

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO



2019

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	3
1. MARCO NORMATIVO.....	4
2. OBJETIVOS Y ALCANCE.	6
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	6
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
4. COMPONENTES DEL PLAN.....	7
4.1. PRIMERO: METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y ACCIONES PARA SU MANEJO.....	7
4.1.1. Generalidades.....	7
4.1.2. Desarrollo de la metodología de la Gestión del Riesgo de Corrupción.....	7
4.1.2.1. Definiciones	8
4.1.2.4. Gestión de riesgos de corrupción:.....	10
4.1.2.5. Mecanismos de Monitoreo y Revisión	11
4.2. SEGUNDO: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	15
4.3. TERCERO: RENDICIÓN DE CUENTAS.	23
4.4. CUARTO: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO.	34
4.5. QUINTO TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.....	44
4.6. INICIATIVAS ADICIONALES.....	49
5. SEGUIMIENTO Y CONTROL	49
6. SEGUIMIENTO, CONTROL Y MEJORA	50

INTRODUCCIÓN.

El Hospital General de Medellín. Luz Castro de Gutiérrez. Empresa Social del Estado, es un hospital público del orden municipal que tiene como misión prestar servicios de salud de forma integral, segura y humana, comprometido con el desarrollo del talento humano en salud y la investigación, así como 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 pacientes y partes interesadas.

Es por lo descrito anteriormente y acorde con lo establecido en la Ley 1474 de 2011¹, el Decreto 2641 de 2012², y 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 del HGM, 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.

El Plan lo integran las políticas descritas en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, en el artículo 52 de la Ley 1757 de 2015 y en la Ley 1712 de 2014 de Transparencia y Acceso a la Información, todas estas orientadas a prevenir la corrupción.

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.

De igual manera en relación al decreto 1499 de 2017, el PAAC hace parte de las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional e incluye los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, en las dimensiones de Control Interno, Gestión con Valores para Resultados (Relación Estado Ciudadano) e Información y Comunicación. Así:

¹ Ley 1474 de 2011. 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.

² Decreto 2641 de 2012. Por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011.

Componente PAAC	Dimensión de MIPG
1. Gestión del Riesgo de Corrupción	Dimensión Control Interno
2. Racionalización de trámites	Dimensión Gestión de Valores para resultados
3. Mecanismos para mejorar la atención del ciudadano	
4. Rendición de cuentas	
5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la información	Dimensión Información y comunicación

En el presente documento inicialmente se definen los objetivos y el alcance del plan anticorrupción y de atención al ciudadano para 2019. Luego se procede a presentar los componentes del plan; estos componentes fueron desarrollados con base en la normatividad vigente y cada uno de ellos se desarrolla a través de su cronograma de ejecución, los cuales contienen las actividades, fechas de cumplimiento y responsables de llevarlas a cabo a lo largo de la presente vigencia.

1. MARCO NORMATIVO.

- Constitución Política de Colombia.
- Ley 42 de 1993 (Control Fiscal de la CGR).
- Ley 80 de 1993, artículo 53 (Responsabilidad de los Interventores).
- Ley 87 de 1993 (Sistema Nacional de Control Interno).
- Decreto 1757 de 1994: Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4o del Decreto Ley 1298 de 1994
- 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).
- Decreto 2232 de 1995: Artículos 70, 80 y 90 (Por medio del cual se reglamenta la Ley 190 de 1995).
- Ley 489 de 1998, artículo 32 (Democratización de la Administración Pública).
- Ley 599 de 2000 (Código Penal).
- Ley 610 de 2000 (Establece el trámite de los procesos de responsabilidad fiscal de competencia de las contralorías).
- Ley 734 de 2002 (Código Único Disciplinario).
- Ley 850 de 2003 (Veedurías Ciudadanas).

Código: ES-PLI-GP005D01, Versión: 05, Fecha: 31/01/2019, Página 5 de 50

- 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”.
- Ley 1150 de 2007 (Dictan medidas de eficiencia y transparencia en la contratación con Recursos Públicos).
- Conpes 3654 de abril de 2010, en el cual se establece la política de rendición de cuentas de la rama ejecutiva a los ciudadanos.
- Conpes 3649 DE 2010: Política Nacional de Servicio al Ciudadano.
- Ley 1437 de 2011, artículos 67, 68 y 69 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo).
- 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).
- Decreto 4326 de 2011 (Divulgación Programas de la Entidad).
- Decreto 4567 de 2011 (Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y decreto ley 770 de 2005).
- Decreto 4632 de 2011 (Reglamenta Comisión Nacional para la Moralización y la Comisión Nacional Ciudadana para la Lucha contra la Corrupción).
- Decreto 4637 de 2011 (Crea en el DAPRI Secretaría de Transparencia).
- Documento CONPES 3714 de diciembre 01 de 2011: Del Riesgo Previsible en el Marco de la Política de Contratación Pública.
- Decreto 0019 de 2012 (Normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública).
- Decreto 2641 de 2012, por medio del cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la ley 1474 de 2011.
- Decreto 2482 de 2012: Por el cual se establecen los lineamientos generales para la integración de la planeación y gestión.
- Documento Conpes 3785 de 2013, en el cual se establece la Política Nacional de eficiencia administrativa al servicio del ciudadano.
- Decreto 943 de 2014 “Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
- Decreto 1649 de 2014 “Por el cual se modifica la estructura del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República”.
- Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- 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.
- Decreto 1081 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República.
- Decreto 1083 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”.

- 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”.
- Ley 1757 de 2015: “Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática”.
- 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".
- Decreto 1499 de 2017 actualiza el Modelo Integral de Planeación y Gestión MIPG - del Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP.
- Decreto 612 de 2018 Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado.

2. OBJETIVOS Y ALCANCE.

2.1. OBJETIVO GENERAL.

Presentar las estrategias y acciones que ejecutará el Hospital General de Medellín durante la vigencia 2019, para prevenir actos de corrupción y asegurar el mejoramiento en la atención de los ciudadanos y demás partes interesadas, conforme lo que establece la ley 1474 de 2011.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Revisar y/o actualizar el mapa de riesgos de corrupción institucional y sus respectivas medidas de mitigación, prevención y control.
- Racionalizar los trámites y procesos, de tal forma que se logre un mejoramiento en la gestión institucional, y se facilite a los usuarios el acceso a los servicios de salud prestados por el Hospital.
- Generar transparencia y confianza con las diferentes partes interesadas a través de la entrega de información oportuna, clara y confiable de la gestión institucional y el fortalecimiento de los espacios de participación y control social.
- Fortalecer las estrategias orientadas al mejoramiento de la atención de los usuarios y demás partes interesadas.
- Garantizar el derecho de acceso a la información pública, a los usuarios y demás partes interesadas.

3. ALCANCE.

Las estrategias y acciones contenidas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano, aplica para todos los funcionarios y contratistas del Hospital General de Medellín, en la ejecución de sus procesos, el desarrollo de sus funciones y la normatividad aplicable.

4. COMPONENTES DEL PLAN.

De acuerdo con los parámetros establecidos, el plan contiene los siguientes componentes independientes:

4.1. PRIMERO: METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y ACCIONES PARA SU MANEJO.

4.1.1. Generalidades

La corrupción es sin duda el mayor obstáculo para el desarrollo económico y social de un país. Su ejercicio no solo menoscaba los recursos que el Estado utiliza para satisfacer las necesidades de sus habitantes; también desincentiva la realización de inversiones, frena el desarrollo económico, perpetúa los niveles de pobreza, promueve la ineficiencia, la inestabilidad y la violencia.

Dentro del Sistema de Gestión Integrado de Gestión de Riesgos se han establecidas las guías que contienen los criterios generales y los procedimientos para la identificación y prevención de los riesgos de corrupción a los que está expuesta la institución, permitiendo la realización de acciones orientados a prevenirlos o evitarlos, de conformidad con los estándares y las normas técnicas que se encuentren vigentes con relación a este tema.

4.1.2. Desarrollo de la metodología de la Gestión del Riesgo de Corrupción

La Metodología para gestionar los riesgos de corrupción, toma como punto de partida los parámetros en la metodología de administración de riesgos “Guía para la gestión de riesgo de corrupción” y los impartidos en el nuevo

Código: ES-PLI-GP005D01, Versión: 05, Fecha: 31/01/2019, Página 8 de 50

Modelo Integral de Planeación y Gestión MIPG - del Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP que a través de su manual operativo actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI). De tal manera que el ciudadano pueda conocer las acciones programadas para frenar este flagelo.

Dicha metodología parte del modelo operativo por procesos y se desarrolla en los niveles estratégico, misional y de apoyo, es aplicable a los proyectos en busca de un sistema integral del riesgo.

