

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

PROCESO GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

GDI-PL-PG-01
VERSIÓN 01
ENERO DE 2017


HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SANTANDER

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVOS.....	3
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	3
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	3
2. ALCANCE.....	3
3. APLICABLE	3
4. RESPONSABLES.....	4
5. DEFINICIONES.....	4
6. MARCO NORMATIVO.....	4
7. DESARROLLO.....	7
7.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO.....	7
7.1.1 MISION.....	7
7.1.2 VISIÓN.....	8
7.1.3 VALORES.....	8
7.1.4 PRINCIPIOS.....	8
7.1.5 CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO.....	9
7.2 RETOS INSTITUCIONALES PARA LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN.....	9
7.2.1 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.....	9
7.2.2 PLAN DE ACCIÓN MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.....	10
7.3 ESTRATEGIA ANTITRAMITES.....	11
7.3.1 IDENTIFICACION DE TRÁMITES.....	11
7.3.2 PLAN DE ACCIÓN ESTRATEGIA ANTITRAMITES.....	12
7.4 RENDICION DE CUENTAS.....	14
7.4.1 Medios de rendición de cuentas del Hospital Universitario de Santander.....	14
7.4.2 Plan de acción Rendición de cuentas.....	15
7.5 MECANISMOS DE ATENCIÓN AL CIUDADANO.....	17
7.5.1 Oficina de Atención al Usuario.....	17
7.5.2 Otros canales de comunicación.....	19
7.5.3 Plan de acción mecanismos de atención al ciudadano.....	19
7.6 TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.....	21
7.6.1 Plan de acción Transparencia y acceso a la información.....	21
7.7 SEGUIMIENTO.....	22
7.8 MONITOREO, CONTROL Y EVALUACIÓN.....	22

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Página: 3 de 22
	CODIGO: GDI-PL-PG-01	Versión: 1
Elaboró: Amira Esther Mojica Cueto Coordinadora de Gestión – Gestión Integral	Revisó: Héctor Enrique Ariza Jefe de Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (E)	Aprobó: José Orlando Quintero Correa Gerente (E)
Fecha de Elaboración: 23 de Enero de 2017	Fecha de Revisión: 24 de Enero de 2017	Fecha de Aprobó: 31 de Enero de 2017

PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDANADO 2017

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Adoptar estrategias concretas que contribuyan en la lucha contra la corrupción, generando confianza en la ciudadanía de conformidad con las políticas, directrices señaladas en la Constitución Política de Colombia, las leyes y decretos que regulan las actividades, competencias, obligaciones y responsabilidades del Departamento y de sus funcionarios, el Código de Buen Gobierno y el Código de Ética del HUS y en especial, el Estatuto Anticorrupción (Ley 1474 de 2011), orientándose hacia una gestión íntegra y transparente, con principios y valores éticos frente a todos sus grupos de interés.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS


- 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
- Racionalizar los trámites y procesos de tal forma que se logre economía en costos y plazos, se facilite a la entidad y en especial a la población acceder a los servicios y la información.
- Fortalecer los mecanismos de atención al ciudadano tendientes a fortalecer la cultura de la denuncia de actos corruptos, gestionando la totalidad de las denuncias que se reciban en el hospital, realizando para ello un análisis jurídico de las denuncias relacionadas con corrupción administrativa utilizando los medios disponibles para aclarar y documentar los hechos de la denuncia.
- Detectar y atacar las causas estructurales que favorecen la existencia del fenómeno de la corrupción en el Hospital y fortalecer la cultura de la probidad, la transparencia y los comportamientos éticos de los colaboradores del hospital, sus clientes internos, externos y en general todas las partes interesadas.
- Garantizar al ciudadano la entrega de la información en forma oportuna y eficaz

2 ALCANCE

Los lineamientos, estrategias, mecanismos, y gestión de riesgos de lucha contra la corrupción, establecidos en el presente documento, serán de riguroso cumplimiento, inicia con la publicación del plan y finaliza con la implementación de las buenas prácticas

3 APLICABLE

Este documento aplica a todos los Procesos Institucionales (ambulatorios, hospitalarios, administrativos y los procesos docente –asistenciales – investigación) de la E.S.E Hospital Universitario de Santander.

	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	Página: 4 de 22
	CODIGO: GDI-PL-PG-01	Versión: 1

4 RESPONSABLES

Líder proceso de gestión de desarrollo institucional
Líder proceso de gestión de auditoría para mejoramiento continuo

5 DEFINICIONES¹

Causa: Medidas, circunstancias, situaciones o agentes generadores del riesgo

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

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

Gestión del Riesgo de Corrupción: Es el conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo de corrupción.

Impacto: Son las consecuencias o efectos que puede generar la materialización del riesgo de corrupción en la entidad.

Mapa de Riesgos de Corrupción: Documento con la información resultante de la gestión del riesgo de corrupción.

Modelo Integrado de Planeación y de Gestión: Instrumento de articulación y reporte de la planeación de cinco políticas de desarrollo administrativo.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Plan que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal.

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

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar un valor.

Riesgos: Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad, pudiendo entorpecer el desarrollo de sus funciones.

Riesgo de Corrupción: Posibilidad de que por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

6 MARCO NORMATIVO

Constitución Política de Colombia: En el marco de la constitución de 1991 se consagraron principios para luchar contra la corrupción administrativa en Colombia. De igual forma dio gran importancia a la participación de la ciudadanía en el control de la gestión pública y estableció la responsabilidad patrimonial de los servidores públicos.

