**PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2021**

El Hospital San Juan Bautista Empresa Social del Estado de Chaparral Tolima, es una institución, adscrita a la Secretaria de Salud del Tolima, tiene como misión prestar servicios integrales de salud de baja y mediana complejidad en forma efectiva, oportuna, ética y con calidez humana a la población de chaparral, su área de influencia y otras, como una organización empresarial, que permita una adecuada rentabilidad social y económica.

En procura de prevenir los riesgos que se puedan presentar en el desarrollo de cada uno de los procesos durante el cumplimiento de su actividades, se ha elaborado el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, siguiendo los lineamiento del marco del Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción regulado por la Ley 1474 de 2011, adoptando la metodología establecida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República - *“Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano versión 2”.*

Al desarrollar la metodología se contribuye al mejoramiento en la calidad de los servicios de salud dirigidos a la comunidad, asegurando que las acciones y esfuerzos durante la operación lleguen a toda la población usuaria de los servicios, con responsabilidad, brindando espacios para una real y efectiva participación ciudadana en la definición de las actividades, su ejecución y vigilancia, mediante procesos transparentes que buscan garantizar la igualdad de oportunidades.

Para lograr esto, se deben desarrollar estrategias como las que se plantean más adelante en cada uno de los componentes, que permitan que los procesos internos del Hospital mantengan una cultura de probidad y ética, para que estos fluyan con agilidad, oportunidad, eficiencia y transparencia, donde los recursos destinados a solucionar las necesidades de la población usuaria estén dentro del concepto del respeto por lo público por parte de sus funcionarios y comunidad.

1. **MARCO NORMATIVO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANTICORRUPCION** | Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción | Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública |
| Ley 1952 de 2019 Código Disciplinario | Por la cual se expide el Código General Disciplinario |
| Ley 599 de 2000 Código Penal | Por la cual se expide el Código Penal. |
| **RACIONALIZACION DE TRÁMITES** | Decreto Ley 019 de 2012 | Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos trámites innecesarios existentes en la Administración Pública |
| Ley 962 de 2005 Ley Anti trámites | 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. |
| **RENDICION DE CUENTAS** | Ley 1757 de 2015 Promoción y Protección al derecho a la Participación ciudadana | Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática |
| **ACCESO A LA**  **INFORMACIÓN**  **PÚBLICA** | Ley 1712 de 2014 | Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones |
| Decreto 1081 de 2015 | Disposiciones generales en materia de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional |
| **SERVICIO AL CIUDADANO** | 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. |
| CONPES 3785 de 2015 política Nacional de Eficiencia Administrativa al Servicio del Ciudadano | Política nacional de eficiencia administrativa al servicio del ciudadano |

1. **OBJETIVOS:**

**2.1 General:**

Contribuir en la lucha contra la corrupción, a través de estrategias y actividades concretas que permitan el desarrollo de procesos transparentes. Es vital detectar los riesgos potenciales, medirlos y dictar medidas para eliminarlos o por lo menos mitigar su impacto dentro de la organización. Así, la sociedad en general percibe una mejor y más seria imagen de la institución, el compromiso de sus funcionarios y la legitimidad de la información.

**2.2 Específicos:**

* Adoptar estrategias concretas en materia de lucha contra la corrupción que orienten la gestión hacia la eficiencia y la transparencia.
* Identificación de los riesgos de corrupción en la gestión.
* Tomar medidas para contrarrestarlos.
* Generar responsabilidad real sobre las acciones, no solo en el entorno institucional sino en los funcionarios que intervengan en cada actividad que desarrolla el Hospital asegurando la confiabilidad de los procesos y la información.
* Asegurar que todas las acciones se hagan con autonomía, independencia y responsabilidad social, libre de presiones e injerencias que oscurezcan los procesos, creando confianza entre los ciudadanos.
* Se garantizará la participación de la comunidad en todos los procesos que los afecten.
* Entregar a los ciudadanos información en forma oportuna y eficaz.