4.1.2.1. Definiciones

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

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

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

Gestión del riesgo de corrupción: es el conjunto de actividades coordinadas que permiten a la entidad identificar, analizar, evaluar y mitigar la ocurrencia de riesgos de corrupción en los procesos de su gestión

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 de 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 con el fin de desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

4.1.2.2. **Política de Gestión de riesgos**

El Hospital General de Medellín se compromete con Gestión del Riesgo 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 institucionales, buscando prevenir y mitigar los riesgos apoyando la toma de decisiones, la protección de los recursos, la sostenibilidad, continuidad de las operaciones y generación de confianza en los grupos de interés.

La política de gestión del riesgo está alineada con el direccionamiento estratégico y con las metas contempladas en los programas y proyectos que redundan, en la búsqueda del logro los objetivos institucionales y el mejoramiento continuo

4.1.2.3. **Política de transparencia y lucha contra la corrupción**

El Hospital General de Medellín se compromete con la transparencia y la lucha contra la corrupción mediante el mejoramiento al acceso y calidad de la información, el fortalecimiento de las herramientas de gestión pública para la prevención de la corrupción, el fortalecimiento del control social, la promoción de la cultura de la integridad, el desarrollo de herramientas para luchar contra la impunidad de actos de corrupción y la transparencia en la contratación pública

El HGM, está comprometido con las buenas prácticas de gestión las cuales buscan preservar la ética empresarial, garantizar la transparencia de su gestión, administrar eficientemente sus recursos, reconocer y respetar los derechos de los pacientes y partes interesadas.

Dentro de la política de gestión de riesgos y el mapa de riesgos institucional, están incluidos los riesgos de corrupción, como herramienta que permite realizar monitoreo a los controles establecidos para prevenir o mitigar los riesgos identificados.

4.1.2.4. Gestión de riesgos de corrupción:

Para llevar a cabo gestión de los riesgos de corrupción, se sigue la metodología del programa de gestión de riesgos institucional: se establece el contexto estratégico, se realiza evaluación del riesgo en sus distintas fases de identificación, análisis y valoración, con su posterior tratamiento a los riesgos identificados en cada uno de los procesos.

Debido al 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.

Se identifican los riesgos de corrupción inherentes a la actividad de la institución, 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, daño, perjuicio o detrimento.

Inicialmente 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. Para los riesgos de corrupción, el análisis de impacto se realizará teniendo en cuenta solamente los niveles moderado, mayor y catastrófico, dado que estos riesgos siempre serán significativos; en este orden de ideas, no aplican los niveles de impacto insignificante y menor, que si aplican para los demás riesgos.

Para calcular el riesgo residual es necesario primero evaluar la efectividad de los controles, teniendo en cuenta que el control se define como “toda acción que tiende a minimizar los riesgos”, significa analizar el desempeño de las operaciones, evidenciando posibles desviaciones frente al resultado esperado para la adopción de medidas de tratamiento.

El resultado de todas las anteriores actividades se materializa en el Mapa

de Riesgos de Corrupción.

4.1.2.5. Mecanismos de Monitoreo y Revisión

En el Hospital dispone actualmente, dentro de su sistema de información institucional de una carpeta compartida identificada como Gestión de Riesgos, donde encontramos documentadas las matrices de riesgo de cada uno de los 39 procesos y la matriz de un procedimiento que es Conducción de Ensayos Clínicos (40 matrices de Riesgo).

En dicha carpeta encontramos las matrices correspondientes a la vigencia actual, donde los procesos están categorizados en estratégicos, misionales, apoyo y de evaluación, a su vez cada uno de estos está clasificado de acuerdo al macroproceso al que pertenecen.

En las matrices se engloba la totalidad de los riesgos a gestionar alojados en un archivo de Excel debidamente clasificados y valorados, encontramos allí el Mapa de riesgos institucional de la respectiva vigencia. En cada matriz se tiene los respectivos mapas de los riesgos para su debida actualización o consulta, en dichas matrices están incluidos los riesgos de corrupción.

4.1.2.6. Seguimiento

El seguimiento es esencial para asegurar que las acciones se están llevando a cabo y evaluar la eficiencia en su implementación adelantando revisiones sobre la marcha para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que pueden estar influyendo en la aplicación de las acciones preventivas

Teniendo como referencia los roles y responsabilidades de las Líneas de Defensa con relación a la Gestión de Riesgos de MIPG, la alta dirección y el equipo directivo, a través de sus comités deben monitorear y revisar el cumplimiento a los objetivos a través de una adecuada gestión de riesgos. Haciendo seguimiento y pronunciándose por lo menos cada trimestre sobre el perfil de riesgo inherente y residual de la entidad, incluyendo los riesgos de corrupción y de acuerdo a las políticas de tolerancia establecidas y aprobadas.

Revisar los informes presentados por lo menos cada trimestre de los eventos de riesgos que se han materializado en la institución, incluyendo

Código: ES-PLI-GP005D01, Versión: 05, Fecha: 31/01/2019, Página 12 de 50

los riesgos de corrupción, así como las causas que dieron origen a esos eventos de riesgos materializados, como aquellas que están ocasionando que no se logre el cumplimiento de los objetivos y metas, a través del análisis de indicadores asociados a dichos objetivos.

Dentro del rol de la 1ª Línea de Defensa: El Gerente y los responsables de los procesos deben monitorear y revisar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de sus procesos a través de una adecuada gestión de riesgos, incluyendo los **riesgos de corrupción** con relación a lo siguiente

Como rol de la 2ª Línea de Defensa está en asistir y guiar a la Línea Estrategia y la Primera Línea de Defensa en la Gestión adecuada de los Riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de sus procesos, incluyendo los **riesgos de corrupción**, a través del establecimiento de directrices y apoyo en el proceso de identificar, analizar, evaluar y tratar los riesgos, y realiza un monitoreo independiente al cumplimiento de las etapas de la gestión de riesgos

La 3ª Línea de Defensa le corresponde proveer aseguramiento independiente y objetivo sobre la efectividad del sistema de gestión de riesgos, validando que la línea estratégica, la primera línea y segunda línea de defensa cumplan con sus responsabilidades en la Gestión de Riesgos para el logro en el cumplimiento de los objetivos institucionales y de proceso, **así como los riesgos de corrupción**. Está conformada por la Oficina de Control Interno o Auditoría Interna.

Trimestralmente, cada responsable de proceso realiza una autoevaluación a la gestión del riesgo, determinando la efectividad de sus controles para minimizar el riesgo, a su vez la oficina de control interno realizará su propio informe de evaluación de riesgos y controles de segundo orden.

Actividades programadas para Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano en el tema de Gestión de Riesgos

A continuación, se describen las actividades programadas para el 2019, buscando dar cumplimiento a las actividades planteadas en cada uno de los cinco subcomponentes del tema de riesgos, del presente Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción									
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
Subcomponente 1 Política de Administración de Riesgos	1.1 Revisión, actualización y validación de nueva versión de la Política de Gestión de Riesgos	Política de Gestión de Riesgos actualizada y publicada en la intranet	Gestor de riesgos Comité Coordinador de Control Interno						
	1.2 Socialización continua de la política y el programa de Gestión de Riesgo	Evidencias de la socialización de la Política Una (1) socialización al 100 % de los responsables de los procesos de la política y el programa de Gestión del Riesgo	Gestor de riesgos Lideres de los procesos						
Subcomponente 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	2. Revisar y actualizar el Mapa de Riesgos de Corrupción conforme las necesidades de ajuste identificados	Mapa de Riesgos de Corrupción ajustado y actualizado	Gestor de riesgos Lideres de los procesos						
Subcomponente 3 Consulta y divulgación	3.1 Realizar publicación de los riesgos de corrupción	Una (1) Matriz de Riesgos de corrupción publicado en página web	Gestor de riesgos						
	3.2 Divulgar la metodología de gestión del riesgo y el mapa de riesgos de corrupción en todos los niveles de la organización Directivo, táctico y operativo.	100 % de los responsables de los procesos con socialización de la metodología de gestión del riesgo y el mapa de riesgos de corrupción.	Gestor de riesgos Lideres de los procesos						
Subcomponente 4 Monitoreo y revisión	4.1 Verificación de la efectividad de controles implementados a los riesgos de corrupción en los diferentes procesos.	Dos (2) Seguimientos a los controles implementados para mitigar los riesgos de corrupción	Gestor de riesgos Lideres de los procesos						
	4.2 Realizar la verificación de la ejecución de las estrategias anticorrupción y atención al ciudadano, la visibilización, el seguimiento y control de las acciones.	Informes de auditoria	Asesor de control interno Auditores Control Interno						

Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción									
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
Subcomponente 5 Seguimiento	5,1 Consolidar la cultura de la administración de los riesgos en la institución - Promoción de la cultura de la integridad, mediante la socialización del Código de Ética y Buen Gobierno	Una (1) socialización al 100 % de los responsables de los procesos Código de Ética y Buen Gobierno en los despliegues de las áreas	Líderes de los procesos						
	5.2 Consolidar la cultura de la administración de los riesgos en la institución, mediante el desarrollo de herramientas para la transparencia: Implementación de canal de denuncia - Línea de Transparencia	(2) Informes de avances en la implementación y funcionamiento de la línea de Transparencia	Oficial de Cumplimiento SARLAFT Comité de Gestión y Desempeño						

4.2. SEGUNDO: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

El componente anti trámite en el Hospital General de Medellín, se concibe como una herramienta de prevención de actos de corrupción que apunta al cumplimiento de la Ley 962 de 2005, Ley 1474 de 2011 y el Decreto Ley 019 de 2012, mediante la formulación de estrategias que permiten simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y/o automatizar los procesos, para que los usuarios y demás partes interesadas puedan acceder a los servicios ofertados por el Hospital.

