictan normas orientadas a "fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública" y la cual fue reglamentada por el Decreto 2641 de 2.012, y teniendo en cuenta que el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, la Secretaría de Transparencia, la **ESE- HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ** ha diseñado la metodología para hacer seguimiento a las estrategias de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano que deberán elaborar anualmente las entidades del orden nacional y territorial, de conformidad con lo señalado en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011...".

A traves del plan anticorrupcion y de atencion al ciudadano el Hospital se vincula en la implementacion de intrumento de cooperacion desde el ser-el saber y el hacer , para que el talento humano vinculado a la institucion privilegie la funcion publica y administrativa en cada una de sus actuaciones que deben estar enmarcadas en los valores eticos institucionales y en los codigos que rigen cada uno de los profesiones, desarrollando a si la cultura de autocontrol y de lucha contra la corrupcion, que le permitan al Hospital ser la institucion de la excelencia en el respeto de los recursos publicos y el ciudadano de la salud.

2. MARCO LEGAL.

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

- Constitución Política de Colombia: En nuestra carta magna se consagran principios para luchar contra la corrupción administrativa.

- Ley 87 de 1993: Por medio de la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.

- Ley 734 de 2002: Por la cual se expide el Código Único Disciplinario.

- Ley 850 de 2003: Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas.

- Ley 1474 de 2011: Por medio de la cual dictan normas para fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

- Decreto 1599 de 2005: Por medio del cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno en el Estado Colombiano

- Decreto 2641 de 2012: Por medio del cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011.

- Ley 1753 de 2015, establece como uno de los principios del Modelo Integrado de Planeación y Gestión la Integridad, transparencia y confianza, como principal criterio de actuación de los servidores públicos.

- Decreto 1499 de 2017: Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.

3. MARCO CONCEPTUAL.

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

Riesgo de Corrupción: Se entiende por Riesgo de Corrupción la posibilidad de que por acción o por 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.

Análisis de Riesgo: Elemento de control que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de la entidad pública para su aceptación y manejo.

Calificación de Riesgo: Se logra a través de la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que puede causar la materialización del riesgo. La primera representa el número de veces que el riesgo se ha presentado en un determinado tiempo o puede presentarse, y la segunda se refiere a la magnitud de sus efectos.

Consecuencia: El resultado de un evento expresado cualitativa o cuantitativamente, sea este una pérdida, perjuicio, desventaja o ganancia, frente a la consecución de los objetivos de la entidad o el proceso.

Soborno: Es la dádiva con que se soborna y la acción y efecto de sobornar. Este verbo, se refiere a corromper a alguien con dinero, regalos o algún favor para obtener algo de esta persona.

4. OBJETIVO GENERAL.

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

Institucionalizar una política de lucha contra la corrupción que garantice el trato digno al paciente en el marco de los postulado del concepto de dignidad humana asegurando la humanización de los servicios de salud que presta el hospital en su nivel de atención en la implementación del plan anticorrupción y de atención al ciudadano durante el año 2.019 y establecer las estrategias de lucha contra la corrupción y el fortalecimiento de los mecanismos de atención al ciudadano en la E.S.E Hospital Rosario Pumarejo de López.

4.1. Objetivos específicos.

- ✓ Fortalecer y articular cada uno de los componentes como una herramienta de carácter preventivo para el control de la gestión en la institución.
- ✓ Asegurar los mecanismos para orientar y acercar al ciudadano y a las partes interesadas a la gestión institucional, a través de estrategias de participación y comunicación sistemáticas y metódicas que garanticen la trasparencia y visibilidad de la gestión.
- ✓ Desarrollar e implementar estrategias dirigidas a la implementación de la ley de transparencia y acceso a la información.

5. ALCANCE.

El plan anticorrupción y de atención al ciudadano, es un documento que aplica a todos los servidores públicos y con cualquier tipo de vinculación en la ESE Hospital Rosario Pumarejo de López. , en el desarrollo de sus funciones y ejecución de los procesos aplicando la normatividad vigente.

