



PLAN ANTICORRUPCIÓN Y
ATENCIÓN AL CIUDADANO

PLANEACIÓN INSTITUCIONAL
GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN

CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01

VERSIÓN: 03

PÁGINA: 1 DE 43



**Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.**

**PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE
ATENCIÓN AL CIUDADANO**

OFICINA DE CALIDAD Y PLANEACIÓN

Enero de 2024

1.	INTRODUCCIÓN.....	3
2.	MARCO NORMATIVO.....	5
3.	OBJETIVOS	7
3.1	OBJETIVO GENERAL.....	7
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
4.	ALCANCE.....	7
5.	COMPONENTES DEL PLAN.....	7
5.1	PRIMERO: GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.....	8
5.1.1	Política de Gestión del Riesgo	8
5.1.2	Construcción del mapa de riesgos de corrupción	8
5.1.3	Consulta y divulgación.....	13
5.1.4	Monitoreo y revisión.....	13
5.1.5	Mecanismos de tratamiento, manejo y seguimiento:.....	13
5.2	SEGUNDO: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.....	14
5.3	TERCERO: RENDICIÓN DE CUENTAS.....	17
5.3.1	Definición de la Rendición de Cuentas	17
5.3.2	Principios de la Rendición de Cuentas	18
5.3.3	Elementos de la rendición de cuentas	19
5.3.4	Medios de Rendición de Cuentas en el Hospital General de Medellín.....	21
5.4	CUARTO: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO.....	26
5.4.1	Atención y Orientación al Usuario.....	27
5.4.2	Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos.....	29
5.4.3	Monitoreo de la Satisfacción del Usuario	31
5.5	QUINTO: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.....	33
5.6	Iniciativas Adicionales.....	37
6.	SEGUIMIENTO Y CONTROL.....	38
7.	PUBLICACIÓN	39
8.	CRONOGRAMA DEL PLAN	39
	MODIFICACIONES	43
	APROBACIÓN.....	43

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 3 DE 43

1. INTRODUCCIÓN.

El Plan Anticorrupción es un instrumento de tipo preventivo que nace del Estatuto Anticorrupción Ley 1474 de 2011, todo lo que la norma dispone se encuentra inmerso en los procesos de la organización como medidas administrativas.

La metodología incluye seis (6) componentes independientes que contienen soporte normativo propio y la finalidad es determinar iniciativas dirigidas a combatir la corrupción con mecanismos que faciliten la prevención, control y seguimiento.

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 Anticorrupción y Atención al Ciudadano, 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 La Secretaría de Transparencia, a través del Observatorio de Transparencia y Anticorrupción, liderará la creación del Sistema General de Transparencia y Lucha Contra la Corrupción, cuya finalidad es unificar y garantizar la interoperabilidad de la información potencial para la investigación y análisis del fenómeno de la corrupción, así como para la toma de decisiones acertadas de política pública en la materia” (PND, 2018-2023). Este proceso se lleva a cabo a

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.

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 4 DE 43

través del Portal Anticorrupción de Colombia (PACO) el cual se convertirá en la herramienta central que las autoridades y líderes de la política pública de transparencia y lucha contra la corrupción usarán para monitorear el fenómeno.

Banderas Rojas es otra herramienta preventiva para el fortalecimiento y la eficiencia institucional, el cual fomenta el uso de mecanismos de participación ciudadana, para identificar posibles riesgos de corrupción a partir del análisis de datos desde el portal de datos abiertos.

El Hospital General de Medellín cuenta con una Política de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción, la cual enmarca la articulación por un lado, de acciones para la prevención, detección e investigación de los riesgos de en los procesos de la gestión administrativa y misional del HGM, por otro lado, garantizar el ejercicio del derecho fundamental de acceder a la información pública a los ciudadanos y responderles de buena fe, de manera adecuada, veraz, oportuna y gratuita a sus solicitudes de acceso a la información pública mediante el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y de la Resolución 318 de 2019.

En el presente documento inicialmente se definen los objetivos y el alcance del plan anticorrupción y de atención al ciudadano para la vigencia 2023, basado en las recomendaciones del seguimiento realizado por la oficina de Auditoría Interna en el año inmediatamente anterior y de la **Circular Externa** 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, que incluye las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) Públicas, Privadas y Mixtas como es nuestro caso; la circular define las instrucciones generales del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

La Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular Externa (CE) 09 de 2016, imparte los criterios, directrices y parámetros mínimos que deben tener en cuenta los agentes del SGSSS en el diseño, implementación y funcionamiento de estos Sistemas de Administración de Riesgos para prevenir que el riesgo de LA/FT Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT.

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 5 DE 43

2. 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).
- 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.
- 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.

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 6 DE 43

- 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 1784 de 2019, determina en el artículo 13, las funciones de la Secretaria de Transparencia.
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Dirección de gestión y desempeño institucional. 2020.
- Ley 2016 del 27 de 2020. Por la cual se adopta el código de integridad del servicio público colombiano y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1519 de 2020 Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos.
- Ley 2195 de 2021 por medio del cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha en contra de la corrupción y se dictan otras disposiciones, modificándose el artículo 34 de la Ley 1474 de 2011.
- Política de Administración de Riesgos en Función Pública- DAFP- Versión 18 de 2023.
-

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 7 DE 43

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Formular e Implementar acciones de prevención, control y seguimiento de los posibles hechos de corrupción, mitigando riesgos susceptibles mediante el establecimiento de parámetros para la generación de alarmas y toma de decisiones que favorezcan el mejoramiento continuo en sus componentes.

3.2 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 por los medios definidos optimizando los recursos tecnológicos para acercar al ciudadano a los servicios que presta la entidad, reduciendo el esfuerzo y costo asociado en su realización.
- Fortalecer el ejercicio de Rendición Pública de cuentas del Hospital General de Medellín, y específicamente los espacios de dialogo entre el Hospital y los grupos de interés.
- Implementar mecanismos de divulgación del código de integridad y de la política de conflictos de interés entre los funcionarios de la institución.

4. ALCANCE.

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

5. COMPONENTES DEL PLAN.

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

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 8 DE 43

5.1 PRIMERO: GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2024 del Hospital General de Medellín, contiene el Mapa de Riesgos de Corrupción 2024, el cual se elaboró siguiendo la Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción y al Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, por la profesional Universitaria Gestora de Riesgos y el Comité establecido.

5.1.1 Política de Gestión del Riesgo

El HGM define su política de Riesgo tomando como referente los parámetros del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, así como los del Sistema de Control Interno, en lo referente a las tres líneas, los lineamientos para la administración del riesgo de la Función Pública, la cual articula los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad digital y la estructura del Sistema Integrado de Gestión Calidad– SGIC

Para administrar adecuadamente los riesgos el HGM determina alcanzar un nivel aceptable de riesgo residual en todos los macroprocesos, procesos, programas estratégicos, sistemas y subsistemas del HGM, a través de la gestión de acciones de control preventivas, detectivas y correctivas, con el fin de asegurar el cumplimiento de la misión institucional, los objetivos estratégicos y de procesos vigentes.

La gestión de riesgos comprende las actividades de análisis del contexto interno y externo, identificación y análisis del riesgo, valoración, evaluación, definición de controles para el tratamiento y seguimiento. Las diferentes etapas con sus entradas, instrumentos y resultados se describen en el Manual Metodología de Riesgos del HGM el cual esta normalizado en el mapa de procesos, en el proceso de planeación y en el procedimiento del Sistema de Gestión Integral de Riesgos.³

Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, la definición de la política de riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo residual.