Esta política se evaluó con los criterios definidos en el autodiagnóstico de MIPG, del cual se derivaron estrategias definidas en el cronograma para la implementación de cada una de las categorías y componentes tal como se describen a continuación:

COMPONENTE	CATEGORIA
Portafolio de oferta institucional (trámites y otros procedimientos administrativos) identificado y difundido	Construir el inventario de trámites y otros procedimientos administrativos
	Registrar y actualizar trámites y otros procedimientos administrativos en el SUIT
	Difundir información de oferta institucional de trámites y otros
Priorización participativa de Trámites a racionalizar	Identificar trámites de alto impacto y priorizar
Estrategia de racionalización de trámites formulada e implementada	Formular la estrategia de racionalización de trámites
	Implementar acciones de racionalización normativas
	Implementar acciones de racionalización administrativas
	Implementar acciones de racionalización que incorporen el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones
Resultados de la racionalización cuantificados y difundidos	Cuantificar el impacto de las acciones de racionalización para divulgarlos a la ciudadanía
	Realizar campañas de apropiación de las mejoras internas y externas

Código: ES-PLI-GP005D01, Versión: 05, Fecha: 31/01/2019, Página 16 de 50

Desde el 2015 se trabaja de manera articulada con el comité de gobierno en línea denominado en la actualidad gobierno digital, lo que ha permitido hacer el levantamiento, consolidación y actualización de los trámites que deben realizar los usuarios para acceder a los servicios.

Dicho trabajo permitió avanzar en un primer momento en su identificación y el ingreso de la información en la hoja de vida de trámites y servicios del Sistema Único de Información de Trámites SUI³, suministradas por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP. Igualmente están publicados en el Si Virtual el portal donde los ciudadanos pueden consultar y realizar trámites y servicios del Estado completamente en línea.

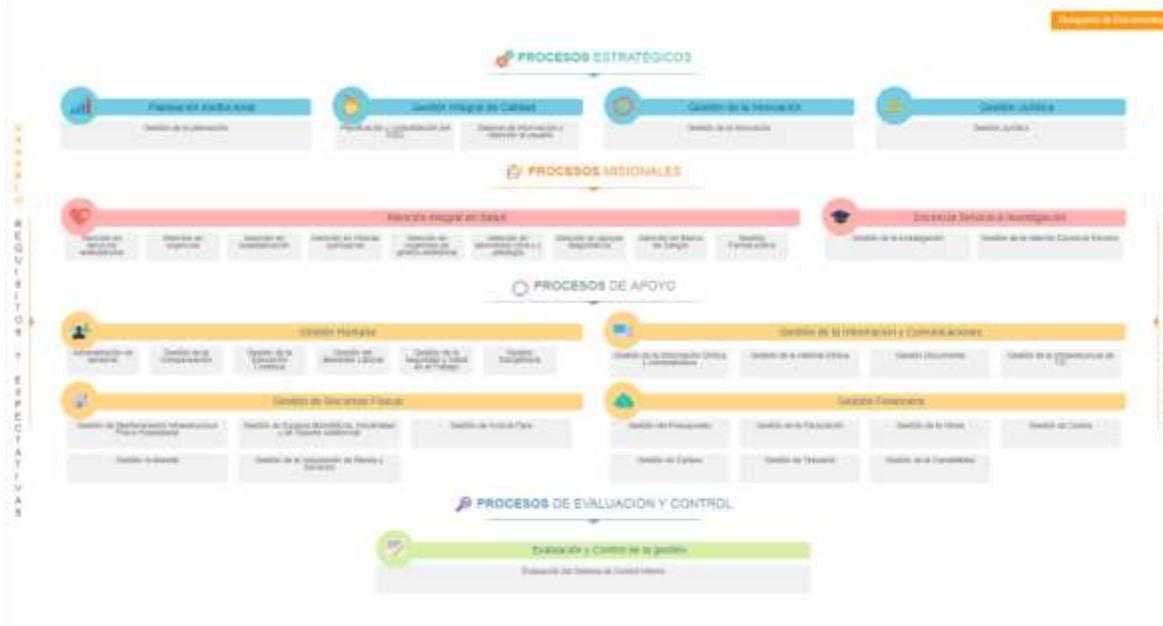
Para seguir avanzando en la consolidación de la política se hace necesario realizar un trabajo articulado que implique el compromiso de la alta dirección y el comité de gestión y desempeño institucional para la gestión del cambio.



Fuente: DPTSC Función Pública, (2017).

Mapa de procesos

³ El SUI, es un sistema electrónico de administración de información de trámites y servicios de la Administración Pública Colombiana que opera a través del Portal del Estado Colombiano, administrado por el DAFP por mandato legal, en alianza estratégica con el Ministerio de Comunicaciones- Programa Gobierno en línea. Este sistema permite integrar la información y actualización de los trámites y servicios de las entidades de la administración pública, para facilitar a los ciudadanos la consulta de manera centralizada y en línea.



Código: ES-GIC-GC001D13 V2 31-01-2018

De la priorización realizada en el año 2015, con respecto a los servicios que se debían intervenir, a la fecha se tienen los siguientes trámites registrados en el SUIT:

- a. Examen de laboratorio clínico
Descripción: Acceder a la toma de muestras de sangre y/o fluido corporal para exámenes de laboratorio de baja, mediana y alta complejidad, para procesamiento y posterior valoración médica.
<http://visor.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=19310>
- b. Radiología e imágenes diagnósticas
Descripción: Obtener imágenes del paciente para efectos diagnósticos y terapéuticos, mediante la utilización de ondas del espectro electromagnético y de otras fuentes de energía.
<http://visor.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=19339>
- c. Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos
Descripción: Entregar uno o más medicamentos o dispositivos médicos a un paciente y la información sobre su uso adecuado de acuerdo con la prescripción médica.
<http://visor.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=19418>

- d. **Terapia**
Descripción: Acceder a tratamientos para la habilitación o rehabilitación integral del paciente.
<http://visor.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=19096>
- e. **Atención inicial de urgencias**
Descripción: Atención de personas que requieren de la protección inmediata por presentar alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona.
<http://visor.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=19112>
- f. **Servicio de vacunación**
Descripción: Aplicar biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI a menores de 0 a 5 años de edad, niñas entre 9 y 17 años de edad, mujeres en edad fértil entre 10 y 49 años de edad y adultos mayores de 60 años de edad, para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles.
<http://visor.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=16218>
- g. **Asignación de cita para la prestación de servicios en salud**
Descripción: Agendar una cita para acceder a la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades del usuario.
<http://visor.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=18436>
- h. **Certificado de defunción**
Descripción: Acreditar legalmente el fallecimiento de una persona.
<http://visor.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=18524>
- i. **Historia Clínica**
Descripción: Obtener la historia clínica en la cual se registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente o familia, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención.
<http://visor.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=16155>

En 2017 se hizo el registro del trámite “Certificado de nacido vivo”, uno de los requeridos por el SUIIT para los hospitales.

- j. **Certificado de nacido vivo**
Descripción: Obtener la certificación que acredita el hecho que el recién nacido nació vivo.

<http://visor.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=58492>

En 2018 se hizo el registro del trámite “Certificado de paz y salvo” requerimiento del Departamento Administrativo de la Función Pública.