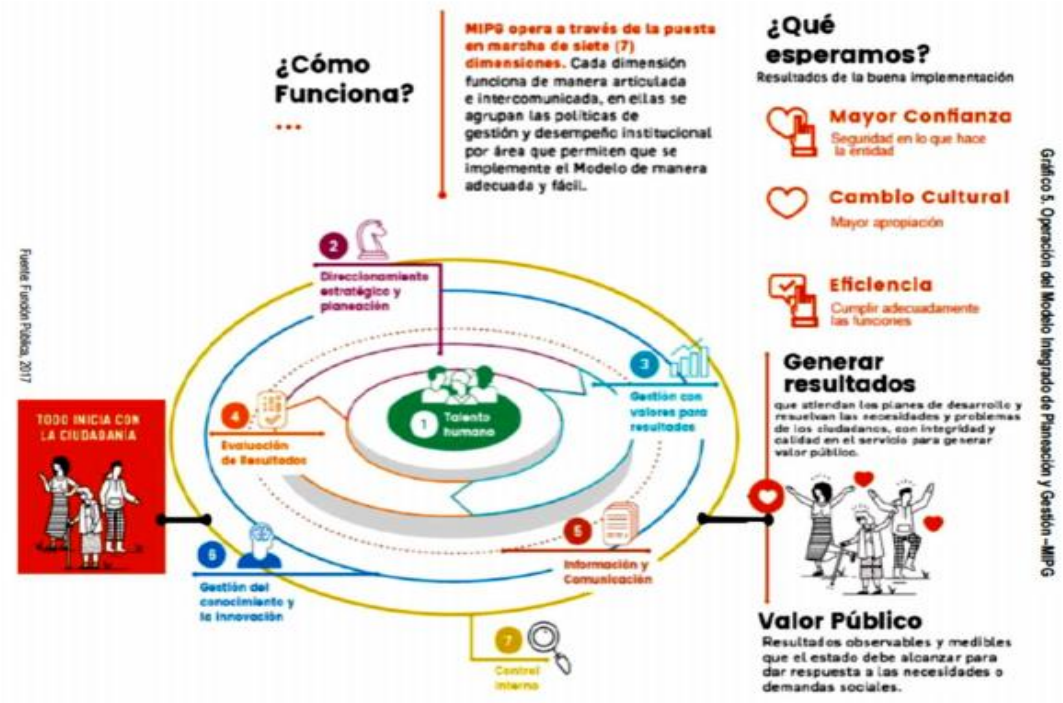
6. MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG).

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

En el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se incorporan para la formulación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano los lineamientos y actividades contempladas en los cinco componentes estratégicos para contribuir en la lucha anticorrupción, armonizados con los requisitos asociados a las siete dimensiones del mencionado modelo, los cuales se verán materializados a través del compromiso, cooperación y responsabilidad de los líderes de proceso y sus equipos de trabajo.

Con lo anterior, se busca garantizar la materialización de los principios de buen gobierno al interior del Ministerio, a través de una gestión eficaz, eficiente, efectiva y transparente, que garantice el cumplimiento de las funciones misionales que se nos han encomendado, a partir de las directrices emanadas por cada una de las entidades líderes de política.

Diagrama 1: MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN



FUENTE: *MANUAL OPERATIVO MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN. DAFP*

7. METODOLOGIA.

Conforme a los nuevos lineamientos definidos en el decreto 124 -2016 según el documento "Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano versión 2 y la guías para la administración de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital y el diseño de controles en entidades públicas.

El plan anticorrupción y de atención al ciudadano está integrado por políticas autónomas e independiente que se articulan bajo un solo objetivo, la promoción de estándares de transparencia y lucha contra la corrupción, sus componentes gozan de metodologías propias para su implementación, por lo tanto no implica desarrollar actividades diferentes o adicionales a la que ya vienen ejecutando las entidades en desarrollo de dichas políticas.

Los resultados obtenidos del cumplimiento del plan anticorrupción y atención al ciudadano para la vigencia 2018 fueron:

ESE-HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO SEGUIMIENTO A 31/12/2018.	
COMPONENTE	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO**
1.GESTION DE RIESGO DE CORRUPCIÓN Y ACCIONES PARA SU MANEJO	100%
2. RACIONALIZACION DE TRAMITE	100%
3. RENDICION DE CUENTAS	100%
4. MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO	100%
5.TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION	100%
6. INICIATIVAS ADICIONALES	100%
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	100%

8. ESTRATEGIAS GENERALES.

Para afianzar la implementación, evaluación de la política de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, el hospital permanentemente implementara estrategias para evitar actos de corrupción y lograr la mejora continua en la prestación de los servicios de salud en cumplimiento de cada uno de los componentes del plan anticorrupción como:

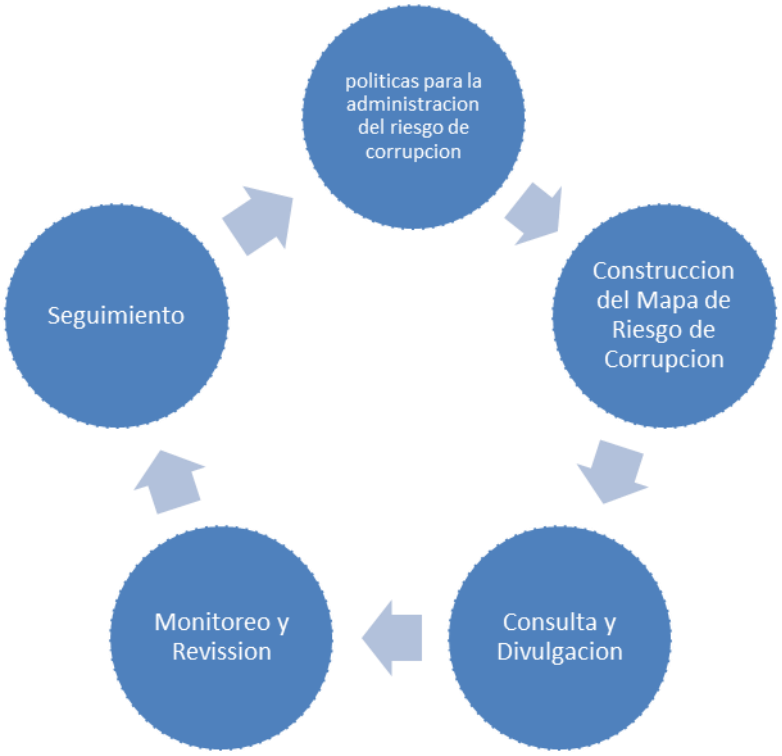
- Promover la participación ciudadana en la gestión.
- Hacer visible la gestión de la entidad o a los grupos de interés.
- Mejorar el servicio a través de la racionalización de los trámites y servicios
- Formular estrategias para prevenir y controlar los riesgos de corrupción.

8.1. PRIMER COMPONENTE: GESTIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN Y ACCIONES PARA SU MANEJO.

8.1.1. Identificación de Riesgos: componente mediante el cual se elabora y/o actualiza el mapa de riesgos de corrupción con base en los riesgos por procesos y pretende fortalecer la cobertura hasta ahora alcanzada.

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

Para el desarrollo de este componente se empleara la metodología definida en el anexo del decreto 124 de 2016 – Guía para la gestión del riesgo de corrupción, priorizando los procesos de mayor vulnerabilidad de riesgo de corrupción desarrollando los siguientes