5.1.2. Construcción del mapa de riesgos de corrupción

Permite reconocer los eventos que puedan afectar la entidad y sus características (agentes generadores, posibles causas, efectos, probabilidad, impacto, calificación y medidas de respuesta).

³ Política Gestión del Riesgo-HGM

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 9 DE 43

- **Identificación del Riesgo de Corrupción**

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

Debido al que el Mapa de Riesgos de corrupción se elabora los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, partiendo de ellos se identifican los procesos más vulnerables de la materialización de los riesgos de corrupción.

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

- **Análisis del Riesgo de Corrupción**

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

Las siguientes tablas describen las categorías y valores de medición propuestos para los estadios encontrados en el impacto:

Ilustración 1: Análisis de Riesgo de Corrupción

PROBABILIDAD		IMPACTO		
Categoría	Descripción	Categoría	Descripción Cuantitativa	Descripción Cualitativa
NIVEL 5. CASI SEGURO	Se espera que el evento ocurra en las circunstancias - Más de 1 vez al año.	NIVEL 5. CATASTRÓFICO	* Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor igual o superior al 50% * Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad en un valor igual o superior al 50% * Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor igual o superior al 50% * Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor igual o superior al 50% del presupuesto general de la entidad.	* Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de cinco (5) días. - Intervención por parte de un ente de control u otro ente regulador. - Pérdida de información crítica para la entidad que no se puede recuperar. - Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave la ejecución presupuestal. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados.
NIVEL 4. PROBABLE	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias - Al menos 1 vez en el último año.	NIVEL 4. MAYOR	* Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor igual o mayor al 20% e inferior al 50% * Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad en un valor igual o mayor al 20% e inferior al 50% * Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor igual o mayor al 20% e inferior al 50% * Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor igual o mayor al 20% e inferior al 50% del presupuesto general de la entidad.	* Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de dos (2) días. - Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial o incompleta. - Sanción por parte del ente de control u otro ente regulador. - Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando el cumplimiento en las metas de gobierno. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.
NIVEL 3. POSIBLE	El evento podrá ocurrir en algún momento - Al menos 1 vez en los últimos 2 años.	NIVEL 3. MODERADO	* Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor igual o mayor al 10% y menor al 20% * Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad en un valor igual o mayor al 10% y menor al 20% * Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor igual o mayor al 10% y menor al 20% * Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor igual o mayor al 10% y menor al 20% del presupuesto general de la entidad.	* Interrupción de las operaciones de la Entidad por un (1) día. - Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. - Inportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios. - Reprocesos de actividades y aumento de carga operativa. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. - Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias.
NIVEL 2. IMPROBABLE	El evento puede ocurrir en algún momento - Al menos 1 vez en los últimos 5 años.	NIVEL 2. MENOR	* Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor igual o mayor al 1% y menor al 10% - Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad en un valor igual o mayor al 1% y menor al 10% - Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor igual o mayor al 1% y menor al 10% - Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\leq 1\%$ del presupuesto general de la entidad.	* Interrupción de las operaciones de la Entidad por algunas horas. - Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias. - Imagen institucional afectada localmente por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.
NIVEL 1. RARA VEZ	El evento puede ocurrir sólo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales). - No se ha presentado en los últimos 5 años	NIVEL 1. INSIGNIFICANTE	* Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor menor al 1% * Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\leq 1\%$ * Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor menor al 1% * Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor menor al 1% del presupuesto general de la entidad.	* No hay interrupción de las operaciones de la entidad. - No se generan sanciones económicas o administrativas. - No se afecta la imagen institucional de forma significativa.

Fuente: Unidad de Proyección normativa y estudios de regulación financiera URF

• **Medición de Impacto de Riesgos de Corrupción**

La medición del impacto de los riesgos de corrupción se realiza aplicando la siguiente tabla de valoración. Cada riesgo identificado es valorado de acuerdo con las preguntas la tabla y la calificación obtenida se compara con la tabla de medición de impacto de riesgo de corrupción para obtener el nivel de impacto del riesgo.

Ilustración 2: Medición de Impacto de Riesgo de Corrupción

Medición de Impacto Riesgo de Corrupción			
Descriptor	Descripción	Nivel	Respuestas Afirmativas
Moderado	Afectación parcial al proceso y a la dependencia Genera medianas consecuencias para la entidad.	5	1 - 5
Mayor	Impacto negativo de la Entidad Genera altas consecuencias para la entidad.	10	6 - 11
Catastrófico	Consecuencias desastrosas sobre el sector Genera consecuencias desastrosas para la entidad.	20	12 - 19

Fuente: Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la Republica

N	Pregunta Si el riesgo se materializa podría?	Respuesta	
		Si	No
1	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?		
2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia ?		
3	¿Afectar el cumplimiento de misión de la Entidad ?		
4	¿Afectar el cumplimiento de misión del sector al cual pertenece la Entidad ?		
5	¿Generar pérdida de confianza de la Entidad, afectando su reputación?		
6	¿Generar pérdida de recursos económicos?		
7	¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios?		
8	¿Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien o servicios o los recursos públicos?		
9	¿Generar pérdida de información de la Entidad?		
10	¿Generar intervención de los órganos de control, de la fiscalía u otro ente?		
11	¿Dar lugar a procesos sancionatorios?		
12	¿Dar lugar a procesos disciplinarios?		
13	¿Dar lugar a procesos fiscales?		
14	¿Dar lugar a procesos penales?		
15	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?		
16	¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas ?		
17	¿Afectar la imagen regional?		
18	¿Afectar la imagen nacional?		
19	¿Generar daño ambiental?		

• Valoración del Riesgo de Corrupción

Las actividades, atenciones y en general los procesos y proyectos que adelante el Hospital, siempre tendrán algún grado de riesgo en su desarrollo, el cual debe valorarse con el fin de definir las acciones que permitan su prevención, supresión, mitigación o aceptabilidad según el caso.

Acorde con los riesgos residuales aprobados por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se debe definir la periodicidad de seguimiento y estrategia de tratamiento a los riesgos residuales aceptados, así:

Ilustración 3. Matriz de calificación de nivel de criticidad de riesgo

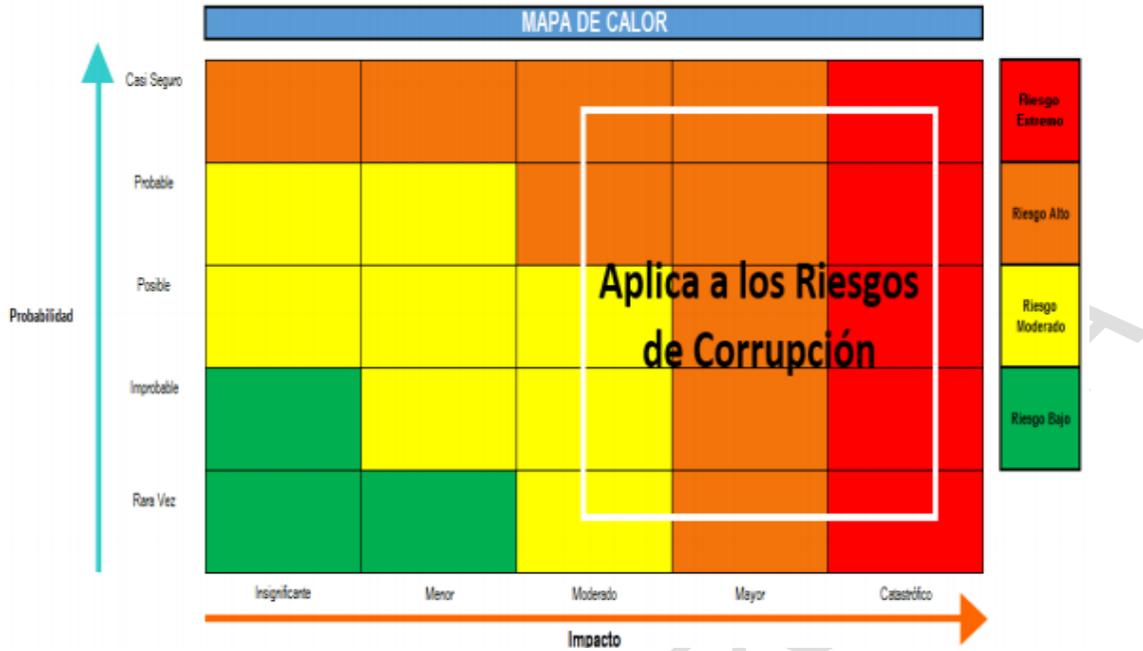


Tabla 1: Tratamiento del Riesgo de Corrupción

Tipo de Riesgo	Zona de Riesgo Residual	Estrategias de Tratamiento
Riesgos de Corrupción	Baja	Ningún riesgo de corrupción podrá ser aceptado. Periodicidad de seguimiento MENSUAL para evitar a toda costa su materialización por parte de los procesos a cargo de estos.
	Moderada	Se establecen acciones de control preventivas que permitan REDUCIR la probabilidad de ocurrencia del riesgo. Periodicidad de seguimiento MENSUAL para evitar a toda costa su materialización por parte de los procesos a cargo de estos y se registra en LA Matriz de Riesgos- SGIR
	Alta y Extrema	Se adoptan medidas para: REDUCIR la probabilidad, el impacto o ambos factores del riesgo; la estrategia conlleva a la implementación de controles. EVITAR Se abandonan o modifican las actividades que dan lugar al riesgo, decidiendo no iniciar, no continuar o modificar de forma segura la actividad que causa el riesgo. COMPARTIR con un tercero el tratamiento de una parte del riesgo para reducir la probabilidad, el impacto o ambos factores. Periodicidad de seguimiento MENSUAL para evitar a toda costa su materialización por parte de los procesos a cargo de estos y se registra en LA Matriz de Riesgos- SGIR

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 13 DE 43

5.1.3. Consulta y divulgación

Le corresponde a la Oficina de Calidad y Planeación diseñar y poner en marcha las actividades o mecanismos necesarios para que se conozcan, debatan y formulen las apreciaciones, consideraciones y propuestas sobre el Mapa de Riesgos de Corrupción en los periodos de seguimiento respectivos.

En el PAAC de la vigencia 2023, en el anexo 1 Mapa de Riesgos de corrupción, encuentran definidos los riesgos de corrupción identificados con su respectivo monitoreo y revisión a los periodos de seguimiento correspondiente, es responsabilidad de los líderes de los procesos y los gestores de riesgo, dar a conocer los riesgos identificados a los equipos de trabajo, este proceso logro consolidarse en su totalidad en la caracterización de los 39 procesos.

5.1.4. Monitoreo y revisión

Teniendo en cuenta que la corrupción es por sus propias características una actividad difícil de detectar, los líderes de los procesos en conjunto con sus equipos deben monitorear y revisar periódicamente el mapa de riesgos de corrupción y si es del caso ajustarlo. Su importancia radica en la necesidad de monitorear permanentemente la gestión del riesgo y la efectividad de los controles establecido.

En esta fase se debe:

1. Garantizar que los controles son eficaces y eficientes.
2. Obtener información adicional que permita mejorar la valoración del riesgo
3. Analizar y aprender lecciones a partir de los eventos, los cambios, las tendencias, los éxitos y los fracasos.
4. Detectar cambios en el contexto interno y externo.
5. Identificar riesgos emergentes.

Cómo mejora a la matriz de riesgos se implementó en la valoración de los controles, que cada uno de estos deberá describirse o relacionarse para poder tener forma de monitorearlo.

5.1.5. Mecanismos de tratamiento, manejo y seguimiento:

Los riesgos de corrupción de la zona de riesgo extrema requieren de un tratamiento prioritario. Se deben implementar los controles orientados a reducir la posibilidad de ocurrencia del riesgo o disminuir el impacto de sus efectos y tomar las medidas de protección.

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 14 DE 43

Nota: En todo caso se requiere que las entidades propendan por eliminar el riesgo de corrupción o por lo menos llevarlo a la zona de riesgo baja.

- Según la periodicidad definida para cada riesgo, el delegado de riesgos en cada proceso y el líder del mismo verifica las acciones preventivas y registra el avance junto con la evidencia en la carpeta compartida de riesgos.
- El delegado de riesgo en cada proceso (gestor de Riesgo) y el líder del mismo analizan los resultados del seguimiento y establece acciones inmediatas ante cualquier desviación.
- El líder del proceso comunica las desviaciones según el nivel de aceptación del riesgo al interior de su dependencia y las acciones a seguir.
- El líder del proceso se asegura que se documenten las acciones de corrección o prevención en el plan de mejoramiento.
- El delegado de riesgo en cada proceso y el líder del mismo revisa y actualiza, con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Calidad y Planeación, el mapa de riesgo cuando se modifique las acciones o la ubicación del riesgo.

El Mapa de Riesgos de Corrupción, puede ser sujeto de ajustes, las veces que sea necesario durante una misma vigencia. En este caso se deberá dejar por escrito los ajustes, modificaciones o inclusiones realizadas y se encontrará su actualización en la matriz de riesgos definida por la entidad como anexo 1.

5.2 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.

La Gestión de Valores para el Resultado cómo dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, es uno de los elementos transversales que buscan mejorar la relación entre el Estado y el Ciudadano es la racionalización de trámites, orientada a simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar trámites y procedimientos administrativos, para facilitar el acceso de los ciudadanos a sus derechos, reduciendo costos, tiempos, documentos, procesos y pasos en su interacción con las entidades públicas.

Así las cosas, la Política de Racionalización de Trámites fundamentada en la gradualidad, buscan generar mejores formas de gestión que los motive a avanzar

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 15 DE 43

en la simplificación de los trámites con ayuda de las TIC, brindando al ciudadano facilidades y mecanismos más expeditos en la realización de los trámites.

Esta estrategia se trabaja de manera articulada con la política de Gobierno Digital que se implementa a través de dos líneas de acción que son TIC para el Estado y TIC para la Sociedad, con tres habilitadores transversales que son: Seguridad de la información, arquitectura y servicios ciudadanos digitales

Será el equipo técnico de Gobierno Digital bajo el liderazgo del responsable de la política de Racionalización de Trámites, hacer el levantamiento, consolidación y actualización de los trámites que deben realizar los usuarios para acceder a los servicios, en la revisión permanente de los procesos.