- k. Certificado de Paz y Salvo
Descripción: Obtener la certificación donde se manifiesta que el deudor se encuentra a paz y salvo con la entidad.
<http://visor.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=62292>



DOCUMENTO

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Código: ES-PLI-GP005D01, Versión: 05, Fecha: 31/01/2019, Página 20 de 50

Componente 2: Racionalización de trámites								
Actividades	Meta o producto	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
			1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
2.1. Construir el inventario de los productos que resultan de la ejecución de los procesos	Inventario de productos	Oficina de calidad y planeación Oficina del SIAU						
2.2. Relacionar la información de los trámites y OPAS con el inventario de todos los productos.	Inventario relacionado	Oficina del SIAU						
2.3. Publicar en medios virtuales los trámites y OPAS institucionales.	Publicación en medios virtuales	Profesional de comunicaciones						
2.4. Implementar una herramienta que permita centralizar las solicitudes de los trámites y OPAs, para generar información confiable, que permita desarrollar informes para analizar la frecuencia de la solicitud, el medio de la solicitud, los volúmenes de atención y tiempos de respuesta.	Herramienta implementada	Comité de gobierno en línea						
2.5. Identificar trámites que facilitan la implementación del Acuerdo de Paz	Trámites identificados	Psicóloga programa Violencia en el lugar de trabajo						
2.6. Identificar los trámites que estarán incluidos dentro de los Centros Integrados de Servicio al Ciudadano	Trámites identificados	Comité de gobierno en línea						
2.7. Identificar los trámites que hacen parte de la Ruta de la Excelencia o Mapa de ruta que adelanta el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - DNP y Función Pública	Trámites identificados	Comité de gobierno en línea						
2.8. Identificar los trámites que están relacionados con los indicadores de Doing Business	Trámites identificados	Comité de gobierno en línea Líder Estadística						
2.9. Identificar los trámites con mayor cantidad de quejas, reclamos y denuncias de los ciudadanos	Trámites identificados	Oficina del SIAU						
2.10. Identificar los trámites que requieren mayor atención en razón a su complejidad, costos y afectación de la competitividad, de conformidad con las encuestas aplicadas sobre percepción del servicio a los ciudadanos	Trámites identificados	Comité de gobierno en línea Oficina del SIAU						
2.11. Analizar e identificar los trámites de la entidad que fueron objeto de observación por parte de las auditorías externas	Trámites identificados	Oficina de calidad y planeación Oficina auditoría interna						
2.12. Identificar los trámites de mayor tarifa para los usuarios	Trámites identificados	Dirección Financiera						

Componente 2: Racionalización de trámites								
Actividades	Meta o producto	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
			1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
2.13. Consultar a la ciudadanía sobre cuáles son los trámites más engorrosos, complejos, costosos, que afectan la competitividad, etc.	Trámites identificados	Oficina del SIAU						
2.14. Identificar los trámites que generan mayores costos internos en su ejecución para la entidad	Trámites identificados	Dirección Financiera						
2.15. Formular la estrategia de racionalización de trámites cumpliendo con los parámetros establecidos por la política de racionalización de trámites	Estrategia formulada	Directores Oficina de calidad y planeación						
2.16. Registrar en el Sistema Único de Información de Trámites - SUIT la estrategia de racionalización de trámites	Estrategia registrada	Oficina del SIAU						
2.17. Ajustar actos administrativos reglamentarios de trámites	Actos administrativos ajustados	Gerencia Oficina jurídica						
2.18. Poner a consulta de la ciudadanía los actos administrativos que modifican los trámites, siguiendo los lineamientos del Decreto 270 de 2017	Informe de consulta	Oficina del SIAU						
2.19. Implementar mecanismos que permitan cuantificar los beneficios de la racionalización hacia los usuarios, en términos de reducciones de costos, tiempos, requisitos, interacciones con la entidad y desplazamientos	Mecanismos implementados	Dirección financiera Oficina de calidad y planeación Gesis						
2.20. Realizar campañas de difusión sobre los beneficios que obtienen los usuarios con las mejoras realizadas al(os) trámite(s)	Plan de medios	Profesional de comunicaciones						
2.21. Realizar campañas de difusión y estrategias que busquen la apropiación de las mejoras de los trámites en los servidores públicos de la entidad responsables de su implementación	Plan de medios	Profesional de comunicaciones Dirección gestión humana						
2.22. Evaluar periódicamente la satisfacción de sus usuarios con los trámites y servicios que la entidad presta en línea	Informe de satisfacción	Oficina de calidad y planeación Comité de gobierno en línea						
2.23. Actualizar permanentemente los trámites y otros procesos administrativos del HGM en el aplicativo Sistema Único de Información de Trámites - SUIT	Hojas de trámite actualizadas en el SUIT	Oficina del SIAU						
2.24. Realizar la caracterización de los usuarios, ciudadanos y grupos de interés.	Informe de caracterización	Subgerente administrativa						

Componente 2: Racionalización de trámites								
Actividades	Meta o producto	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
			1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
		Subgerencia Asistencial Líder Estadística						
2.25. Analizar la viabilidad de la creación de una ventanilla única de trámites presenciales en el HGM	Informe de viabilidad	Subgerente administrativa Dirección Financiera Líder de Facturación						
2.26. Estructurar una central de citas.	Central de citas en funcionamiento	Subgerente administrativa Director de Ambulatorios Líder de Sistemas						
2.27. Promover a través de los medios masivos de comunicación el uso de asignación de citas vía web médicas y de imagenología.	Plan de medios	Profesional de comunicaciones						

4.3. TERCERO: RENDICIÓN DE CUENTAS.

A través de la Ley 489 de 1998, “sobre la organización y funcionamiento de las entidades del Estado”, se establece la posibilidad de aplicar mecanismos que desarrollen el principio de transparencia y Rendición de Cuentas. En su implementación sugiere que los compromisos deben estar articulados desde el orden Nacional hacia el Departamental y de éste con el orden Municipal y sus entes descentralizados, con el fin de que haya coherencia entre los objetivos, metas y acciones del Estado, de tal forma que sea visible para el ciudadano el cómo estos resultados serán logrados en la Nación y en cada Departamento, Municipio y sus entes Descentralizados.

Todo para fortalecer, legitimar y dar credibilidad al ejercicio de la función pública frente a la ciudadanía, gestionar el desarrollo en concertación ciudadana de manera transparente y abierta con permanente deliberación pública.

a. Definición de la Rendición de Cuentas.

La rendición de cuentas es el proceso sistemático, mediante el cual, el Hospital General de Medellín se compromete en brindar a la comunidad y demás partes interesadas, información clara, confiable y coherente de todas las decisiones, acciones y resultados en el ciclo de la gestión pública (planeación, presupuestación, ejecución, seguimiento y evaluación), al igual que los espacios institucionalizados que se dispongan para interactuar con estas partes interesadas y responder a las inquietudes que en virtud de la información suministrada se generen.

El Decreto 2482 de 2012 estableció los lineamientos generales para la integración de la planeación y la gestión de las entidades del sector público y propuso el modelo integrado de planeación y gestión que contempla la rendición de cuentas como uno de sus principales componentes. Dicho modelo plantea que la rendición de cuentas sea una expresión de control social que comprende acciones de petición de información y explicaciones, así como la evaluación de la gestión.

b. Principios de la Rendición de Cuentas

En el Hospital General de Medellín, se declara que la gestión de lo público es transparente. Las relaciones con la comunidad son abiertas y claras, éstas se desarrollan a través de los espacios de participación ciudadana.

Transparencia: Es hacer visible la gestión del Hospital a través de la relación directa entre el gerente, equipo directivo y los servidores públicos con los usuarios que se atienden. Se materializa en la entrega de información adecuada para facilitar la participación de los ciudadanos en las decisiones que los afecten.

Responsabilidad: Cumplimos con los compromisos contraídos con la comunidad y demás grupos de interés.

Imparcialidad: Actuamos con plena objetividad e independencia en defensa de lo público

Moralidad: Manifestamos que actuamos bajo la responsabilidad como servidores públicos, cumplimos con las normas constitucionales y legales vigentes, y los principios éticos y morales propios de nuestra sociedad.

Publicidad: Reconocemos el derecho de la comunidad y de los servidores al acceso pleno, oportuno, veraz y preciso a las actuaciones, resultados e información, damos a conocer los resultados de la gestión y permitimos la fiscalización por parte de los ciudadanos, dentro de las disposiciones legales vigentes.

Participación: Reconocemos el principio constitucional basado en el derecho del pueblo para hacerse parte, mediante la participación de todos en las decisiones que los afecten y en vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación.

c. Elementos de la rendición de cuentas

La rendición de cuentas a los ciudadanos y demás partes interesadas en el HGM, se fundamenta en tres (3) elementos básicos:

Elementos de la rendición de cuentas



Fuente: Manual Único de Rendición de Cuentas- MURC, Departamento Administrativo de la Función Pública

Información: El elemento de información se refiere a la generación de datos y contenidos sobre la gestión, el resultado de ésta y el cumplimiento de las metas misionales y las asociadas con el plan de desarrollo institucional, así como a la disponibilidad, exposición y difusión de datos, estadísticas o documentos derivados de la gestión institucional en los diferentes procesos. Esta información debe ser de calidad y en lenguaje claro para llegar a todos los grupos poblacionales y de interés.