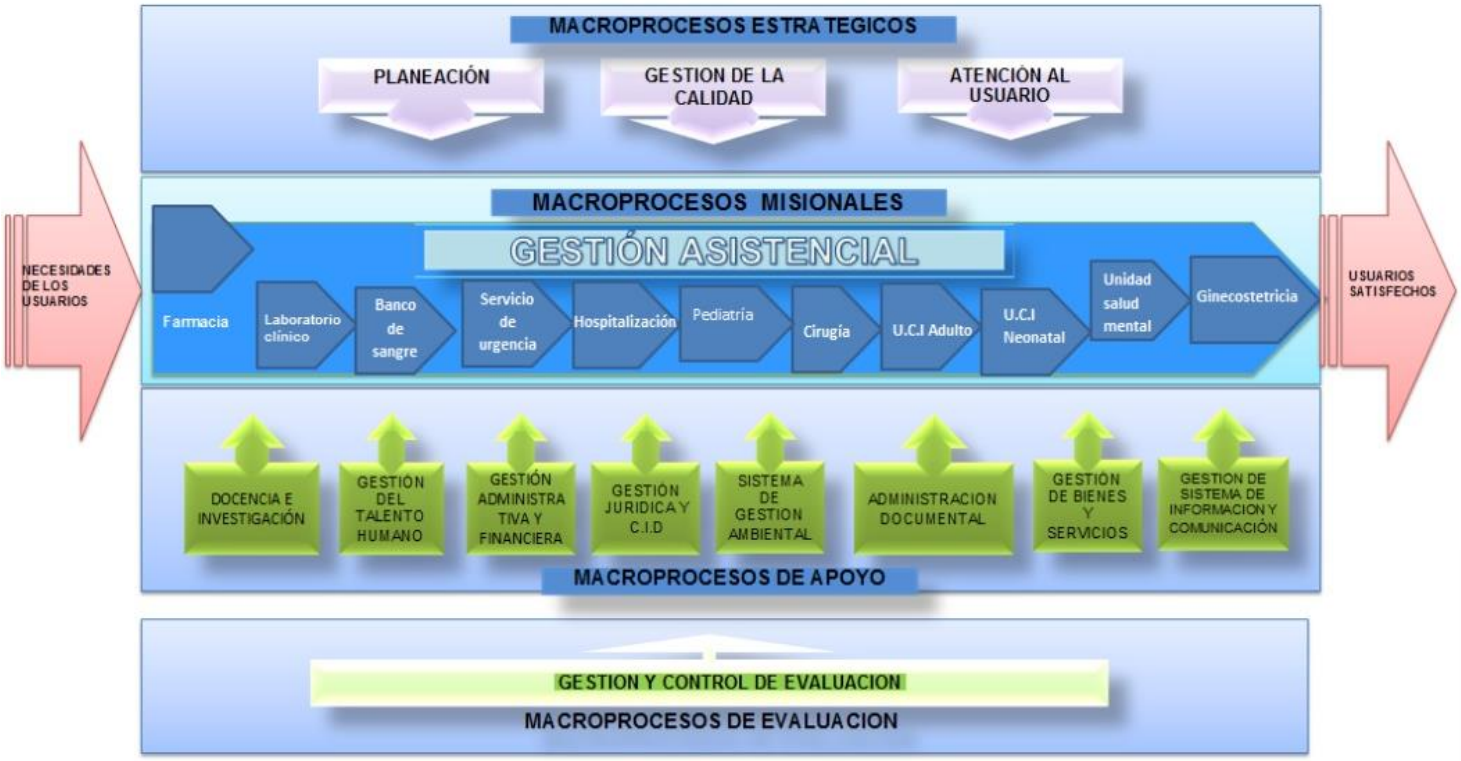


subcomponentes

La gestión del riesgo de corrupción en la entidad se consolida priorizando los procesos según el mapa de procesos de la institución.

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

MAPA DE PROCESOS INSTITUCIONAL.



El mapa de riesgo de corrupción fue elaborado bajo los lineamientos, orientación y guías para a la administración de riesgo, emitidos por la DAFP, ajustado específicamente a la metodología emitida por el marco del plan anticorrupción y de atención al ciudadano fortaleciendo la identificación y administración de los riesgos de corrupción, estableciendo además un plan de acción para mitigar los mismos y reducir el impacto asociado a su materialización en caso de ocurrir.

Indicador de base: 100% de cumplimiento de seguimiento de mapa de riesgo de corrupción.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Vig. 2019.				
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción				
SUBCOMPONENTE	**ACTIVIDAD**	**META O PRODUCTO**	**RESPONSABLES**	**FECHA PROGRAMADA**
Política de Administración del Riesgo	Construir las Políticas para la administración del Riesgo	Políticas para la administración del Riesgo	Oficina de Planeación	Enero

	Socializar la Politica para la administración del Riesgo	Socializaciones de las Políticas para la administración del Riesgo	Oficina de Planeación	Febrero
Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	Revisar y ajustar el Mapa de Riesgo de Corrupción de la institución.	Mapa de riesgo de anticorrupción institucional ajustado y disponible.	Oficina de Planeación y todos los líderes de procesos.	Enero
	Identificar en el Mapa de Riesgo de Corrupción los relacionados con las TIC.	Mapa de Riesgo de Corrupción relacionados con las TIC.	Sistemas	Enero
Consulta y Divulgación	Aprobación Mapa de Riesgos Anticorrupción y de Atención al Ciudadano consolidado.	Mapa de Riesgos de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Aprobado por los Líderes de Proceso.	Oficina de Planeación y todos los líderes de procesos.	Enero
	Publicación Mapa de Riesgos Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	Mapa de Riesgos Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Publicado en la Página Web.	Oficina de Planeación - Sistemas	Enero
	Socialización y divulgación del Mapa de Riesgos Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	Realizar la Socialización y divulgación del Mapa de Riesgos a los servidores públicos de la entidad.	Oficina de Planeación	Febrero - Abril
Monitoreo, Revisión y Seguimiento	Realizar Seguimiento y Evaluación del Mapa de Riesgos Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	Una revisión al mes del Mapa de Riesgos Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Oficina de Planeación- Control interno	Mensual
		Tres seguimientos Anuales al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Oficina de Planeación- Control interno	Trimestral

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

8.2. SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACION DE TRÁMITES.

Estrategia anti trámites: componente que reúne las acciones para racionalizar y gestionar los trámites de la institución, buscando mejorar su eficiencia y eficacia.

Indicador de base 100% de cumplimiento estrategia de gobierno en línea.
Censo institucional de nueve tramites inscrito en el SUIT

- Examen de Laboratorio Clínico
- Radiología e Imágenes Diagnosticas
- Certificado de Paz y Salvo
- Terapias
- Atención Inicial de Urgencias
- Dispensación de Medicamentos y Dispositivos
- Certificado de Defunción
- Asignación de Citas
- Historia Médica.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Vig. 2019.				
Componente 2: Racionalización de Tramites				
SUBCOMPONENTE	**ACTIVIDAD**	**META O PRODUCTO**	**RESPONSABLES**	**FECHA PROGRAMADA**
Identificación de Tramites	No aplica debido a que ya se llevó a cabo la identificación del 100% de los trámites del HRPL y este proceso se realiza solo una vez.	N/A	N/A	N/A
Priorización de Tramites	Socialización y Divulgación de los tramites Priorizados en la institución.	Realizar la Socialización y divulgación de los tramites Priorizados en la institución.	Oficina de Planeación-Sistemas	Abril

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

Racionalización de Tramites	Socialización y Divulgación de los trámites Racionalizados que están priorizados en la institución conforme a la normatividad vigente.	Realizar la Socialización y divulgación de los tramites Racionalizados que están priorizados en la institución	Oficina de Planeación-Sistemas	Abril

8.3. TERCER COMPONENTE: RENDICION DE CUENTAS.

Indicador de base rendición de cuentas -2018 es el 100%.