De la priorización realizada en el año 2023, con respecto a los servicios que se debían intervenir, a la fecha se tienen los siguientes trámites registrados en el SUIT, durante la vigencia anterior no se crearon nuevos OPAs. (Otros procedimientos administrativos).

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

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 16 DE 43

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>

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>

Los trámites sujetos de este componente serán actualizados de manera permanente en relación con las necesidades definidas por la Institución, de acuerdo con la caracterización de los usuarios y demás grupos de interés.

También se tendrá en cuenta el resultado de encuestas de satisfacción y manifestaciones de los usuarios.

Se pretende para la vigencia 2024 en cumplimiento del Decreto 2106 de 2019, realizar acciones de Transformación Digital para una Gestión Pública Efectiva, que incluya:

- a) Uso de canales digitales entre autoridades
- b) Implementar servicios ciudadanos digitales

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCION AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 17 DE 43

- c) Interoperabilidad de servicios ciudadanos con la Registraduría Nacional del Estado Civil.
- c) Interoperabilidad de la Historia Clínica
- e) Acceso a la identificación de los colombianos por parte de las entidades públicas.
- f) Facilidades de pago de obligaciones por medios electrónicos dispuestos en la página web.

La subgerencia administrativa y financiera definirá la formulación e implementación de la Política de Racionalización de Trámites de acuerdo a las desviaciones encontradas en el proceso de atención al analizar los diferentes indicadores que hacen parte de las PQRS.

5.3 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.

Para el 2024 se dará por terminada la gestión plasmada en el Plan de Desarrollo 2020-2024 y se deberá garantizar un proceso de Rendición de Cuentas del gerente actual que incluya el proceso de Gestión del año 2023, del cumplimiento del Plan de Desarrollo 2020-2023 y de la culminación de proyectos de inversión y funcionamiento en el primer trimestre del 2024.

Le corresponderá a la nueva administración definir claramente las acciones puntuales que enriquezcan este Plan con las estrategias que den lugar al control y a la mitigación de riesgos y a fortalecer el proceso de atención al ciudadano.

5.3.1. 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,

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 18 DE 43

acciones y resultados en el ciclo de la gestión pública (planeación, presupuesto, 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.

Más allá de ser una práctica periódica de audiencias públicas, la rendición de cuentas a la ciudadanía debe ser un ejercicio permanente y transversal que se oriente a afianzar la relación Hospital – ciudadano; por tanto, la rendición de cuentas no debe ni puede ser un únicamente un evento periódico y unidireccional de entrega de resultados, sino que por el contrario tiene que ser un proceso continuo y bidireccional, que genere espacios de diálogo entre el Hospital y los ciudadanos sobre los asuntos públicos. Implica un compromiso en doble vía: los ciudadanos conocen el desarrollo de las acciones de la administración nacional regional y local, y el Hospital explica el manejo de su actuar y su gestión, vinculando así a la ciudadanía en la construcción de lo público.

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.

5.3.2. 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.

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 19 DE 43

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.

5.3.3. 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:

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 en línea
- 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 los siguientes mecanismos:

- 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.

Ilustración 4: Pasos de la Rendición de Cuentas



Otros:

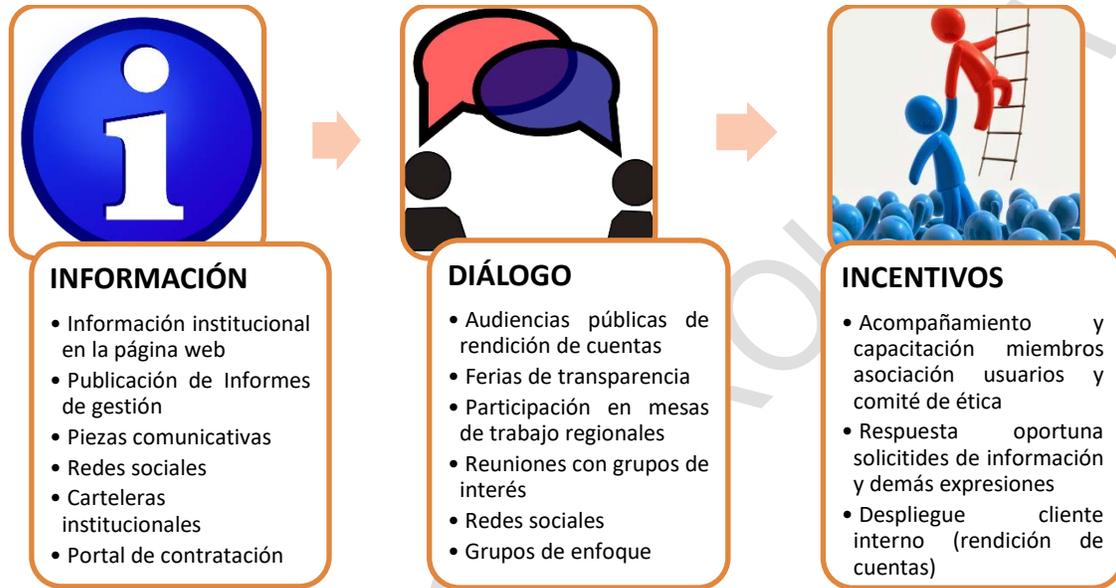
- Participación en ferias de transparencia
- Participación en mesas de trabajo regionales
- Reuniones con: Junta directiva, asociación de usuarios, proveedores de bienes y servicios, otros prestadores de servicios de salud, aseguradoras.
- Reuniones informativas a la comunidad hospitalaria
- Grupos focales

Incentivos: El elemento incentivo se refiere a aquellas acciones que realiza la institución para reforzar el comportamiento de los servidores públicos y ciudadanos hacia el proceso de rendición de cuentas. Para dar cumplimiento a éste elemento la institución utiliza las siguientes estrategias:

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 21 DE 43

- 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.

Ilustración 5: Estrategias de Rendición de cuentas implementadas



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

Tabla 2: Medios de Rendición de Cuentas

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 beneficia a la comunidad en general.	Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación

MEDIO DE COMUNICACIÓN	MEDIO Y PERIODICIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE
MEDIOS VIRTUALES	<p>Informativo Pensamiento General Página Web Institucional. www.hgm.gov.co A más tardar el 31 de enero de cada año</p>	<p>Publicar la siguiente información:</p> <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. 	<p>Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación. Dirección Financiera</p>
	<p>Página Web Institucional. www.hgm.gov.co y en perfil de Facebook</p>	<p>Publicar en la página Web el informe de gestión, en el perfil de Facebook y en la cuenta de Twitter la filosofía corporativa y los ítems más relevantes del informe de gestión. Igualmente publicar toda la contratación institucional.</p>	<p>Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación. Oficina de Contratación</p>
	<p>En la Intranet</p>	<p>Publicar las evaluaciones del plan de acción y todos los informes de gestión</p>	<p>Oficina de Calidad y Planeación</p>
	<p>Novedades del Hospital.</p>	<p>Publicar la ejecución de los diferentes proyectos del plan de acción. Las novedades del Hospital están dirigidas a los funcionarios y colaboradores.</p>	<p>Comunicaciones</p>
MEDIOS DE COMUNICACIÓN DIRECTOS	<p>Reunión con la comunidad hospitalaria el primer trimestre de cada año</p>	<p>Presentar el informe de gestión anual a toda la comunidad, tanto funcionarios como colaboradores.</p>	<p>Gerencia Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación.</p>
	<p>Reunión con la asociación de usuarios y comunidad, proveedores, medios de comunicación y demás partes interesadas. En el primer</p>	<p>Presentar el informe de gestión anual a la asociación de usuarios y comunidad en general.</p>	<p>Gerencia Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación.</p>

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 23 DE 43

MEDIO DE COMUNICACIÓN	MEDIO Y PERIODICIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE
	trimestre de cada año		
EN FORMA DIRECTA A LA JUNTA DIRECTIVA	Reunión con la Junta Directiva.	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.