En el HGM la información para el cliente interno, los usuarios y demás partes interesadas, se hace visible a través de diferentes estrategias algunas de las cuales se relacionan a continuación: Ver cuadro de medios para la rendición de cuentas descrito en el siguiente ítem.

- Informes de gestión y ejecución presupuestal
- Actualización de página web
- Piezas comunicativas
- Comunicados de prensa
- Redes sociales
- Utilización de espacios en medios de comunicación masiva
- Carteleras institucionales

- Implementación estrategia de gobierno digital
- Portal de contratación

Diálogo: El elemento diálogo, se refiere a aquellas prácticas en que la institución, después de entregar información, da explicaciones, justificaciones o da respuesta a las inquietudes de los usuarios, funcionarios y demás partes interesadas frente a sus acciones y decisiones. Para dar cumplimiento a éste elemento la institución utiliza las siguientes estrategias:

- Audiencias públicas de rendición de cuentas: A continuación se presentan las etapas que se surten en el HGM para desarrollar la audiencia pública de rendición de cuentas



- Participación en ferias de transparencia
- Participación en mesas de trabajo regionales
- Reuniones con: Junta directiva, asociación de usuarios, proveedores de bienes y servicios, otros prestadores de servicios de salud, aseguradoras.
- Reuniones informativas a la comunidad hospitalaria
- Grupos focales

Responsabilidad: Responder por los resultados de la gestión definiendo o asumiendo mecanismos de corrección o mejora en sus planes institucionales

Código: ES-PLI-GP005D01, Versión: 05, Fecha: 31/01/2019, Página 27 de 50

para atender los compromisos y evaluaciones identificadas en los espacios de diálogo. También incluye la capacidad de las autoridades para responder al control de la ciudadanía, los medios de comunicación, la sociedad civil y los órganos de control asegurando el cumplimiento de obligaciones o de imponer sanciones si la gestión no es satisfactoria. Para dar cumplimiento a este elemento la institución utiliza las siguientes estrategias:

- Acompañamiento y capacitación permanente a los miembros de la asociación de usuarios y comité de ética.
- Seguimiento sistemático al plan de acción en el cual los directores y líderes de procesos presentan la gestión de los procesos y proyectos que lideran.
- Seguimiento sistemático al plan de mejoramiento institucional en el cual se incluye las oportunidades de mejora derivadas de los espacios de diálogos que la institución acuerda con sus partes interesadas.



d. Medios de Rendición de Cuentas en el Hospital General de Medellín

MEDIO DE COMUNICACIÓN	MEDIO Y PERIODICIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE
MEDIOS ESCRITOS	Boletines y comunicados de prensa interna	Dar a conocer a la comunidad Hospitalaria los resultados de los programas y proyectos del Hospital en el año inmediatamente anterior y cómo éstos benefician a la comunidad en general.	Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación
MEDIOS VIRTUALES	Página Web Institucional. www.hgm.gov.co A más tardar el 31 de enero de cada año	Publicar la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> Plan de Acción de la vigencia Planes generales de compras Proyectos de inversión y su presupuesto. Presupuesto de la vigencia. Indicadores de gestión. Informe de Gestión de la vigencia anterior Estados financieros las tres últimas vigencias. 	Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación. Dirección Financiera
	Página Web Institucional. www.hgm.gov.co Cada dos meses	Publicar en la página Web el informe de gestión y la contratación institucional.	Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación. Oficina de Contratación
	Perfil de Facebook, Twitter e Instagram	En el perfil de Facebook y en la cuenta de Twitter e Instagram se publicará la filosofía corporativa y los ítems más relevantes del informe de gestión.	Comunicaciones Gerencia
	En la Intranet cada dos meses	Publicar las evaluaciones del plan de acción y todos los informes de gestión	Oficina de Calidad y Planeación
	Novedades del Hospital. Cada dos meses	Publicar la ejecución de los diferentes proyectos del plan de acción. Las novedades del Hospital están dirigidas a los funcionarios y colaboradores.	Comunicaciones
MEDIOS DE COMUNICACIÓN DIRECTOS	Reunión con la comunidad hospitalaria el	Presentar el informe de gestión anual a toda la comunidad, tanto funcionarios como colaboradores.	Gerencia Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación.

MEDIO DE COMUNICACIÓN	MEDIO Y PERIODICIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE
	primer trimestre de cada año		
	Reunión con la asociación de usuarios y comunidad, proveedores, medios de comunicación y demás partes interesadas. En el primer trimestre de cada año	Presentar el informe de gestión anual a la asociación de usuarios y comunidad en general.	Gerencia Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación.
EN FORMA DIRECTA A LA JUNTA DIRECTIVA	Reunión con la Junta Directiva. Cada dos meses	Presentar ante la Junta Directiva del Hospital informe de Gestión de manera periódica donde se evidencie el avance del Plan de Acción y el Plan de Desarrollo.	Gerencia Oficina de Calidad y Planeación
ANTE EL CONCEJO DE MEDELLÍN	Reunión con el Concejo de Medellín. Cada vez que sea requerido	Evidenciar el avance del Plan de Acción del año y el Plan de Desarrollo del periodo.	Gerencia Oficina de Calidad y planeación.
ANTE EL ALCALDE DE MEDELLÍN Y	Alcalde de Medellín y/o Secretario de Salud Cada vez que sea requerido	Evidenciar el avance del Plan de Acción del año y el Plan de Desarrollo del periodo.	Gerencia Oficina de Calidad y Planeación.
ANTE LOS ORGANISMOS DE CONTROL	A la Contraloría General. Con la periodicidad definida en la Resolución N° 232 de 2016	Cumplir con el 100% de los informes de Rendición de la Cuenta a la Contraloría General de Medellín y demás organismos de control como la Supersalud.	Gerencia Oficina de Control Interno.

Entendiendo entonces la rendición de cuentas a la ciudadanía como un valioso mecanismo de información y de participación ciudadana, que tiene como uno de sus fines generar espacios de interacción con el Hospital de forma que permitan la retroalimentación de la opinión de la comunidad para incorporarla a la gestión institucional, de manera que esta refleje el compromiso de garantizar el respeto, protección y efectividad de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, se formula para la vigencia 2019 el cronograma de rendición de cuentas a la ciudadanía, el cual contempla actividades orientadas a cumplir con los propósitos de la estrategia y a la interacción con los diferentes grupos de interés

Componente 3: Rendición de cuentas									
Subcomponente	Actividades	Meta o producto entregable	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
Subcomponente 1 Información de calidad y en lenguaje comprensible	1.1 Programar y ejecutar reunión para realizar la planeación de la rendición de cuentas para el año 2018, acorde a lo establecido en el manual institucional de rendición de cuentas. (Esta programación debe incluir la caracterización de las partes interesadas a las cuales va dirigida la rendición de cuentas, el medio a utilizar y la posible fecha de ejecución).	Acta de planeación de la estrategia de rendición de cuentas	Oficina de calidad y planeación y Comunicaciones	Febrero					
	1.2 Recopilar toda la información necesaria para la estructuración de las presentaciones de las audiencias públicas de rendición de cuentas según los públicos de interés con información clara y comprensible. Definir y desarrollar las piezas comunicacionales a utilizar teniendo en cuenta lo descrito en el manual.	Piezas comunicacionales realizadas	Oficina de calidad y planeación. Estadística y Directores y líderes	Febrero					
	1.3 Estructurar presentación definitiva y ubicarla en la página web. NOTA: La presentación debe estar ubicada en la página como mínimo un mes antes de la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas.	Presentación definitiva ubicada en la página web	Oficina de calidad y planeación y Comunicaciones						
	1.4 Diseñar y enviar por diferentes canales, las invitaciones para la audiencia pública de rendición de cuentas a las partes interesadas.	Invitaciones enviadas de manera virtual y presencial a las partes interesadas	Comunicaciones y Profesional atención al usuario	Febrero					

Componente 3: Rendición de cuentas									
Subcomponente	Actividades	Meta o producto entregable	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
	1.5 Publicar en la página web de la SUPERSALUD, en link de rendición de cuentas, la fecha y lugar de la realización de la audiencia pública. NOTA: la fecha máxima para ubicar esta información es el día 10 del mes de abril.	Pantallazo en la SUPERSALUD	Profesional atención al usuario	Febrero					
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2.1 Realizar audiencia pública de rendición de cuentas (Se tienen espacios para las intervenciones de las partes interesadas que lo soliciten y para la resolución de las preguntas generadas durante la audiencia.	Presentaciones Listas de asistencia	Gerente Oficina de calidad y planeación Comunicaciones		Marzo				
	2.2 Aplicar encuesta y realizar evaluación de los diferentes elementos de la rendición de cuentas	Resultados de la encuesta de percepción de la rendición de cuentas	Comunicaciones Profesional atención al usuario		Marzo				
	2.3 Estructurar informe y acta de la audiencia pública, ubicarla en la página web y enviarla a la Supersalud Link:supersalud.gov.co rendición de cuentas. NOTA: La realización y resultado de la audiencia pública debe estar ubicado en el link de la Supersalud como máximo un mes después de la realización de la audiencia en el formato establecido por esta institución.	Acta de rendición de cuentas Informe de audiencia pública	Profesional atención al usuario		Marzo				