Rendición de cuentas: componente que contiene las acciones que buscan afianzar la relación con los usuarios, mediante la presentación de los resultados de la gestión anual de la entidad.

Para el Hospital y para la actual administración la transparencia se constituye en un pilar primordial de la gestión institucional y en ese sentido el control social es una herramienta fundamental en este proceso.

Para dar cumplimiento a este componente se adopta la metodología definida en el Manual Único de Rendición de Cuentas del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Vig. 2019.				
Componente 3: Rendición de Cuentas.				
SUBCOMPONENTE	**ACTIVIDAD**	**META O PRODUCTO**	**RESPONSABLES**	**FECHA PROGRAMADA**
	Rendición de Cuentas con presentación de informe consolidado en lenguaje comprensible para	Informes por procesos consolidados publicados en la página web institucional.	Oficina de Planeación-Calidad-SIAU- Todos los Lideres de	Marzo

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

Información de calidad en lenguaje comprensible	la ciudadanía (Pública página web).		Procesos	
	Invitaciones Audiencia Pública de Rendición de Cuentas vigencia 2018.	Diseñar y enviar por los diferentes canales de comunicación institucional, las invitaciones para la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía.	Oficina de Planeación- Sistemas.	Febrero-Marzo
Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	Generar espacios de participación ciudadana en el marco del Proceso de Rendición de Cuentas.	Diseñar e Implementar acciones de participación ciudadana.	Oficina de Planeación-Calidad-SIAU-Sistemas	Enero - Diciembre
Evaluación y Retroalimentación a la gestión institucional	Estructurar informe y acta de la Audiencia Pública de Rendición de cuentas, publicarla en la página web institucional y enviarla a la Supersalud.	Informe realizado y Publicado en la página web y Supersalud.	Oficina de Planeación- Sistemas.	Abril

8.4. CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO.

La ESE Hospital Rosario Pumarejo de López reconoce como principal actor de su entidad al ciudadano, y con el propósito de brindar los mejores servicios y atención a los usuarios y sus familiares, la ESE a dispuesto de una oficina de Atención al Usuario donde hay un coordinador(a) responsable de este componente, para que se gestione sus quejas,

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

requerimientos, solicitudes, reclamos, peticiones, felicitaciones y todo aquello relacionado con el proceso de atención, dando cumplimiento al artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.

Este componente busca mejorar la calidad en la atención y el acceso a los trámites y servicios de las entidades públicas, mejorando la atención de los ciudadanos y facilitando el ejercicio de sus derechos.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Vig. 2019.				
Componente 4: Mecanismos para la Atención al Ciudadano.				
SUBCOMPONENTE	**ACTIVIDAD**	**META O PRODUCTO**	**RESPONSABLES**	**FECHA PROGRAMADA**
Fortalecimiento de los canales de atención al ciudadano.	Realizar seguimiento al cumplimiento de las especificaciones médica a familiares de los pacientes hospitalizados e intervenir en su momento.	Elaborar informe semestral.	Coordinador(a) de SIAU.	Junio-Diciembre
	Elaborar una estrategia para mejorar la oportunidad de atención en consulta Externa.	Estrategia para mejorar la oportunidad de atención en consulta Externa.	Coordinador(a) de Consulta Externa.	Inmediato
	Evaluar y realizar Plan de Mejoramiento a la estrategia para mejorar la oportunidad de atención en consulta Externa.	Evaluación y el Plan de Mejoramiento de la estrategia para mejorar la oportunidad de atención en consulta Externa.	Coordinador(a) de Consulta Externa.	Inmediato
	Elaborar e implementar la Politica de Protección de Datos Personales.	Socializar la Politica de Protección de Datos Personales.	Sistemas – Oficina de Planeación.	Abril

	Diseñar en la página web un Link de denuncia de posibles actos de corrupción.	Link disponible en la Página Web de la institución.	Sistema- Planeación	Marzo
	Elaborar una estrategia con la asociación de usuarios para mejorar los canales de atención al ciudadano.	Actividades de la estrategia elaborada con la asociación de usuarios.	SIAU – Asociación de Usuario	Febrero - Diciembre
Talento Humano	Capacitación del Talento Humano del HRPL en los siguientes temas: 1) Humanización 2) Calidad en la Atención en el Servicio, 3) Comunicación asertiva y demás temas relacionados a grupos prioritarios (Personal al Médico, enfermeras, facturadores, Secretarias, orientadores e informadores y a la vigilancia.	Temas incluidos en el Plan de Capacitación Institucional (PIC). Listado de asistencia de cada una de las Capacitaciones.	Recursos Humanos.	Febrero - Diciembre
	Mantener estrategias en el Programa de Incentivos para destacar el desempeño de los servidores en relación al servicio prestado al ciudadano.	Cumplimiento a las actividades definidas en el programa de incentivos de la ESE.	Recursos Humanos.	Febrero - Diciembre
Normativo y Procedimental	Realizar la caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés atendidos según la normatividad vigente Decreto 1499 del 2017.	Caracterización de los ciudadanos, usuarios o grupos de interés atendidos en la ESE.	SIAU- CALIDAD	Febrero - Diciembre