Fuente: ES-PLI-GP005M01 Manual de Rendición de Cuentas

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 2023 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.

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 24 DE 43

Tabla 3: Grupos de Interés del Hospital General de Medellín

GRUPOS DE INTERÉS	
Grupo de Interés	Subgrupo
Junta Directiva	
Comité de gerencia	
Control Interno	
Control Interno Disciplinario	
Revisoría Fiscal	
Entidades responsables de pago ERP	EPS
	ARL
	Otras aseguradoras
Usuarios	Pacientes
	Familias
Proveedores	Insumos y medicamentos
	Maquinaria y equipos
	Servicios no misionales
Cliente interno (recurso humano)	Prestación de servicios
	Vinculados
	Trabajadores Oficiales
	Servicios misionales
Redes de atención y apoyo diagnóstico	Red Pública
	Red Privada

GRUPOS DE INTERÉS	
Grupo de Interés	Subgrupo
Comunidades	COPACOS
	Asociación de usuarios
	Voluntariado
	Población asignada
	Comunidad aledaña
Gobierno	Entes regulatorios
	Entes de vigilancia y de control
Otras empresas	Instituciones de Educación superior
	Cajas de compensación familiar
	Comités externos
Gremios	AESA
	Asociación de clínicas y hospitales
	ICONTEC
	FENALCO
	OES
ONG	OIM
	H.I

Fuente: Identificación y priorización de GI (Estrategia de Sostenibilidad 2023)

Se diligenció el formato de autodiagnóstico de la rendición de cuentas de acuerdo a los lineamientos de MIPG un plan de intervención que mejore este proceso durante la anualidad.

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 26 DE 43

5.4 CUARTO: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO.

Las entidades del estado deben poner a disposición los instrumentos, canales y recursos necesarios para interactuar con la ciudadanía garantizando el goce efectivo de sus derechos y a su vez por propender por el respeto a la diversidad étnica y cultural y la atención especial preferente en personas en situación de discapacidad y de indefensión, por los servicios que ofertamos como prestador de servicios de salud

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.

En el marco del MIPG busca una relación Estado Ciudadano en una interacción con la ciudadanía de manera transparente y participativa, prestando una atención con excelencia y facilitando la garantía del ejercicio de los derechos a través de la entrega de productos, servicios e información.

Para garantizarlo se definen lineamientos por medio de una política de Participación Ciudadana y Participación Social en Salud y una política de Servicio al Ciudadano bajo de mecanismos de intervención, la ventanilla única que proporcione servicios eficientes y de calidad en los elementos a la atención prestada de acuerdo a los requerimientos de necesidades y expectativas de los usuarios.

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 a través de “Carta de trato digno al paciente”, 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:

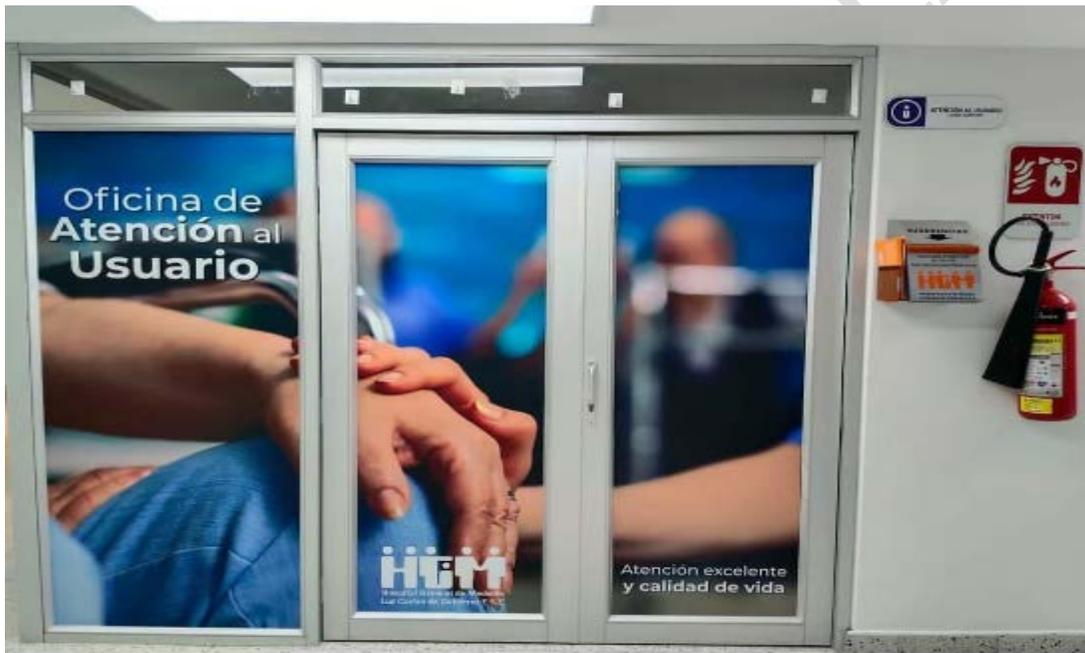
- Atención y Orientación al Usuario.
- Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos.

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 27 DE 43

- Monitoreo de la Satisfacción del Usuario.

5.4.1. Atención y Orientación al Usuario.

La oficina de atención al usuario como proceso y el programa de Humanización desarrollan estrategias orientadas a mejorar el proceso de atención de acuerdo a las necesidades y expectativas 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.



Para llevar a cabo lo anterior la entidad cuenta con una oficina de fácil acceso y se dispone de canales de comunicación directa que promueven y facilitan la participación de la comunidad como son:

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 28 DE 43

Tabla 4: Canales de comunicación usuario y partes interesadas

Canal	Modo de Contacto	
Telefónico	Línea telefónica 384 73 00 extensión 1812 y 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, Instagram, Twiter, Youtube.	

Fuente: Secretaría Gerencia

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 con las siguientes acciones.

- a) Conocer e implementar diferentes herramientas que permitan a la entidad mejorar el lenguaje con el que se comunica con sus grupos de valor.
- b) Documentar y replicar las experiencias ciudadanas que se han identificado como innovadoras.
- c) Mejorar las actividades de promoción del control social y veedurías ciudadana mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 29 DE 43

- d) Alinear la política de gestión de participación ciudadana y social en salud.
- e) Implementar un plan de formación relacionada específicamente con el servicio al ciudadano (Pqrds, transparencia, MIPG, habilidades blandas, comunicación asertiva, lenguaje claro, accesibilidad; etc.) en la entidad.
- f) Contar con una estrategia para interactuar de manera virtual con los ciudadanos que incluya las aplicaciones móviles como uno de los medios para lograrlo.
- g) Implementar programas de cualificación en atención preferente e incluyente que tenga en cuenta a las personas en condición de discapacidad

5.4.2. 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 trimestral para el plan de acción.