1. **ALCANCE**

Los lineamientos, estrategias, mecanismos, y gestión de riesgos de lucha contra la corrupción establecidos en el presente documento, serán de riguroso cumplimiento y aplicabilidad por todos los procesos, áreas y funcionarios y contratistas de la ESE Hospital San juan Bautista.

Se adopta lo establecido en el artículo 73 de la ley 1474 de 2011, reglamentado mediante el Decreto 124 de 2016 de la Presidencia de la República, el cual define que la metodología para el diseño y seguimiento de la lucha contra la corrupción y atención al ciudadano, es la contenida en el documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano versión 2” con los seis (6) componentes autónomos e independientes, que contienen parámetros y soporte normativo propio, estos son:

* + **PRIMER COMPONENTE:** Gestión del riesgo de corrupción, mapa de riesgos de corrupción
  + **SEGUNDO COMPONENTE:** Racionalización de Tramites
  + **TERCER COMPONENTE:** Rendición de cuentas.
  + **CUARTO COMPONENTE:** Mecanismo para mejorar la atención al Ciudadano.
  + **QUINTO COMPONENTE:** Mecanismos para la participación ciudadana
  + **SEXTO COMPONENTE**: Iniciativas Adicionales

1. **COMPONENTE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN**

El objetivo de este componente es establecer, los criterios generales para la identificación y prevención de los riesgos de corrupción susceptibles de generarse en cada uno de los procesos del Hospital San Juan Bautista de Chaparral Tolima.

Para la identificación de riesgos de corrupción se utiliza la metodología que el hospital ha implementado a partir de las guías del Departamento Administrativo de la Función Pública, en la elaboración de los mapas de riesgos por macroproceso.

Para la presente vigencia (2021) se definen las siguientes metas, partiendo de la identificación de los riesgos de Corrupción en articulación con la metodología establecida para la generación del Mapa de Riesgos Institucionales definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), y de la Política de Administración del Riesgo.

| Componentes | ACTIVIDADES | META/PRODUCTO | FECHA | | DEPENDENCIA RESPONSABLE |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Inicio | Fin |
| Mapas de riesgos | Actualización del mapa de riesgos institucional | Mapa de riesgo actualizado | FEBRERO | ABRIL | COMITÉ INSTITUCIONAL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN |
| Consulta y divulgación | Publicación y socialización del mapa de riesgo institucional | Mapa de riesgo socializado y publicado en la WEB | MAYO | MAYO | PLANEACIÓN |
| Monitorio y revisión | Realizar revisiones y ajustes de acuerdo a planes de mejoramiento | Cumplimiento del 90% al cronograma de gestión de riesgo | MAYO | JULIO | PLANEACIÓN - CONTROL INTERNO |
| Seguimiento | Realizar seguimiento Mapa de riesgo | Realizar tres seguimientos en el año del mapa de riesgo | MAYO | DICIEMBRE | CONTROL INTERNO Y PLANEACION |

**MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN**

| **RIESGO DE CORRUPCIÓN** | **CONSECUENCIAS** | **PROBABILIDAD** | **IMPACTO** | **ZONA DEL RIESGO** | **CONTROLES** | **FECHA** | **ACCIONES** | **REGISTRO** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uso o destinación inadecuada de los recursos de la entidad** | - No se canalizan recursos para los proyectos institucionales. | **2** | **10** | **20** | Los procesos presupuestales, financieros y económicos deben tener autorización de la Junta Directiva. | En Cada Modificación Presupuestal | Socializar con la junta directiva las modificaciones presupuestales con su correspondiente justificación | Acuerdos de modificación Presupuestales,  Resolución de Traslados Presupuestales |
| - La gestión y administración de recursos no generan un verdadero mejoramiento institucional. |
| - Ineficiencia administrativa. |
| - Derroche o desaprovechamiento de recursos. |
| - Gestión y uso de recursos no acorde a las necesidades. |
| - Incentivar decisiones frente a recursos basados en información parcializada. |
|  | Plan presupuestal para la vigencia, proyecciones, anteproyectos anuales de presupuesto. | ANUAL | Realizar la proyección del Presupuesto de acuerdo a los lineamientos del CONFIS departamental y Secretaria de Salud. | Proyección de ingreso, proyección de gastos, Proyección de gastos de Personal, Plan de Cargos, Gastos financiados y sin financiar, Justificación económica, Plan de Adquisiciones |
|  | Revisión periódica de la programación, distribución de recursos y fuentes de financiación para el cumplimiento de las diferentes metas del Plan. | TRIMESTRAL | SEGUIMIENTO EJECUCION DEL PLAN DE GESTION | INFORME SEGUIMIENTO PLAN DE GESTION |
| **Desviación de presupuesto y flujo de recursos** | - Incumplimiento de la Ley. | **1** | **20** | **20** | Análisis de la ejecución presupuestal. | TRIMESTRAL | Reunión de análisis del comportamiento presupuestal | Actas de Junta Directiva |
| - Sanciones y / o multas. |
|  | Análisis del comportamiento de pagos de acuerdo a edades de cuentas por pagar | TRIMESTAL | Reunión de análisis del comportamiento cuantas por pagar | Actas de Junta Directiva |
| **Celebración indebida de contratos para la adquisición de bienes y servicios o conciliaciones ventajosas** | - Aprobar la adquisición de bienes o servicios no pertinentes o innecesarios. | **2** | **10** | **20** | Cada que se identifica la necesidad de un bien o servicio a adquirir o a contratar se debe justificar en un formato de Estudio de Conveniencia para proceder a verificar su viabilidad financiera. | Para Cada Contratacion | Realizar Lista de chequeo para verificar el cumplimiento de todos los requisitos del manual de contratación en cada proceso de contratación | lista de chequeo |
| - Omisión del incumplimiento de uno o más requisitos establecidos por la entidad para la contratación. |
| - Imposibilidad de la entidad para pagar los bienes y servicios adquiridos. Y gracias a esto, actuaciones nocivas o procesos judiciales. |
| - Viciar la contratación a celebrarse y que no se tengan suficientes elementos de juicio para la escogencia del proveedor. |
| - Interrupción en la producción del servicio y costos muy elevados en las reparaciones y mantenimientos. |
| - Sanciones legales y perjuicio económico para la entidad o multas para los funcionarios. |
| - Hacer una erogación mayor a la determinada o que se cause perjuicio al contratista haciendo una erogación menor al contratista de la establecida por su perfil. |
| - Sobre ejecución de los contratos. |
| - Solicitar a un proveedor un insumo que no se haya contratado con él previamente. |
| - Amaño en el manejo de los contratos. |
| **Procesos de selección de personal sin ceñirse a la rigurosidad exigida** | - Selección inadecuada de personal: Responsabilidad Administrativa, Disciplinaria y Fiscal (Corrupción). | **3** | **5** | **15** | Verificación de títulos y experiencia para selección de personal de planta y de contrato. | En cada ingreso de personal de planta o contrato | Realizar la verificación de los títulos y experiencia del personal que ingresa a la institución | Solicitud de verificación de títulos y experiencia respuesta a la comunicación |
| - Fallas en la prestación del servicio que pueden generar implicaciones legales para la entidad. |
| - Debe revocarse el nombramiento o iniciar un proceso disciplinario en caso de una respuesta negativa de la entidad educativa (Corrupción). |
|  | Se confronta el Manual de Funciones con la Hoja de Vida de la persona a nombrar. Esa revisión es realizada por el profesional universitario de Talento Humano o Contratación y posteriormente por el personal del área Jurídica. | En cada ingreso de personal de planta o contrato | entregar formalmente copia de las funciones al personal que ingresa | oficio de socialización de manual de funciones |
|  | Cuando se selecciona por concurso la CNSC notifica a la entidad la resolución de conformación de lista de elegible para los respectivos nombramientos y se hace una nueva verificación de cumplimiento de requisitos. | En cada ingreso de personal de planta o contrato | realizar proceso e inducción del personal que ingresa | formato de inducción del personal |