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

	Elaborar periódicamente informes de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y denuncias.	Informes de Seguimiento presentado a la Gerencia.	SIAU	Semestral
	Presentar dos informes de resultados de las PQRSD, respecto a la calidad y accesibilidad de la oferta institucional y el servicio recibido al Comité de MIPG con el fin de identificar oportunidades y acciones de mejoras.	Informe de Gestión de las PQRSD.	SIAU- CALIDAD	Junio y Diciembre

8.5. QUINTO COMPONENTE: TRANSPARENCIA Y ACCESO DE LA INFORMACION.

Se viene trabajando en el mejoramiento de los canales virtuales de información, desde ese punto de vista el hospital actualizo su página web www.hrplopez.gov.co en cumplimiento de los requerimientos de gobierno en línea que permite acceso a la información institucional de manera completa, veraz y sin restricciones a la comunidad y partes interesadas

El mecanismos para la transparencia y acceso a la información es un componente que 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”.

8.5.1. ESTRATEGIAS GENERALES.

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.

8.5.2. LINEAMIENTOS DE TRANSPARENCIA ACTIVA.

La transparencia activa implica la disponibilidad de información a través de medios físicos y electrónicos.
La Entidad implementará acción de publicación y/o divulgación de información, así:

- ✓ Publicación sobre la estructura.
- ✓ Publicación de procedimientos, servicios y funcionamiento.
- ✓ Divulgación de datos abiertos.
- ✓ Publicación de información sobre Contratación Pública.
- ✓ Publicación y divulgación de información establecida en la Estrategia de Gobierno en Línea.

8.5.2.1. Transparencia activa: Este componente hace referencia a la obligación de toda entidad que maneje recursos públicos de divulgar toda la información relacionada con su gestión.
Qué se mide: En este componente se mide la manera en que la entidad tiene en cuenta las necesidades de la población a la que está en obligación de prestarle sus bienes y servicios, desde el nivel directivo hasta el operativo. Lo anterior sólo es posible por medio de la identificación de esta población por parte de la entidad misma y sus necesidades, para posteriormente incluirlas en todos sus procesos institucionales: planeación, ejecución, seguimiento y evaluación. Adicionalmente, se mide la manera en que al interior de la entidad se implementan procesos de flujo de información, con el fin de que aquella que sea divulgada sea veraz, oportuna, relevante, confiable y de fácil acceso para toda la ciudadanía.

8.5.3. LINEAMIENTOS DE TRANSPARENCIA PASIVA.

Es la obligación de responder las solicitudes de acceso a la información en los términos establecidos en la Ley.

Existen dos características importantes como es el principio de gratuidad y los estándares del contenido y oportunidad, de acuerdo a:

- ✓ El acto de respuesta debe ser por escrito, por medio electrónico o físico de acuerdo con la preferencia del solicitante.
- ✓ La respuesta debe ser objetiva veraz, completo, motivado y actualizado.
- ✓ La respuesta debe ser oportuna, respetando los términos de respuesta al derecho de petición de documentos y de información que señala la Ley 1755 de 2015.
- ✓ La respuesta debe informar sobre los recursos administrativos y judiciales de los que dispone el solicitante.

Indicador de 100% del avance en la implementación de la ley de transparencia activa (ley 1712 de 2014).

100% de cumplimiento en la implementación de la ley de transparencia pasiva (ley 1755 de 2015).

8.5.3.1. Transparencia pasiva: Este componente hace referencia a la obligación de toda entidad que maneje recursos públicos de prestar atención de calidad y respuesta clara y oportuna a las solicitudes que presente la ciudadanía, lo cual incluye todo tipo de petición, queja, reclamo, denuncia o trámite.
Qué se mide: En este componente se mide la manera en que la entidad está dando respuesta a las solicitudes de la ciudadanía en los términos legales establecidos, el costo que estos tienen, la flexibilidad en los horarios de atención, la sencillez de los pasos necesarios para presentar y tramitar solicitudes, el trato de los funcionarios hacia los ciudadanos y si la entidad cuenta con una dependencia dirigida a la atención ciudadana. Adicionalmente, se requiere establecer el número de solicitudes que reciben las entidades, cuántas de ellas fueron respondidas en los plazos legales establecidos, cuáles fueron respondidas denegando el acceso a la información y si la entidad ha dispuesto un formulario electrónico para la recepción de solicitudes.