Tabla 5: 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 dio respuesta a las reclamaciones y sugerencias presentadas por los usuarios	Menor de 10

Fuente: Indicadores procedimiento atención al usuario

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 31 DE 43

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.

5.4.3. 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 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:

Tabla 6: Indicadores

INDICADOR	INTERPRETACIÓN	META
Proporción de usuarios satisfechos	Proporción de usuarios encuestados que califican con 4 ó 5 el servicio prestado por la Institución.	>95%
Promedio de satisfacción de los usuarios	Promedio de la calificación de las preguntas de los usuarios encuestados	>4.5

Fuente: Indicadores procedimiento atención al usuario

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:

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 32 DE 43

- 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

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 33 DE 43

humanización y, en la red de participación social liderada por la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia.

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:

- a) Participa en la elaboración, ejecución y evaluación de los planes de desarrollo Institucional.
- b) Crea, establece y mantiene canales de comunicación entre usuarios e Institución.
- c) Vela por la calidad de los servicios y por la respuesta oportuna y efectiva de las peticiones de los usuarios.
- d) Promociona los servicios de la institución y asesora al usuario.
- e) 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.
- f) La Asociación de Usuarios realiza al terminar cada anualidad una rendición de cuentas.

5.5. 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.

El Hospital General de Medellín mediante la Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, determina los medios que sean necesarios para la publicación y divulgación de la información que sea de valor para el ciudadano y que constituyan un aporte en la construcción de una cultura de transparencia, con las siguientes acciones:

- a) Articular y armonizar los procesos de servicio al ciudadano, gestión documental y las TIC con las dimensiones de transparencia activa, pasiva y gestión de la información.

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 34 DE 43

- b) Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones.
- c) Capacitar a los funcionarios sobre la información pública como un bien público y uno de los activos de la entidad.
- d) Estructurar interrelación entre la información pública del HGM con los procesos de participación y rendición de cuentas, para el conocimiento y retroalimentación de ambos espacios a través de la información pública.
- e) Determinar cuál es la información pública reservada y la información pública clasificada del HGM, de acorde con los tiempos en los cuales
- f) Determinar pautas en la promoción de la transparencia y acceso a la información pública de acuerdo a lo establecido por la Ley 1712 de 2014.
- g) Formular la apertura, mejora y uso de datos abiertos de la entidad, debidamente concertado en el equipo de Gobierno Digital.
- h) Implementar estrategias para la identificación y declaración de conflictos de interés.
- i) Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de la página web oficial de la entidad, información actualizada sobre ofertas de empleo.

La Política de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción enmarca la articulación por un lado, de acciones para la prevención, detección e investigación de los riesgos de en los procesos de la gestión administrativa y misional del HGM, por otro lado, garantizar el ejercicio del derecho fundamental de acceder a la información pública a los ciudadanos y responderles de buena fe, de manera adecuada, veraz, oportuna y gratuita a sus solicitudes de acceso a la información pública.

El HGM implementa mecanismos en materia preventiva en temas de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, así como de cultura de legalidad y control social.

Desde Información y Comunicación como dimensión articuladora del MIPG el HGM busca vincularse con su entorno y facilitar la ejecución de la operación en el ciclo de gestión, mediante canales de comunicación en la interacción con los ciudadanos y las partes interesadas como son ciudadanos, proveedores, contratistas, organismos de control, órganos del Estado, sistemas de información definidos, fuentes de financiación entre otros, de acuerdo a lo previsto en la Ley de transparencia y Acceso a la Información Pública.

Para garantizar el ejercicio del derecho fundamental de acceder a la información pública, el HGM tiene la obligación de divulgar activamente la información sin que medie solicitud alguna por medio de la **Transparencia Activa** a través de dos formas:

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 35 DE 43

Publicando y divulgando la información mínima obligatoria respecto a la estructura de servicios, procedimientos e información contractual del sujeto obligado.

Dejando a disposición de las personas interesadas la información en los espacios físicos dispuestos cartelera física, pantallas digitales de publicidad y en la página web institucional, para obtener la información de manera directa.

De igual manera el HGM tiene la obligación de dar respuesta de buena fe, de manera adecuada, veraz y oportuna a las solicitudes de acceso a la información y determinar cuáles de ellas tienen un costo de impresión, la cual se define como **Transparencia Pasiva**. La Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública implica:

- Conocer la existencia del derecho fundamental.
- Hay que reconocer que toda persona tiene derecho a acceder y conocer sin necesidad de justificación, sobre la existencia de información pública en posesión bajo control del sujeto obligado.
- Promover y divulgar proactivamente documentos y archivos que plasman la actividad estatal y el interés público, de forma rutinaria, actualizada, accesible y comprensible.
- Identificar las disposiciones legales constitucionales que permita calificar la información conforme a las excepciones que expresa la ley.
- Implementar instrumentos archivísticos que garanticen la disponibilidad de los documentos en el tiempo con el fin de permitir el acceso a la información pública.
- Desde la implementación del portal de crear una interfaz de comunicación bidireccional para que el ciudadano realice el seguimiento a su PQR.
- Definir criterios desde la política de mejora normativa y de seguridad de la información de información clasificada y reservada.

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 36 DE 43

Ilustración 6: Integración Acceso a la Información

La **transparencia Activa** es un concepto relacionado con la gestión de la información pública, donde el Ministerio del Interior tiene la obligación de publicar y divulgar los documentos que plasman la actividad estatal y de interés público, de manera oficiosa, rutinaria, actualizada, accesible y comprensible



La **transparencia pasiva** está relacionada con el deber de dar respuesta a las solicitudes de acceso a la información y hacerlo de buena fe, de manera adecuada, vez oportuna y accesible.



Fuente: Manual Operativo MIPG - Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional, Agosto de 2018 – Presentaciones curso MIPG, Función Pública

Para el desarrollo efectivo de este componente, el HGM se compromete a la realización de las siguientes acciones:

- a) Identificar las actividades programadas en este componente para la vigencia anterior, que no fueron completadas y que deben ser implementadas o continuadas durante la vigencia actual en el esquema de publicación en el link de Transparencia y acceso de información pública en la página WEB.
- b) Servirse de las fuentes de información y verificación existentes para determinar el diagnóstico del estado actual de la publicación de información pública en los canales de divulgación de información destinados para tal fin. Para ello, utilice la Matriz de Autodiagnóstico de Transparencia Activa de la Procuraduría General de la Nación (ITA)
- c) Revisar los informes de solicitudes de acceso a la información y de peticiones, quejas y reclamos elaborados durante la vigencia anterior. Determinar las consultas de información más frecuentes, los tiempos de respuesta promedio (con el fin de determinar posibles mejoras en la oportunidad de la respuesta) y la información que podría publicarse en los canales de divulgación de información debido a su relevancia.

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 37 DE 43

- d) Revisar los instrumentos de gestión documental (Tablas de Retención Documental, Cuadros de Clasificación Documental y Tablas de Valoración Documental). Validar si estos instrumentos se encuentran actualizados.
- e) Revisar los instrumentos de gestión de la información (Registro de Activos de Información, Índice de Información Clasificada y Reservada, Esquema de Publicación de Información y Programa de Gestión Documental), validar su existencia, elaboración y publicación. Validar si los instrumentos están actualizados.
- f) Determinar los mecanismos con los cuales va a efectuar el seguimiento a las actividades de cada una de las dimensiones del componente. Utilizar matrices, encuestas de satisfacción, evaluaciones, encuestas, entrevistas y cualquier otro instrumento de recolección de información que le permita determinar cómo va el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014.