| **Omisión de la participación de veedurías ciudadanas en los proyectos formulados para el Hospital** | - Limitar la promoción de la conformación de las formas de participación y los espacios para que hagan exigible su derecho a la salud. | **3** | **5** | **15** | La existencia y participación de la ciudadanía como veedor está reglamentada. | en cada proceso e convocatoria publica | Incluir dentro de los términos de referencia de las convocatorias publicas la invitación a los veedores para el proceso | invitación a los veedores para el proceso |
| **Tomar decisiones que vayan en contravía de los intereses de la entidad** | - Priorización inadecuada o limitada de lasDebilidades y Fortalezas (Contexto Interno) y delas Amenazas y Oportunidades (Contexto Externo) / DOFA. | **3** | **10** | **30** | Solicitud de parte de la Junta Directiva de informes especiales con análisis adicionales, que permitan ampliar o documentar las decisiones de aprobación por parte de este ente. | TRIMESTRAL | Remitir oportunamente a la junta directiva los informes a ser analizados en reunión | Correos o oficios enviando a la junta Directiva con los informes |
| - Plan y estrategias desarticuladas con el Plan de Desarrollo Institucional, Local y Distrital. |
| - Imposibilidad para implementar y hacer seguimiento a las estrategias. |
| - Estrategias en contravía de los avances tecnológicos y por lo tanto no sean competitivas o no generen valor. |
| - Falta de coherencia con lo plasmado en el Código de Ética y el Buen Gobierno. |
| - Desmotivación y falta de adherencia del personal. |
| **Incumplimiento de los Planes, programas, objetivos y metas institucionales.** | - Plan o estrategias incoherentes con la realidad de la Entidad y con los Objetivos Estratégicos. | **1** | **10** | **10** | Revisión periódica y permanente del cumplimiento de las metas estratégicas. | TRIMESTRAL | Realizar el seguimiento al cumplimiento de las metas estratégicas | Informe de trimestral de gestión. |
| - Que la estrategia formulada no sea flexible y dinámica ante los cambios del entorno. |
| - Distribución o uso inadecuado de recursos. |
| - Desgaste administrativo e incremento de costos operacionales. |
| - Impacto negativo en la prestación del servicio y en el logro de los objetivos y metas institucionales. |
| - Cumplimiento parcial o incumplimiento del Plan de Desarrollo. |
|  | Informe de la Revisoría Fiscal, como mecanismo de validación de la operación y gestión de la institución en cumplimiento de la normatividad vigente y aplicación de las políticas y directrices estratégicas aprobadas por la Junta Directiva. | Anual | presentar y socializar informe de revisoría fiscal respecto a las auditorías realizadas | informe de revisoría fiscal |
| **Utilización indebida de información controlada** | - Favorecimiento propio o de terceros. | **1** | **5** | **5** | Aplicación de las políticas de seguridad y privacidad de la información . | MENSUAL | Realizar la depuración de usuarios, plan de respaldo de la información y política de eventos en los servicios de tecnologías de la información | Informe de novedades de usuario, respaldo de la información y operación de las tecnología de la información |
| - Violación de la información privilegiada. |
| - Violación a la ética profesional. |
|  | Existen responsables de la información, con usuarios definidos para dar acceso a ella, donde se tiene control por medio de los log's de los sistemas de información con que cuenta el Hospital (, RIPS, Intranet, correos institucional, página web). |
| **Pérdida, sustracción u omisión de la información institucional** | - Desconocimiento y falta de adherencia a los procedimientos de Gestión Documental. | **3** | **5** | **15** | Realizar auditorías internas de Gestión documental articuladas con la oficina de control interno sobre el cumplimiento de la Gestión documental | TRIMESTRAL | Visitas de Auditorias | Registro de asistencia y acta de auditoria |
| - No se depura la documentación de acuerdo a tablas de retención. |
| - El personal produce información y se apropia de ella. Alta rotación del personal = pérdida de memoria y de información. |
| - Sobre documentación. |
| - Inadecuada organización y administración documental. |
| - No existe una manera de recopilar y generar todos los datos de la entidad de manera confiable, fácil y oportuna. |
| - No todos los procesos hacen uso del software, ni emplean los mismos parámetros para que se produzca una información. |
| - No existe una Plataforma Tecnológica Institucional. |
| - Ausencia de un Banco de Información confiable. |
| - Pérdida de información en la Historia Clínica y demás información. Demandas. |
| **Falta de ética y cultura del autocontrol en los colaboradores** | - Desgaste administrativo. | **2** | **5** | **10** | La oficina de Calidad y Control Interno realizan auditorías internas programadas en los diferentes procesos y procedimientos para verificar su conformidad o evidenciar hallazgos. | MENSUAL | Presentar a la gerencia los resultados del plan de auditorías con su respectivo plan de mejora | Informes de Auditoria |
| - Incremento en los costos operacionales. |
| - Fuga de recursos. |
| - Pérdida o daño de activos, infraestructura. |
| - Generación de daños o accidentes a colaboradores, pacientes o terceros. |
| - Demandas y sanciones. |
|  | A través del trabajo que viene adelantando el Hospital, se han establecido mediciones de diferentes aspectos de los procesos y posteriormente se hacen las retroalimentaciones correspondientes y su seguimiento. |
|  | Desde el proceso de Control Interno, se está realizando seguimiento al plan de mejoramiento interno y externo. |