Componente 3: Rendición de cuentas										
Subcomponente	Actividades	Meta o producto entregable	Responsable	FECHA PROGRAMADA						
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM	
Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3.1 Informar a los usuarios los mecanismos de participación	Incluir en cada audiencia de rendición de cuentas realizada a la comunidad, los mecanismos que tiene la institución para fortalecer la participación ciudadana	Gerencia Comunicaciones		Marzo					
	3.2 Incorporar en el plan de despliegue semanal de los colaboradores, el plan anticorrupción y atención al ciudadano haciendo especial énfasis en el componente de rendición de cuentas.	Presentación ubicada en la intranet Listas de asistencia	Calidad y planeación							Nov
	3.3 Presentación sistemática de los avances de los diferentes proyectos del plan de acción por parte de los líderes	Acta seguimiento plan de acción	Gerencia Oficina de calidad y planeación Directores y líderes							
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1 Retrolimentar los resultados de las audiencias públicas a los directores y líderes de los procesos para que los tengan en cuenta como insumos en la implementación del modelo de mejoramiento institucional.	Plan de Mejoramiento	Oficina de calidad y planeación Comunicaciones							
	4.2 Hacer seguimiento sistemático a las oportunidades de mejora derivadas de las audiencias públicas de rendición de cuentas si aplica.	Plan de mejoramiento con seguimiento a las acciones definidas	Oficina de calidad y planeación Comunicaciones							
	4.3 Estructurar carpeta de evidencias de todas las acciones que hacen parte del proceso de rendición de cuentas, (Diálogo, información e incentivos) dentro de la cual	Carpeta con evidencias	Profesional atención al usuario			Abril				



DOCUMENTO

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Código: ES-PLI-GP005D01, Versión: 05, Fecha: 31/01/2019, Página 33 de 50

Componente 3: Rendición de cuentas									
Subcomponente	Actividades	Meta o producto entregable	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
	se encuentra la estrategia de audiencias públicas.								
	4.4 Implementar una estrategia de visibilización de la gestión institucional a través de las redes sociales: canal de youtube, cuenta twitter, instagram y facebook.	Proporción de satisfacción > 90%	Comunicaciones						

4.4. CUARTO: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO.

Con el propósito de brindar un mejor servicio a los usuarios y sus familias, los cuales se constituyen en el eje central del modelo de atención del Hospital General de Medellín, se han caracterizado y estandarizado 39 procesos de los cuales 11, son clasificados como misionales o de cara al usuario. Cada proceso cuenta con una caracterización en la cual se establecen las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias durante todo el ciclo de atención, es decir desde que ingresan hasta que salen.

Igualmente para mejorar y fortalecer la atención a nuestra población usuaria, el Hospital ha estructurado y fortalecido el proceso “Sistema de información y orientación al usuario”, el cual tiene como objetivo: Mantener una relación y comunicación asertiva con el usuario, su familia y partes interesadas en la búsqueda de la satisfacción de sus expectativas, suministrándole información y orientación, gestionando oportunamente sus requerimientos, protegiendo y promoviendo sus derechos y deberes, fomentando espacios de participación permitiéndole contar con un mecanismo de comunicación directa con la Institución, con el fin de garantizar una atención humanizada y una solución o respuesta oportuna, eficiente y eficaz a sus necesidades.

Éste proceso, está caracterizado y se desarrolla a través de tres procedimientos así:

- Atención y Orientación al Usuario.
- Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos.
- Monitoreo de la Satisfacción del Usuario.

a. Atención y Orientación al Usuario.

La oficina de atención al usuario desarrolla estrategias orientadas hacia la humanización de la atención en salud, del ejercicio de los deberes y los derechos del usuario en el contexto del respeto permanente por la persona. Se informa a los usuarios sobre el uso, acceso y disponibilidad de los servicios que presta la Institución; se educa sobre mecanismos para acceder a los diferentes niveles de atención en salud; se apoya con trámites en casos especiales; se orienta sobre el aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud; se brinda acompañamiento y soporte a la asociación de usuarios de la salud del HGM; cuando sea necesario, conjuntamente con otras dependencias se buscan alternativas de solución a los diferentes requerimientos y peticiones de los usuarios.

Para llevar a cabo lo anterior, se cuenta con dos funcionarios y se dispone de canales de comunicación directa que promueven y facilitan la participación de la comunidad como son:

Canal	Modo de Contacto	
Telefónico	Línea gratuita nacional: 01 8000 411124, disponible 24 horas Línea telefónica local: 262 17 43, disponible 24 horas Línea telefónica 384 73 00 extensión 1813, disponible 24 horas	
Físico	Toda correspondencia, documentos o escritos	
Virtual	Correos Electrónicos:	atencionalusuario@hgm.gov.co contacto@hgm.gov.co
	Sitio Web	http://www.hgm.gov.co/index.php/contacto
Presencial	Proceso personalizado en la Oficina de Atención al Usuario ubicada en el primer piso.	
Buzones	En cada servicio del hospital se han dispuesto buzones y se facilitan los formatos donde el usuario puede escribir sugerencias, reclamos, agradecimientos o felicitaciones. Se hace recorrido por los buzones diariamente y se realiza la respectiva gestión para dar la respuesta en los términos de ley.	
Redes sociales	Perfil en Facebook, cuenta de Twiter e Instagram	

Esta actividad hace referencia a la escucha activa al usuario, su familia y/o partes interesadas, solicitando información adicional si es necesario, con el fin de entregar respuesta o servicio según lo solicitado, para lo cual se hace uso de la información, normatividad vigente, herramientas, mecanismos y recursos disponibles, contactando funcionarios de otros servicios personal, virtual o telefónicamente, buscando apoyo en otras entidades cuando esto fuere necesario, sensibilizando sobre los procesos a seguir y ofreciendo otras alternativas, cuando no sea posible resolver la necesidad del usuario o responder satisfactoriamente a su requerimiento.

Se busca siempre mostrar al usuario la comprensión de su situación, transmitirle el esfuerzo realizado por intentar resolver su necesidad y de paso educarlo sobre los conductos regulares, mecanismos y formas de acceder al sistema de salud actual.

b. Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos.

Los elementos generadores de reclamos, sugerencias, felicitaciones y agradecimientos de los usuarios son la herramienta fundamental para el sistema de gestión integral de calidad, ya que este se ve fortalecido con la participación oportuna en la manifestación concreta de elementos que son oportunidades de mejora para nuestra Institución.

Uno de los procedimientos propios del SIAU es el trámite de los reclamos, sugerencias, felicitaciones y agradecimientos; la oficina de atención al usuario se encarga de recibirlos y, haciendo uso de un aplicativo, radicarlos, clasificarlos y enviarlos a la instancia pertinente para establecer las medidas correctivas o tomar las decisiones necesarias.

Estas manifestaciones pueden hacerse llegar por cualquiera de los medios de acceso descritos en el procedimiento anterior y deben contener información clara del usuario para contactarlo y facilitar así la entrega de la respectiva respuesta.

Se da respuesta final al usuario de forma verbal, o escrita cuando el usuario así lo solicite, con base en las indagaciones realizadas por cada director o líder de proceso, en un término no mayor a 10 (diez) días hábiles contados desde el momento de la recepción en la oficina de atención al usuario.

En los casos en que debido a la dinámica de los servicios o la complejidad de la situación presentada se requiera un término mayor para responder, se contactará nuevamente al usuario informando el tiempo adicional requerido.

Se tiene como mecanismo de seguimiento a la respuesta oportuna y con calidad de los reclamos y sugerencias presentados por los usuarios, el estudio de la calidad de la respuesta, los informes semanales y mensuales que se envían a los responsables con manifestaciones abiertas, los informes mensuales para el comité de humanización, comité de ética hospitalaria, asociación de usuarios y el informe bimestral para el plan de acción.