8.5.4. Seguimiento acceso a la información pública: Este componente hace referencia a la identificación de los avances, retrocesos o estancamientos en el que se encuentra la entidad, frente al cumplimiento de los componentes de la política de transparencia y acceso a la información pública.
Qué se mide: Se mide la existencia y características de los indicadores que la entidad tiene para el seguimiento y evaluación a su gestión, si la entidad levanta información respecto al nivel de satisfacción de sus usuarios con su gestión y si cuenta con un sistema de registro y seguimiento a las solicitudes que le son allegadas por parte de la ciudadanía.

8.5.5. Divulgación política de seguridad de la información y de protección de datos personales: Este componente hace referencia a la obligación que tiene toda entidad que maneje recursos públicos de formular e implementar una política que proteja la información que produce o le es transferida por otras instancias y una política que salvaguarde el derecho de todo ciudadano a que sus datos personales sean manejados de manera adecuada y de acuerdo a la legislación vigente.
Qué se mide: En este componente se mide si la entidad tiene política de seguridad de la información y/o política de protección de datos personales y si estas han sido divulgadas en su página web.

8.5.6. Gestión Documental para el acceso a la información pública: Este componente hace referencia a los procesos administrativos y técnicos que la entidad implementa para la planeación, procesamiento, manejo y organización de la documentación producida y recibida por la entidad, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su conservación y definir los flujos y modos de acceso a esta, tanto a nivel interno como para la ciudadanía.
Qué se mide: Se mide si los procesos de documentación facilitan el trabajo de los funcionarios, la manera en que se maneja el conocimiento de los funcionarios de la entidad, si este es tenido en cuenta para la toma de decisiones, si este proceso de gestión documental es transversal a todos los demás procesos de la entidad y las características que tiene la información al interior de la misma.

8.5.7. Instrumentos de gestión de la información: Este componente hace referencia a los cuatro instrumentos que se establecen en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley 1712 de 2014, los cuales son: Registro de Activos de Información, Índice de Información Reservada y Clasificada, Programa de Gestión Documental y Esquema de Publicación de Información. Estos instrumentos son indispensables para que la entidad pueda producir, manejar, proteger y divulgar la información pública que posee de manera eficiente, adecuada y de acuerdo a la normatividad vigente.
Qué se mide: Se mide si la entidad tiene y ha publicado el Registro de Activos de Información, el Índice de Información Reservada y Clasificada, el Programa de Gestión Documental y el Esquema de Publicación. Adicionalmente se pregunta si la entidad cuenta con un protocolo para responder ante solicitudes de información reservada y clasificada.

8.5.8. Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública: Este componente hace referencia a los criterios que debe seguir la información publicada por las entidades con el fin que se garantice el acceso de poblaciones como aquella con discapacidad y la que pertenece a comunidades étnicas cuyo idioma no es el español.

Que se mide: En este componente se mide el manejo que las entidades hacen de la información de caracterización de los usuarios de sus bienes y servicios, la existencia de canales de comunicación adecuados respecto a sus necesidades, disposición de espacios físicos adecuados para personas con discapacidad, de ayudas tecnológicas en su página web para garantizar su acceso a la información publicada y si la entidad traduce sus documentos a idiomas diferentes al español que sean hablados por comunidades indígenas presentes en el país.

8.5.9. Conocimientos y criterios sobre transparencia y acceso a la información pública: Este componente parte de la importancia que tiene el conocimiento que los funcionarios públicos de las entidades tienen sobre el derecho fundamental de acceso a la información pública y de las percepciones sobre la transparencia en las entidades que manejan recursos públicos, con el fin de que se logre la correcta implementación de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información, Ley 1712 de 2014 y a su vez la ciudadanía ejerza de forma efectiva su derecho fundamental a la información pública, al control social y a la veeduría ciudadana.

Qué se mide: En este componente se mide el conocimiento que el funcionario tiene sobre la Ley de Transparencia y Acceso a la Información, sobre la existencia de alguna entidad a la que se pueda recurrir ante solicitudes de información no contestadas, sus percepciones sobre la manera en que el derecho fundamental al acceso a la información pública debe ser ejercido, si sabe de la existencia de la Secretaría de Transparencia, los ámbitos que considera contribuyen a la modernización del Estado y sobre la relación que considera hay entre los ciudadanos y el Estado colombiano.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Vig. 2019.				
Componente 5: Mecanismo para la Transparencia y Acceso a la Información.				
SUBCOMPONENTE	**ACTIVIDAD**	**META O PRODUCTO**	**RESPONSABLES**	**FECHA PROGRAMADA**
	Mantener actualizada en la página web los requisitos de la Ley 1712 y su Decreto	Página Web de la Entidad actualizada.	Sistemas- Oficina de Planeación.	Febrero - Diciembre