1. **COMPONENTE 2: RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES**

Establecer medios adecuados que permitan mejorar las comunicaciones con los usuarios tanto internos como externos, proporcionando medios electrónicos, redes de datos, optimización de la página web e instrumentos tecnológicos del Hospital, con el propósito de racionalizar los trámites y procedimientos administrativos y divulgar, promocionar y facilitar el acceso a la prestación de los servicios de salud y servicios complementarios del Hospital. Se esperan resultados como:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Componentes | ACTIVIDADES | META/PRODUCTO | FECHA | | DEPENDENCIA RESPONSABLE |
| Inicio | Fin |
| IDENTIFICACION DE TRAMITES | N/A luego ya se realizó la identificación del 100% de los tramites en el SUIT | N/A |  |  | N/A |
| PRIORIZACION DE TRAMITES | Priorización del trámite de Certificado de Defunción | Tramite priorizado | ABRIL | ABRIL | PLANEACIÓN |
| Realizar monitoreo de los tramites aprobados | Monitoreo trimestral de los tramites aprobados | ABRIL | DICIEMBRE | PLANEACIÓN |
| RACIONALZACION DE TRAMITES | Continuar la racionalización del trámite Certificado de Defunción | Tramite racionalizado | JUNIO | JUNIO | PLANEACIÓN |
| Realizar seguimiento en la racionalización de los tramites | seguimiento realizado | JUNIO | DICIEMBRE | CONTROL INTERNO |

1. **COMPONENTE 3: 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.

La Rendición de Cuentas es el instrumento mediante el cual la comunidad tiene el derecho de conocer de manera oportuna, confiable, pertinente y coherente, la destinación de los recursos públicos, razón por la cual el Hospital San Juan Bautista Empresa Social del Estado, convoca a la comunidad para explicarle qué hace, cómo, dónde, con quién y los resultados alcanzados.

Tiene como objetivo afianzar la relación Estado – Ciudadano, mediante la información y explicación en un proceso de evaluación de la gestión de la Entidad, ante la ciudadanía, otras entidades del Estado y los Entes de Control, e igualmente incentivar la actuación de la sociedad civil en torno al cuidado de lo público, en especial a través de los ejercicios de control social.