5.6 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 Integridad, buscando 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.

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, se articula Institucionalmente con las políticas determinadas en este documento, sumadas a la Política para el Manejo de Conflicto de Intereses y la Política de Protección de Datos, en la misma línea se articula con el Gobierno Nacional, en cabeza de la Secretaría de Transparencia y el Departamento Administrativo de la Función Pública y a nivel Internacional, atendiendo las recomendaciones de organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE⁴, en materia de adopción de buenas prácticas anticorrupción; el Programa integra normas, políticas, procedimientos y mecanismos de detección, control, prevención y mitigación de los riesgos legales, reputacionales, operacionales y de contagio a

⁴ Con la adhesión de Colombia a este Organismo, adquirió una serie de compromisos, entre los cuales, se encuentran la adopción de políticas de integridad con un enfoque basado en riesgos, que tenga como énfasis la promoción de la cultura de integridad. Tomado de manual de la Red Interinstitucional de Transparencia y Anticorrupción – RITA, disponible en la página web: <http://www.secretariatransparencia.gov.co/>

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 38 DE 43

los que está expuesto el HGM en su operación; todo esto, basado en La Política y/o Código de Integridad que contiene los estándares éticos, encaminados a promover la transparencia, legalidad e integridad con un enfoque de transformación y cambio cultural, en el cual los servidores vivan los valores, cumpliendo con sus deberes y priorizando el interés general, lo que conlleva al fortalecimiento de las relaciones de confianza con todos los grupos de interés.

Sera la dirección de Gestión Humana en el marco de la dimensión 1: Talento Humano y de las políticas de Integridad y Gestión Estratégica de Talento Humano (GETH) articulado con los planes institucionales y el programa de Cultura Organizacional el avance significativo en lo planteado como iniciativas adicionales.

Planteamos para el 2024 fortalecer la implementación del código de Integridad con las recomendaciones del FURAG (Formulario Único de Avances en la Gestión) basados en lo siguiente:

Articular las acciones asociadas:

- a) A la gestión de conflicto de intereses
- b) Al desarrollo de la cultura de integridad pública
- c) A la gestión de riesgos y sanciones
- d) A los controles a los riesgos identificados en materia de integridad pública
- e) Seguimiento a la implementación de la estrategia de integridad

6. SEGUIMIENTO Y CONTROL

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

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

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 39 DE 43

7. PUBLICACIÓN

De acuerdo al Decreto 1081 de 2015 el cual señala que el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano se deberá publicar en la página web de la entidad en la sección denominada **Transparencia y acceso a la información pública** de acuerdo al esquema en el ítem 6. Planeación a más tardar el 31 de enero de cada vigencia y en el ítem 7 Control se realizará la publicación del Informe de seguimiento cuatrimestral realizado por la oficina de Auditoría Interna.

8. CRONOGRAMA DEL PLAN

Componente 1: Gestión de Riesgos de Corrupción y Soborno						
Subcomponente	Actividades	Meta	Responsable	FECHA PROGRAMADA		
				Ener-abril	May-agost	Sept-dic
1.1. Política de administración de riesgos de corrupción y soborno	1.1.1. Implementación de la política de gestión de Riesgo con los lineamientos del DAFP en la versión 18 de junio de 2023	Proyecto 6.1 (actividades)	Oficina de Calidad y Planeación			
	1.1.2. Adoptar en el proceso de planeación la Administración de Riesgos conforme a los lineamientos establecidos por el DAFP sobre los riesgos de corrupción, incluyendo los aspectos relacionados con los riesgos de soborno.	Proyecto 6.1 (actividades)	Gestores de riesgo y oficial de cumplimiento			
1.2. Construcción del Mapa de Riesgos de corrupción y soborno	1.2.1. Actualizar y versionar los riesgos de corrupción y soborno, normalizarlos en el SIG y en el menú de transparencia en la Web.	1 actualización mínima/año	Oficina de Calidad y Planeación, gestores de riesgos, oficial de cumplimiento			
1.3. Consulta y divulgación	1.3.1. Divulgar la metodología de gestión del riesgo y el mapa de riesgos de corrupción y soborno al interior de la Entidad, mediante el desarrollo de espacios de capacitación y otros mecanismos de socialización.	Comité de gestores de riesgo y en comité de gestión y desempeño	Gestores de Riesgo y oficial de cumplimiento			
1.4. Monitoreo y revisión	1.4.1. Realizar monitoreo periódico al mapa de riesgo de corrupción y soborno, identificar los ajustes que se requieran en caso de: posibles cambios en el contexto interno y externo, la gestión del cambio en los procesos, la eficacia de los controles	3 veces al año y los que se requieran ajustar frente a la materialización	Oficina de Calidad y Planeación, oficial de cumplimiento, gestores de riesgos			
1.5. Mecanismos de manejo, tratamiento y seguimiento	1.5.1. Realizar seguimiento al mapa de riesgos de corrupción y soborno, verificar la efectividad de los controles	3 informes/año	Oficina de Auditoría Interna			
	1.5.2. Publicar el seguimiento del mapa de riesgos de corrupción y soborno.	3 publicaciones/año	Oficina de Auditoría Interna			

Componente 2: Racionalización de Tramites						
Subcomponente	Actividades	Meta	Responsable	FECHA PROGRAMADA		
				ener-abril	may-agost	sept-dic
2.1. Preparación de la racionalización de tramites	2.1.1. Concertación de cronograma de trabajo con el equipo definido	1 cronograma	Comité de gestión y desempeño			
2.2. Recopilación de información general.	2.2.1. Consultar el inventario de trámites y los servicios que se le ofrece a las partes interesadas entre procesos y entre entidades	Información analizada	Subgerencia Administrativa y financiera			
2.3. Análisis y diagnósticos	2.3.1. Criterios del SUIIT	Criterios definidos	Comunicaciones y SIAU			
	2.3.2. Otros criterios	Otros criterios definidos	Comunicaciones y SIAU			
2.4. Formulación de acciones y rediseño del tramite	2.4.1. Listado de priorización de acciones	Formato de caja de herramientas	Comunicaciones y SIAU			
2.5. Implementación y monitoreo	2.5.1. Definir un cronograma de implementación de racionalización de tramites en el corto, mediano y largo plazo	1 cronograma	Comunicaciones y SIAU			
2.6. Evaluación y ciclo continuo de racionalización	2.6.1. Definir indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad de acuerdo a la caja de herramientas	3 indicadores mínimo	Comunicaciones y SIAU			
Componente 3: Rendición de Cuentas						
Subcomponente	Actividades	Meta	Responsable	FECHA PROGRAMADA		
				ener-abril	may-agost	sept-dic
3.1. Informar avances y resultados de la gestión con calidad y en lenguaje comprensible	3.1.1. Determinar los niveles de consolidación y perfeccionamiento en la preparación.	1	Oficina de Calidad y Planeación, SIAU y Comunicaciones			
	3.1.2. Desarrollar los pasos definidos en el manual de Rendición de cuentas que sirva de ruta para que se lleve el proceso de manera adecuada.					
	3.1.3. Fortalecer la estrategia de plan de medios para aumentar la participación de todas las partes interesadas y grupos de valor.					
	3.1.4. Fortalecer la rendición de cuentas en los boletines institucionales bimensuales					
3.2. Desarrollar escenarios de diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	3.2.1. Cualificar el proceso de rendición de cuentas a nivel del conglomerado público de la ciudad y valorar experiencias exitosas	1	Oficina de Calidad y Planeación, SIAU y Comunicaciones			
	3.2.2. Cumplir con la totalidad de las etapas preparación, diseño, aprestamiento, ejecución y seguimiento y evaluación en los tiempos dispuestos para el mismo.					
3.3. Responder a compromisos propuestos, evaluación y retroalimentación en los	3.3.1. En cumplimiento del artículo 56 de la Ley 1757 de 2015, la entrega de respuestas escritas a las preguntas ciudadanas dentro de los 15 días	1	Oficina de Calidad y Planeación, SIAU			