Además se cuenta con los siguientes indicadores:

INDICADOR	INTERPRETACIÓN	META
Índice Combinado de Satisfacción - (indicador de imagen institucional)	<p>Entre 0 y 5 se considera que una empresa genera mucha mayor opinión negativa y que está lejos de cumplir la expectativa de los clientes.</p> <p>Entre 5 y 7 se considera que se encuentra en un campo neutro y en la medida que el índice crezca se está equilibrando la opinión y se está dando motivos de aprecio como de reclamo. Se llama campo neutro. No es una buena posición porque no se generan razones para la lealtad.</p> <p>Superior a 7 se considera que la empresa genera mayor opinión positiva y que está cumpliendo con las expectativas de los clientes. Entre mayor, mayor es la memorabilidad que se genera.</p>	Superior a 7
Índice de reclamaciones	Establece el número de reclamaciones presentadas por cada 1000 usuarios atendidos en los diferentes servicios de la Institución	Menor de 5
Promedio de tiempo de respuesta a reclamos y sugerencias	Establece el número de días promedio en que se le dio respuesta a las reclamaciones y sugerencias presentadas por los usuarios	Menor de 10

Como fortalecimiento al proceso, se realizó la automatización del procedimiento de gestión de reclamos, sugerencias, felicitaciones y agradecimientos, a través del aplicativo EURODOC, lo que ha permitido mejorar la oportunidad en las diferentes etapas de la gestión de las expresiones de los usuarios.

c. Monitoreo de la Satisfacción del Usuario.

La medición de la satisfacción del usuario, es el conjunto de actividades necesarias que debe realizar el prestador de los servicios de salud, para

Código: ES-PLI-GP005D01, Versión: 05, Fecha: 31/01/2019. Página 38 de 50

conocer en forma técnica y objetiva, la percepción que tienen los usuarios de la calidad, eficiencia, eficacia, efectividad y calidez de la atención en los servicios que han recibido.

Se realiza a través de encuestas que evalúan el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. Cuando hablamos del usuario, nos referimos tanto al cliente externo de los servicios que se generan en los diferentes subprocesos o actividades de la atención en salud.

El procedimiento cuenta con los siguientes indicadores:

INDICADOR	INTERPRETACIÓN	META
Proporción de usuarios satisfechos	Proporción de usuarios encuestados que califican con 4 ó 5 el servicio prestado por la Institución.	>97%
Promedio de satisfacción de los usuarios	Promedio de la calificación de las preguntas de los usuarios encuestados	>4.5

De acuerdo con los resultados obtenidos se determinan acciones de retroalimentación para mejorar o mantener la calidad de la prestación de los servicios en la Institución.

Otras estrategias que tiene implementado el HGM para mejorar la atención al ciudadano son:

- Actualización y difusión del portafolio de servicios institucional
- Actualización y disposición en lugares visibles de información como:
 - Derechos y deberes de los usuarios
 - Descripción de los procedimientos y trámites
 - Horarios y puntos de atención
 - Preparación para exámenes de apoyo diagnóstico
 - Señales de alerta y de alarma según grupo poblacional
- Se tienen establecidos procedimientos y se han adecuado espacios físicos y facilidades estructurales para la atención prioritaria de personas en situación de discapacidad, niños, niñas, mujeres gestantes y adultos mayores.

- Se estandarizó la política de cultura organizacional la cual tiene como objetivo, promover la transformación cultural en todos los colaboradores, a fin de recrear en el usuario y todos los públicos involucrados, el más alto nivel de satisfacción basado en la oferta diferencial del servicio. La política establece seis vectores por los cuales los funcionarios y colaboradores del Hospital General de Medellín, nos identificamos:
 - Excelencia en el servicio
 - Gestión del riesgo
 - Trato humanizado
 - Seguridad del paciente
 - Gestión transparente
 - Enfoque hacia los resultados
- Estructuración del plan de capacitación institucional, en el cual se incorporan temas que buscan mejorar las competencias del personal en relación con la atención a los usuarios y sus familias.
- Fortalecimiento de los mecanismos de participación ciudadana

El SIAU se materializa en la oficina de atención al usuario, lugar donde se desarrollan estrategias orientadas hacia la humanización de la atención en salud, del ejercicio de los deberes y los derechos del usuario en el contexto del respeto permanente por la persona y donde se tienen como acciones permanentes:

- Fomento de espacios de participación
- Conquista de usuarios para hacer parte de la asociación de usuarios
- Acompañamiento, soporte y medio de contacto de la asociación de usuarios de la salud del HGM.

Como estrategia de búsqueda de redes de apoyo, intra e interinstitucional, se participa en espacios como el comité de ética hospitalaria, grupo de humanización y, en la red de participación social liderada por la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia. El proceso ha sido presentado además como experiencia exitosa a otras instituciones mediante visitas de referenciación.

Asociación de usuarios:

Es una agrupación de personas que se organizan alrededor de las IPS y las EPS para velar por el cumplimiento de los derechos de los usuarios y por la prestación de servicios con calidad, oportunidad y trato digno.

Funciones:

- Asesora a usuarios.
- Participa en la elaboración, ejecución y evaluación de los planes de desarrollo Institucional.
- Crea, establece y mantiene canales de comunicación entre usuarios e Institución.
- Vela por la calidad de los servicios y por la respuesta oportuna y efectiva de las peticiones de los usuarios.
- Promociona los servicios de la institución
- Participa en diferentes instancias: CMSSS (Comité municipal de seguridad social en salud) COPACO, (Comité de participación comunitaria), Junta Directiva de la ESE, Comité de Ética Hospitalaria.

A continuación se describen las actividades programadas para 2019, buscando dar cumplimiento a los cinco subcomponentes del componente “Mejorar la atención al ciudadano”: estructura administrativa y direccionamiento estratégico, fortalecimiento de los canales de atención, talento humano, normativo y procedimental, relacionamiento con el ciudadano.

Componente 4: Atención al ciudadano									
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1 Realizar despliegue del SIAU a todo el personal de la institución a través de diferentes estrategias (Inducción, reinducción, plan de despliegue semanal)	100% de personal que ingresa a la institución con inducción en el SIAU	Profesional Atención al Usuario						
	1.2 Enviar sistemáticamente la información consolidada del SIAU a la gerencia y a los directores y líderes de procesos para su gestión y articulación con el modelo de mejoramiento institucional.	Informes semanales del SIAU Plan de mejoramiento institucional con acciones derivadas del SIAU	Profesional Atención al Usuario Lideres de los procesos						
Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención	2.1 Revisar y actualizar la información relacionada con la atención al ciudadano en la página web (Tener en cuenta lo establecido en la estrategia del Gobierno en línea)	Página web actualizada	Comunicaciones						
	2.2 Mejorar la oportunidad de la respuesta a las expresiones de los usuarios	> 90% de las expresiones de los usuarios con respuesta oportuna.	Profesional Atención al Usuario Lideres de los procesos						
	2.3 Terminar el proyecto de señalización institucional para favorecer las condiciones de acceso de los usuarios a las diferentes áreas y servicios de la institución.	Informes de interventoría proyecto de señalización 100% ejecutado	Comunicaciones						
	2.4 Mantener herramientas de TIC como el Chat y Facebook, en la cual se facilite la consulta ciudadana y brinde información a los usuarios en tiempo real	Chat activo	Comunicaciones						
	2.5 Realizar convocatoria para la ampliación y fortalecimiento de la asociación de usuarios de la institución	Acta de asamblea de asociación de usuarios	Gerente Profesional Atención al Usuario						

Componente 4: Atención al ciudadano									
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
	2.6 Estructurar y ejecutar plan de capacitación dirigido a los miembros de la asociación de usuarios	Plan de capacitación de la asociación de usuarios ejecutado en un 90%	Profesional Atención al Usuario						
Subcomponente 3 Talento Humano	3.1 Ejecutar lo establecido en el programa de cultura organizacional en el cual se propende entre otros por mejorar las competencias de los servidores en relación con la atención con calidad y calidez a los usuarios y sus familias.	Informe de ejecución del programa de cultura	Director de proyección humana						
	3.2 Ejecutar las actividades descritas en el plan de trabajo del grupo de humanización en torno al cliente interno	Plan de trabajo del grupo de humanización con seguimiento. Matriz de evaluación del programa	Grupo de humanización						
	3.3 Incorporar en el plan institucional de capacitación temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano (Cultura del servicio), comunicación asertiva.	Proporción de colaboradores capacitados	Director de proyección humana						
Subcomponente 4 Normativo y procedimental	4.1 Publicar de manera bimestral el informe de gestión de las PQRS	6 informes publicados	Profesional Atención al Usuario						
	4.2 Realizar medición de la calidad de la respuesta a las expresiones de los usuarios y realizar ajustes pertinentes según hallazgos.	Informe de calidad en la respuesta	Profesional Atención al Usuario						
	4.3 Ajustar a la política de atención al usuario y articularla con la política pública de participación social en salud y la política de participación ciudadana	Política ajustada	Profesional Atención al Usuario						
Subcomponente 5 Relacionamiento con el ciudadano	5. Realizar medición de la satisfacción de los usuarios y sus familias con el proceso de atención (Encuesta mensual y encuesta aplicada anualmente) y utilizar esta información como fuente en las reuniones de los grupos de mejoramiento según aplique	Resultados de encuestas de satisfacción Satisfacción > del 97%	Profesional Atención al usuario						



DOCUMENTO

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Código: ES-PLI-GP005D01, Versión: 05, Fecha: 31/01/2019. Página 43 de 50

4.5. QUINTO TRANSPARENCIA Y 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. De esta manera, el acceso a la información pública se convierte en un derecho que además de permitir acceder y ejercer otros derechos, potencia la participación ciudadana, mejora la eficiencia y la modernización de la gestión e incrementa la confianza institucional.