| **COMPONENTE** | **ACTIVIDADES** | **META/PRODUCTO** | **FECHA** | | **DEPENDENCIA RESPONSABLE** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Inicio** | **Fin** |
| INFORMACIÓN DE CALIDAD EN LENGUAJE COMPRENSIBLE | Caracterizar los grupos de valor | Documento de caracterización que identifique: 1) Las principales demandas, necesidades o preferencias de información por parte de los grupos de valor en el marco de la gestión institucional.  2)Los canales de publicación y difusión de información consultada por los grupos de valor | MARZO | MAYO | COMITÉ DE GESTION Y DESEMPEÑO |
| Capacitar a los líderes de los proceso en planeación e implementación de la rendición de cuentas | Acta de capacitación en la generación y producción de información |  | MAYO | PLANEACIÓN |
| Definir el procedimiento de adecuación, producción y divulgación de la información en la audiencia pública de rendición de cuentas. | Documento con roles y responsables del procedimiento de adecuación, producción y divulgación de información |  | JUNIO | PLANEACIÓN |
| Producir la información sobre la gestión misional sobre los resultados y sobre los temas de interés priorizados. | Información para cada espacio de acuerdo a los temas de interés priorizados |  | JUNIO | LÍDERES DE PROCESO |
| Producir la información sobre la gestión global o general de la entidad de las áreas administrativas y financieras, sobre los resultados, que se presentará en la audiencia pública de rendición de cuentas | Información para cada espacio de acuerdo a los temas de interés priorizados |  | JUNIO | LÍDERES DE PROCESO |
| DIALOGO DE DOBLE VÍA CON LA CIUDADANÍA | Diseñar y divulgar el cronograma que identifica y define los espacios de diálogo presenciales (mesas de trabajo, foros, reuniones, etc.), y virtuales complementarios (chat, videoconferencias, etc.), , que se emplearán para rendir cuentas: 1) Sobre los temas de interés priorizados, y 2) Sobre la gestión general de la entidad. | Cronograma publicado. |  | MARZO | PLANEACIÓN |
| Definir el procedimiento interno para implementar la ruta (antes, durante y después) a seguir para el desarrollo de los espacios de diálogo en la rendición de cuentas. | Documento con la definición de ANTES, DURANTE Y DESPÚES de la rendición de cuentas |  | JUNIO | PLANEACIÓN-SIAU |
| Definir y divulgar el procedimiento que empleará la entidad en cada tipo de espacio de diálogo definido previamente en el cronograma. | Documento publicado en la WEB con la ruta (antes, durante y después) |  | JUNIO | PLANEACIÓN-SIAU |
| Implementar los espacios de diálogo | Acta de asistencia a espacios de dialogo | FEBRERO | DICIEMBRE | SIAU |
| EVALUACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN | Definir un esquema de seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos. | Documento con procedimiento, roles y responsables del seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos en la audiencia |  | JUNIO | PLANEACIÓN |
| Producir y divulgar la información sobre el avance en los compromisos adquiridos en los espacios de diálogo y las acciones de mejoramiento en la gestión de la entidad (Planes de mejora) con base la ruta previamente definida para desarrollar los espacios de diálogo | Producir información |  | AGOSTO | PLANEACIÓN |
| Analizar las recomendaciones realizadas por los órganos de control frente a los informes de rendición de cuentas y establecer correctivos que optimicen la gestión y faciliten el cumplimiento de las metas del plan institucional. | Plan de mejoramiento que se verá reflejado en el siguiente espacio y/o en la implementación de la estrategia para la siguiente vigencia | FEBRERO | DICIEMBRE | COMITÉ DE GESTION Y DESEMPEÑO |
| Evaluar y verificar, por parte de la oficina de control interno, el cumplimiento de la estrategia de rendición de cuentas incluyendo la eficacia y pertinencia de los mecanismos de participación ciudadana establecidos en el cronograma. | Informe de evaluación de los resultados de implementación de la estrategia. | FEBRERO | DICIEMBRE | CONTROL INTERNO |

1. **COMPONENTE 4: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO**

Para garantizar la participación ciudadana en forma real y efectiva, se fortalecerá y mejorará los siguientes instrumentos:

| Componentes | ACTIVIDADES | META/PRODUCTO | FECHA | | DEPENDENCIA RESPONSABLE |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Inicio | Fin |
| CONDICIONES INSTITUCIONALES IDÓNEAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA | Caracterizar los grupos de valor | Documento de caracterización que identifique: 1) Los canales de publicación y difusión de información consultada por los grupos de valor;  2) Intereses y preferencias en materia de participación ciudadana en el marco de la gestión institucional. |  | MARZO | SIAU |
| Capacitar un equipo de trabajo que lidere el proceso de participación comunitaria en veedurías ciudadanas | Actas de capacitación | MARZO | ABRIL | SIAU |
| Identificar las instancias de participación legalmente establecidas que debe involucrar para cumplir con la misión de la entidad. | Plan de participación ciudadana | MARZO | ABRIL | SIAU |
| PROMOCIÓN EFECTIVA DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA | Diseñar y divulgar el cronograma del plan de participación ciudadana. | Cronograma **publicado dirigido a la ciudadanía en el que** defina como mínimo:  Cuáles espacios de participación ciudadana presenciales y virtuales desarrollará  Cuándo  Objetivo de la participación  Meta institucional a la que involucra la participación  Grupo de valor al cuál está dirigido | MARZO | ABRIL | SIAU |
| Definir el procedimiento interno para implementar la ruta (antes, durante y después) a seguir para el desarrollo de los espacios de participación ciudadana. | Documento con la definición de ANTES, DURANTE Y DESPÚES | ABRIL | MAYO | SIAU |
| Establecer el formato interno de reporte de las actividades de participación ciudadana que se realizarán en toda la entidad que como mínimo contenga:  -Actividades realizadas -Grupos de valor involucrados -Temas y/o metas institucionales asociadas a los espacios de participación ciudadana. - Observaciones, propuestas y recomendaciones de los grupos de valor.  - Resultado de la participación | Formato interno de reporte de las actividades de participación ciudadana |  | MAYO | SIAU |
| Analizar la implementación de la estrategia de participación ciudadana, y el resultado de los espacios de participación desarrollados, con base en la consolidación de los formatos internos de reporte aportados por las áreas misionales y de apoyo. | Documento de evaluación de los resultados de implementación de la estrategia. |  | JULIO | SIAU |
| Evaluar y verificar, por parte de la oficina de control interno, el cumplimiento de la estrategia de participación ciudadana incluyendo la eficacia y pertinencia de los espacios establecidos en el cronograma. | informes de evaluación de los resultados de implementación de la estrategia | FEBRERO | DICIEMBRE | CONTROL INTERNO |

1. **COMPONENTE 5: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACIÓN**

En este componente se recogen los lineamientos nacionales para la garantía del derecho fundamental de acceso a la información pública, reglamentado por la Ley 1712 de 2014, donde el compromiso del Hospital San Juan Bautista, es dar cumplimiento a este precepto legal. Igualmente, en cumplimiento de la Ley 594 de 2000, Ley General de Archivo y sus decretos reglamentarios, se aplicará lo correspondiente a los instrumentos archivísticos para la entidad

| Componentes | ACTIVIDADES | META/PRODUCTO | FECHA | | DEPENDENCIA RESPONSABLE |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Inicio | Fin |
| LINEAMIENTOS DE TRANSPARENCIA ACTIVA | Identificación de los informes que deben ser publicados en la página web. | listado de informes a ser publicados en la WEB | ENERO | FEBRERO | PLANEACIÓN |
| Publicación de información sobre Contratacion publica | Publicación del 100% de los contratos en SIA Observa y SECOP | ENERO | DICIEMBRE | LÍDER DE CONTRATACIÓN |
| Publicación de información establecida en la estrategia de gobierno en línea | Mínimo 80% de la información publicada | JUNIO | DICIEMBRE | SISTEMAS |
| LINEAMIENTOS DE TRANSPARENCIA PASIVA | Dar cumplimiento a las respuestas de las solicitudes dentro de los términos establecidos en la ley | Informe de PQR | ENERO | DICIEMBRE | SIAU |
| INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN | Elaborar el inventario de activos de información | Inventario publicado |  | AGOSTO | SISTEMAS |
| CRITERIO DIFERENCIAL DE ACCESIBILIDAD | Despliegue y socialización de derechos y deberes de los usuarios | Estrategia de despliegue | FEBRERO | DICIEMBRE | SIAU |
| MONITOREO DEL ACCESO A LA INFORMACIÓN PUBLICA | Seguimiento y verificación de publicación de información publica en la WEB | Informes de seguimiento | FEBRERO | DICIEMBRE | CONTROL INTERNO |

**Descripción de términos y lineamientos especiales en el trámite de las peticiones Términos**

* Peticiones en interés general y particular Dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción
* Peticiones de documentos e información Dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción.
* Consultas Dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción.
* Peticiones entre autoridades Dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción