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

Lineamientos de Transparencia Activa.	reglamentario.			
	Desarrollar un Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información el cual sea una guía para el control y minimización de los de los riesgos.	Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.	Sistemas- Oficina de Planeación.	Enero - Febrero
	Evaluar el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	Evaluación del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.	Sistemas- Oficina de Planeación - Comité MIPG	Noviembre - Diciembre
	Desarrollar un Plan de Seguridad y Privacidad de la Información el cual sea una guía para el control y minimización de los de los riesgos.	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.	Sistemas- Oficina de Planeación	Enero - Febrero
	Evaluar el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.	Evaluación del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.	Sistemas- Oficina de Planeación - Comité MIPG	Noviembre - Diciembre
	Realizar la Matriz de Datos Abiertos de la Institución.	Matriz de Datos Abiertos de la Institución.	Sistemas	Febrero – Diciembre.
Lineamientos de transparencia pasiva.	Dar cumplimiento a las respuestas de las solicitudes en los términos establecidos en la Ley.	Informe trimestral de PQRSD.	SIAU	Trimestral

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

Elaboración de los instrumentos de la Gestión de la Información.	Implementación de los 3 instrumentos establecidos por la Ley para apoyar el proceso de gestión de información de la entidad: 1. El Registro o inventario de activos de información. 2. El esquema de publicación de la información. 3. El índice de información Clasificada y Reservada.	Matriz de Activos de Información del HRPL por procesos o áreas elaboradas.	Gerencia- Sistemas- Oficina de Planeación- Calidad – Comité MIPG	Diciembre
		Matriz de Activos de Información consolidada.	Sistema	Diciembre
		Matriz de Activos de Información aprobada.	Comité MIPG	Diciembre
		Matriz de la Información publicada.	Sistema - Comité MIPG	Diciembre
Criterio diferencial de Accesibilidad	Definir estrategias de comunicación en medios electrónicos para facilitar la accesibilidad de la información pública.	Estrategia definida.	Sistema.	Diciembre
Monitoreo del Acceso a la Información Pública.	Realizar evaluación y seguimiento a las solicitudes realizadas por los ciudadanos y los tiempos de respuestas.	Informe PQRSD	SIAU-Control Interno-Comité MIPG.	Semestral
	Realizar informe de la PQRSD para publicarlo en la página web de institución.	Informe de PQRSD en la página web de la ESE.	SIAU	Semestral

Finalmente, se incluye un sexto (6) Componente de iniciativas adicionales: incorporan dentro del ejercicio de planeación de la entidad, estrategias encaminadas al fomento de la Integridad, la participación ciudadana y la transparencia y eficiencia en el uso de los recursos físicos, financieros, tecnológicos y de talento humano.

8.6. SEXTO COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES.

La ESE Hospital Rosario Pumarejo de López contempla iniciativas que le permiten fortalecer su estrategia de lucha contra la corrupción. En este sentido, incorpora dentro de su ejercicio de planeación, estrategias encaminadas a fomentar la integralidad, 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.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Vig. 2019.				
Componente 6: Iniciativas Adicionales				
SUBCOMPONENTE	**ACTIVIDAD**	**META O PRODUCTO**	**RESPONSABLES**	**FECHA PROGRAMADA**
Acuerdos, Compromisos y protocolos Éticos.	Diseñar y publicar 2 estrategias de comunicación que fortalezcan la apropiación de los valores de integridad así como las estrategias de transparencia y lucha contra la corrupción.	2 Estrategias de comunicación que fortalezcan la apropiación de los valores de integridad así como las estrategias de transparencia y lucha contra la corrupción.	Recursos Humanos.	Febrero y Noviembre.
Desarrollo del Talento Humano.	Dotar de herramientas al Comité Institucional de gestión y desempeño.	Herramientas al Comité Institucional de gestión y desempeño.	Comité Institucional de gestión y desempeño.	Inmediato
	Evaluación y aprobación de la Misión y Visión institucional.	Misión y Visión institucional aprobada por el Comité Institucional de gestión y desempeño.	Oficina de Planeación – Todos los Lideres de Procesos - Comité Institucional de gestión y desempeño.	Febrero-Abril

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.

	Aprobación, Socialización y publicación del Portafolio de Servicios de la ESE.	Portafolio de Servicios aprobado, socializado y publicado.	Oficina de Planeación.	Julio
Planes, Programas y Proyectos.	Continuar el programa de Humanización en relación con las acciones para el mejoramiento de la atención humanizada.	Continuación del programa de Humanización en relación con las acciones para el mejoramiento de la atención humanizada.	Calidad	Febrero - Diciembre

9. SEGUIMIENTO.

Lo efectúa la oficina de control interno o quien haga sus veces bajo las siguientes consideraciones:

- ✓ Deberá adelantarse con corte a las siguientes fechas. 30 de Abril, 31 de Agosto y 31 de Diciembre.
- ✓ Se publicara dentro de los diez primeros días hábiles de los meses de Mayo, Septiembre y Enero.

NOTA: el presente documento se encuentra debidamente legalizado en la oficina de planeación en el archivo del Comité Institucional y desempeño de la E.S.E.