Para el desarrollo de este componente, se toma como referencia la guía estrategia para la construcción del plan anticorrupción y atención al ciudadano, la cual nos indica que información pública es 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.

De igual manera la guía nos señala cinco (5) subcomponentes generales para iniciar la implementación de medidas que garanticen la transparencia y el acceso a la información pública, los cuales se describen a continuación:

- **Lineamientos de transparencia activa:** implica tener disponible la información a través de medios físicos y electrónicos, basados en los requisitos mínimos exigidos en la Ley. Dicha información deberá ser publicada en la página web de la Entidad.
- **Lineamientos de transparencia pasiva:** refiere a la obligación de responder las solicitudes de acceso a la información en los términos establecidos en la Ley.
- **Elaboración de los instrumentos de gestión de la información:** la ley establece tres instrumentos que apoyan la gestión de la información en las entidades, que incluye un registro o inventario de activos de Información, un esquema de publicación de información y la elaboración de un índice de Información clasificada y reservada.
- **Criterio diferencial de accesibilidad:** implica tener en cuenta las características de la ciudadanía frente al tipo de información que las instituciones publican, así como de implementar formatos alternativos que

Código: ES-PLI-GP005D01, Versión: 05, Fecha: 31/01/2019, Página 45 de 50

sean comprensibles para personas en situación de discapacidad o para grupos étnicos y culturales del país.

- **Monitoreo del acceso a la información pública:** Hace referencia a la obligación que tiene la institución de generar de manera sistemática un informe de las solicitudes de acceso de información el cual debe contener: el número de solicitudes recibidas, el número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, el tiempo de respuesta a cada solicitud y el número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.

Componente 5: Transparencia y acceso de la información										
Subcomponente	Actividades	Meta y producto	Indicadores	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
					1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	1.1 Socializar las brechas encontradas en el comité de Gobierno en Línea y con los responsables de la información a publicar.	Socializar al Comité de Gobierno en Línea y a los responsables de la información a publicar las brechas encontradas después de aplicar la matriz de autodiagnóstico de la Procuraduría	100% de la actividad ejecutada	Comité de gobierno en línea						
	1.2 Ajustar la matriz de información a publicar en la página web de acuerdo con los resultados de autodiagnóstico realizado con la matriz de la Procuraduría.	Matriz de información a publicar en la página web ajustada según los resultados del autodiagnóstico	100% de la actividad ejecutada	Comité de gobierno en línea						
	1.3 Socializar los ajustes a la Matriz de información a publicar en la página web	Socializar a los responsables la matriz para que tengan presente los tiempos en la reunión de socialización del diagnóstico y sus brechas	100% de la actividad ejecutada	Comité de gobierno en línea						
	1.4 Publicar información que falta según las brechas evidenciadas en el autodiagnóstico	Publicar el 100% de la información de normatividad 100% de la información publicada	Porcentaje de información normativa publicada en la página web	Responsables de Información - Comunicaciones						

Componente 5: Transparencia y acceso de la información											
Subcomponente	Actividades	Meta y producto	Indicadores	Responsable	FECHA PROGRAMADA						
					1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM	
	1.5 Actualizar información	Actualizar el 100% de la información de normatividad 100% de la información actualizada	Porcentaje de información normativa actualizada de acuerdo a la frecuencia detectada en la matriz de información y responsables	Responsables de Información - Comunicaciones							
Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1 Gestionar la respuesta a las solicitudes de acceso a la información en los términos establecidos en la ley	Responder de forma oportuna el 100% de los requerimientos de información conforme a los términos establecidos en la ley.	Proporción de requerimientos de información respondidos de forma oportuna	Profesional atención al usuario Profesional gestión documental							
Subcomponente 3 Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	3.1 Realizar seguimiento de manera sistemática al inventario de activos de información	Inventario de activos de información, Índice de información clasificada y reservada actualizado	100% de la actividad ejecutada	Profesional gestión documental							
	3.2 Realizar seguimiento de manera sistemática al cumplimiento del esquema de publicación de la información	Esquema de publicación de la información actualizada y ubicada en la página web	100% de la actividad ejecutada	Profesional Gestión Documental y Comunicaciones Directores y Líderes de los Procesos							
	3.3 Realizar seguimiento al índice de información clasificada y reservada	Tablas de Retención Documental y Cuadro de Clasificación de series y subseries	100% de la actividad ejecutada	Profesional gestión documental							

Componente 5: Transparencia y acceso de la información										
Subcomponente	Actividades	Meta y producto	Indicadores	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
					1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
Subcomponente 4 Criterio Diferencial de Accesibilidad	4.1 Mantener habilitada la sección accesibilidad en la página web donde están los link para ingresar a la herramienta ConVerTic y el Centro de Relevó	Sección de accesibilidad habilitada con link a ConVerTic y al Centro de Relevó funcionando	100% de la actividad ejecutada	Comunicaciones						
	4.2 Publicar y mantener actualizada la información básica y la establecida en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública, Ley 1712 de 2014, en diversos formatos e idiomas.	Información publicada y actualizada en diversos formatos e idiomas	Proporción de cumplimiento de publicación de información básica y la establecida en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública	Comunicaciones						
Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.1 Realizar seguimiento periódico a la implementación de los aspectos establecidos en la Ley de Transparencia y Acceso a la información pública.	Sitio web Transparencia y acceso a la información pública actualizado	100% de la actividad ejecutada	Profesional gestión documental						
	5.2 Realizar informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información	Informe de acceso a la información	100% de la actividad ejecutada	Profesional Gestión documental						

4.6. INICIATIVAS ADICIONALES

Hace referencia a las iniciativas particulares que la institución define para contribuir a la prevención y control de los riesgos de corrupción.

La principal herramienta estratégica que tiene el Hospital General de Medellín para prevenir y controlar los riesgos de corrupción es el código de ética y buen gobierno, el cual contiene los principios, valores y prácticas con los que el Hospital busca preservar la ética empresarial, garantizar la transparencia de su gestión, administrar sus recursos, reconocer y respetar los derechos de los pacientes y partes interesadas. Así mismo, se incluyen los mecanismos de gobierno, conducta e información de la empresa con el fin de asegurar la confianza sobre su gestión y facilitar el logro de los objetivos estratégicos.

Para favorecer la adherencia al código de ética y buen gobierno, se han implementado las siguientes estrategias, las cuales también serán desarrolladas durante el 2019:

- Incorporación del código de ética y buen gobierno en el proceso de inducción, reinducción, en el despliegue semanal y en la estrategia de evaluación lúdica “Olimpiadas de calidad”.
- Realización del proyecto Fortalecimiento de la Cultura Organizacional.
- Acuerdos de confidencialidad, conflictos de intereses y compromisos éticos firmados con todo el personal de la institución.
- Código de conducta firmado con los proveedores de bienes y servicios de la institución.
- Medición sistemática de la percepción ética y definir acciones de mejora según hallazgos.

5. SEGUIMIENTO Y CONTROL

La Oficina de control Interno realizará la verificación de la ejecución de las estrategias anticorrupción y atención al ciudadano, la visibilización, el seguimiento y control de las acciones, en las fechas establecidas acorde a la normatividad vigente. El seguimiento se realiza con corte a las siguientes fechas: 30 de abril, 31 de agosto y 31 de diciembre, y se publicará dentro de los diez (10) primeros días hábiles de los meses de: mayo, septiembre y enero.



DOCUMENTO
PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Código: ES-PLI-GP005D01, Versión: 05, Fecha: 31/01/2019, Página 50 de 50

6. SEGUIMIENTO, CONTROL Y MEJORA

Las acciones y actividades articuladas al plan de acción de acuerdo a lo estipulado en el decreto 612 de 2018 se encuentran diligenciadas en el formato ES-PLI-GP003F01 Formulación y Evaluación Plan de Acción.

Ver: [Articulación de los planes MIPG HGM 2019.xlsx](#)