ejercicios de rendición de cuentas con acciones correctivas para mejora	posteriores a su formulación en el marco del proceso de rendición de cuentas. De igual forma, esas respuestas deben ser publicadas en la página web en el menú de Participa.		y Comunicaciones			
Componente 4: Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano						
Subcomponente	Actividades	Meta	Responsable	FECHA PROGRAMADA		
				ener-abril	may-agosto	sept-dic
4.1. Planeación estratégica del servicio al ciudadano	4.1.1. Formulación e implementación de la política de Servicio al Ciudadano 4.1.2. Actividades claramente definidas en el proyecto 6.4 Gestión del Servicio al Ciudadano, valorar para el 2024-2027 los componentes de gestión del servicio al ciudadano definido por el DNP.	Cumplimiento del proyecto >90%	Oficina de Calidad y planeación y SIAU			
4.2. Fortalecimiento del talento humano al servicio del ciudadano	4.2.1. Informes de certificación de competencias del servicio ciudadano 4.2.2. Fortalecer la formación en lenguaje claro para los servidores 4.2.3. Fortalecer el afianzamiento en la segunda lengua (bilingüismo)	Proporción de gestión de competencias	Dirección Gestión Humana			
4.3. Fortalecimiento de los canales de atención	4.3.1. Actividades formuladas en el proyecto 6.3. Gestión de las comunicaciones públicas y estratégicas	Cumplimiento del proyecto >90%	Subgerencia administrativa y Asistencial			
4.4. Relacionamiento con el ciudadano (Conpes 3785)		Ventanilla única funcionando	Subgerencia administrativa, Subgerencia Asistencial, Dirección Gestión Humana, SIAU			
4.5. Normativo y procedimental ciudadana	4.5.1. Seguimiento a la gestión de las PQRSD 2024 4.5.2. Dar respuesta a las PQRS en tiempos establecidos y cumplir con la promesa de valor.	Cumplimiento de indicadores por encima de meta	SIAU			
Componente 5: Transparencia y acceso a la información pública						
Subcomponente	Actividades	Meta	Responsable	FECHA PROGRAMADA		
				enero-abril	mayo-agosto	sept-dic
5.1. Lineamientos de Transparencia Activa	5.1.1. Publicación y puesta en disposición de la información pública en los canales de divulgación establecidos	Seguimiento ITA (Índice de Transparencia y Acceso a la información pública)	Oficina de Calidad y Planeación Equipo de Gobierno Digital			
5.2. Lineamientos de Transparencia Pasiva y Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.2.1. Respuesta a las solicitudes de acceso a la información, en términos de calidad, oportunidad y disponibilidad.	Indicadores de tiempo de respuesta en meta.	Gestión documental Y SIAU			

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 42 DE 43

5.3. Instrumentos de Gestión de la Información	5.3.1. Definir un mecanismo para hacer seguimiento a los requerimientos del ciudadano de su radicado	Mecanismo definido	Líder de Sistemas			
	5.3.2. Actualización del Registro de Activos de Información, el Índice de Información Clasificada y Reservada, el Esquema de Publicación de Información y el Programa de Gestión Documental.	1 vez al año en el mes de agosto o cada que se requiera	Gestión documental			
	Promover mecanismos de acceso a la web desde mecanismos digitales.	3 desarrollos mínimos al año	Líder de Sistemas			
5.4. Criterio Diferencial de Accesibilidad	5.4.1. Infraestructura humanizada con criterio diferencial	Proyecto 8.1.1. plan de acción	Arquitecto			
	5.4.2. Garantía del acceso a la información a población indígena y población en situación de discapacidad en términos de canales, idiomas, lenguas y medios.	Proyecto 8.2.2 plan de acción	Líder Sistemas			
5.5. Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.5.1. Mediante el proyecto 6.3. Gestión de las comunicaciones públicas y estratégicas.	1	Comunicaciones			
Componente 6: Iniciativas Adicionales						
Subcomponente	Actividades	Meta	Responsable	FECHA PROGRAMADA		
				ener-abril	may-agost	sept-dic
6.1. Ética y conflicto de intereses	6.1.1. Implementación del código de Integridad y ajustarlo a las recomendaciones dadas por el FURAG 2022	1	Dirección de Gestión Humana			
	6.1.2. Desarrollar mecanismos para prevenir y controlar la aparición de conflictos de intereses		Dirección de Gestión Humana			
	6.1.3. Fortalecer la implementación de la política de prevención del daño antijurídico actividad del proyecto 6.2.		Oficina Asesora Jurídica			
	6.1.4. Fortalecer la implementación de la política de mejora normativa actividad del proyecto 6.2.		Oficina Asesora Jurídica			

9. CIBERGRAFIA

<http://www.anticorrupcion.gov.co/Paginas/caja-herramientas.aspx>

<http://actuecolombia.net/images/docs/Guiapararespondersolicitudesinformacionpublica.pdf>

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN	CÓDIGO: ES-PLI-GP005D01
			VERSIÓN: 03
			PÁGINA: 43 DE 43

<http://www.derechoshumanos.gov.co/observatorio/publicaciones/Documents/2018/181008-Derecho-acceso-informaci%C3%B3n2.pdf>

<http://www.secretariatransparencia.gov.co/revison-peticiones-corrupcion/rita>

<https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/codigo-integridad>

<http://www.secretariatransparencia.gov.co/>

10. MODIFICACIONES

VERSIÓN	FECHA	RAZÓN DE LA ACTUALIZACIÓN
00	15/07/2018	No aplica.
01	30/01/2021	Se realiza actualización del documento adicionando las políticas de la dimensión 3 de MIPG y la articulación con el plan anticorrupción y atención al ciudadano.
02	18/02/2023	Se realiza actualización del plan para la vigencia 2023.
03	18/02/2024	Se realiza actualización del plan para la vigencia 2024 y se incluye los lineamientos frente al mapa de riesgos de corrupción, incluyendo soborno.

11. APROBACIÓN

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE(S): Nathalia Correa León	NOMBRE(S): Rosmira Mosquera Padilla	NOMBRE(S): Mario Fernando Córdoba Pérez
CARGO(S): Profesional U. Calidad y Planeación	CARGO(S): Jefe Oficina Calidad y planeación	CARGO(S): Gerente

VIGENTE A PARTIR DEL: 18/02/2024