**Lineamientos especiales ley 1755 de 2015**

* **No respuesta en término:** Se debe informar al ciudadano antes del vencimiento informando los motivos de la demora y señalando el plazo en que se resolverá la petición, éste no podrá exceder del doble del inicialmente previsto. Ley 1755 de 2015
* **Petición incompleta:** Se deben tener en cuenta dos momentos: 1. En el recibo de la petición: el servidor público informa verbalmente que está incompleta la petición, si el ciudadano insiste, debe ser radicada. 2. Cuando está radicada: el servidor público debe solicitar al ciudadano dentro de los diez (10) días siguientes para que complete la información. El ciudadano tiene 1 mes para complementarla.
* **Atención prioritaria:** Se deben atender prioritariamente las peticiones que involucren el reconocimiento de un derecho fundamental, cuando esté en peligro inminente la vida o la seguridad, cuando sea presentada por un niño (a) o adolescente; o cuando sea presentada por un periodista en ejercicio de su profesión.
* **No es competente:** Se debe remitir la solicitud al competente dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de la misma y se enviará copia de ello al peticionario.
* **Desistimiento tácito:** Opera cuando el ciudadano no completa su petición dentro del mes otorgado para ello y guarda silencio. La entidad debe expedir acto administrativo decretando el desistimiento y archivando el expediente, se debe notificar personalmente advirtiendo la procedencia del recurso de reposición.
* **Desistimiento expreso:** Opera cuando el ciudadano de manera expresa le informa a la entidad que no desea continuar con el trámite de la petición. No obstante, puede continuar de oficio el trámite de respuesta si la entidad considera que es de interés general, para lo cual, debe proyectar acto administrativo motivado.
* **Petición irrespetuosa:** Cuando un ciudadano presente una petición irrespetuosa o en términos groseros, la entidad puede rechazarla.
* **Petición oscura:** Se presenta cuando no se comprenda la finalidad u objeto de la petición, en este caso, se debe devolver al interesado para que la corrija o aclare dentro de los diez (10) días siguientes. En caso de no corregirse o aclararse, se archivará la petición.
* **Petición reiterativa:** Se da cuando se presenta una solicitud que ya ha sido resuelta por la entidad, caso en cual, pueden remitirse a respuestas anteriores.
* **Peticiones análogas:** Opera cuando más de diez (10) personas formulen peticiones que sean semejantes en cuanto a su objeto. En este caso la entidad podrá dar una única respuesta que deberá ser publicada en un diario de amplia circulación, en la página web y entregará copias de la misma a quienes las soliciten.

1. **COMPONENTE 6: INICIATIVAS ADICIONALES CODIGO DE INTEGRIDAD**

.

Para la presente vigencia se trabajarán estrategias de impacto para la socialización, comprensión y entendimiento de Compromisos y Protocolos Éticos, Transparencia y Prioridad, elementos esenciales del código de integridad para fortalecer la cultura ética institucional y el servicio al ciudadano, como:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Componentes | ACTIVIDADES | META/PRODUCTO | FECHA | | DEPENDENCIA RESPONSABLE |
| Inicio | Fin |
| CÓDIGO DE INTEGRIDAD | Diseñar una estrategia de socialización del código de integridad institucional  Crear la estrategia para la gestión de conflicto de interés. | Estrategia formulada.  Documento de la estrategia |  | ABRIL. | PERSONAL |

1. **SEGUIMIENTO Y RETROALIMENTACIÓN**

La Oficina de Control Interno, en coordinación con la Gerencia, realizará el seguimiento, con base en el cronograma y los indicadores diseñados para tal fin; esto permitirá conocer el comportamiento, incluso, identificar nuevos riesgos, aplicar correctivos y ajustes necesarios para asegurar el efectivo manejo del riesgo; así mismo, dentro de su función asesora, comunicará a la Gerencia, los hallazgos y sugerencias para la prevención y tratamiento de los riesgos detectados

Chaparral 28 de enero de 2021

**SARA MARITZA CAMPOS ANGARITA**

Gerente