¹ Guía para la gestión del riesgo de corrupción. 2015. Presidencia de la República - Departamento Administrativo de la Función Pública

Los artículos relacionados con la lucha contra la corrupción son: 23, 90, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 183, 184, 209 y 270

Ley 80 de 1993: Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. En su articulado establece causales de inhabilidad e incompatibilidad para participar en licitaciones o concursos para contratar con el estado, adicionalmente también se establece la responsabilidad patrimonial por parte de los funcionarios y se consagra la acción de repetición.

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).

Ley 489 de 1998 (Artículo 18): Establece la supresión y simplificación de trámites como política permanente de la Administración Pública.

Ley 489 de 1998, artículo 32 (Democratización de la Administración Pública).

Ley 599 de 2000 (Código Penal).

Ley 617 de 2000: Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la Ley Orgánica de Presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional.

Ley 734 de 2002: Por la cual se expide el Código Disciplinario Único. En dicho código se contemplan como faltas disciplinarias las acciones u omisiones que lleven a incumplir los deberes del servidor público, a la extralimitación en el ejercicio de sus derechos y funciones, a incumplir las normas sobre prohibiciones; también se contempla el régimen de inhabilidades e incompatibilidades, así como impedimentos y conflicto de intereses, sin que haya amparo en causal de exclusión de responsabilidad de acuerdo con lo establecido en la misma ley.

Ley 872 de 2003: crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en su artículo 3° establece que dicho sistema es complementario con los Sistemas de Control Interno y de Desarrollo Administrativo.

Ley 795 de 2003: Por la cual se ajustan algunas normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se dictan otras disposiciones.

Ley 819 de 2003: Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.

Ley 850 de 2003: Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas. Crea el marco legal para el ejercicio de la veeduría en nuestro país, así como un procedimiento para la constitución e inscripción de grupos de veeduría y principios rectores.

Ley 909 de 2004: Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.

Ley 962 de 2005: 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).

Ley 1437 de 2011, artículos 67, 68 y 69 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo).

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

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

Decreto 2232 de 1995: Artículos 70, 80 y 90 (Por medio del cual se reglamenta la Ley 190 de 1995).

Decreto 2150 de 1995: Suprime y reforma regulaciones, procedimientos o trámites innecesarios en la Administración Pública.

Decreto Nacional 4110 de 2004: en su artículo 1º, adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, y el Decreto 4485 de 2009, la actualiza a través de la versión NTCGP 1000:2009.

Decreto 4669 de 2005: Fija el procedimiento para aprobación de nuevos trámites, crea el Grupo de Racionalización y Automatización de Trámites – GRAT, como instancia consultiva del Gobierno Nacional en la materia y establece sus funciones.

Decreto 235 de 2010: Por el cual se regula el intercambio de información entre entidades para el cumplimiento de funciones públicas

Decreto 2280 de 2010: Por el cual se modifica el artículo 3 del decreto 235 de 2010.

Decreto Ley 019 de 2012: Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.

Decreto 1450 de 2012: Por el cual se reglamenta el Decreto Ley 019 de 2012.

Decreto 1510 de 2013 Por el cual se reglamenta el sistema de compras y contratación pública.

Decreto 943 de 2014: Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

Decreto 2573 de 2014: Por el cual se establecen los lineamientos generales de la Estrategia de Gobierno en línea, se reglamenta parcialmente la Ley 1341 de 2009 y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1081 de 2015 Único del Sector de la Presidencia de la República: Señala como metodología para elaborar la estrategia de lucha contra la corrupción la contenida en el documento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.

Decreto 000124 del 26 de enero de 2016 - Se modifica el decreto único reglamentario de la presidencia de la república en lo relativo al plan anticorrupción y de atención al ciudadano

Documento CONPES 3292 de 2004: Establece un marco de política para que las relaciones del gobierno con los ciudadanos y empresarios sean más transparentes, directas y eficientes, utilizando estrategias de simplificación, racionalización, normalización y automatización de los trámites ante la administración pública.



Resolución 323 del 22 de agosto de 2006- Hospital Universitario de Santander: por la cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander.

Resolución 371 del 22 de octubre de 2009 - Hospital Universitario de Santander: Por la cual se adopta el Código de Buen Gobierno de la E.S.E Hospital Universitario de Santander.

Resolución 372 del 22 de octubre de 2009- Hospital Universitario de Santander: por medio de la cual se adopta el nuevo código de Ética para la E.S.E Hospital Universitario de Santander.

Resolución 231 de 2013 - Hospital Universitario de Santander: Por la cual se crea el Comité Antitrámites y de Gobierno en Línea del Hospital Universitario de Santander.

Resolución 232 de 2013 - Hospital Universitario de Santander: Por la cual se aprueba y adopta el Plan Institucional Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander

7 DESARROLLO

7.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO



7.1.1 MISION

Somos la E.S.E Hospital Universitario de Santander, institución que presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, con énfasis en docencia e investigación basados en criterios éticos, técnicos, científicos y de gestión integral, que nos constituye como centro de referencia de la red pública y privada del nororiente colombiano y el resto del país, involucrando la participación de talento humano competente que realiza sus actividades con sentido humano y alineado con los valores y principios organizacionales. Para lograr lo anterior la organización está comprometida con el trato digno y humanizado de sus pacientes y familias, la provisión de entornos de atención segura apoyados con tecnología de avanzada.

7.1.2 VISIÓN

Para el año 2020 la E.S.E Hospital Universitario de Santander se consolidará como una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, acreditada, competitiva y líder en la generación de conocimiento humano, con enfoque de seguridad, humanización y responsabilidad social.

La E.S.E Hospital Universitario de Santander será líder en el uso eficiente y transparente de los recursos para la ejecución de sus procesos, que aseguren sostenibilidad financiera, mejoramiento continuo de las condiciones laborales y evidentes márgenes de rentabilidad económica y social

7.1.3 VALORES

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, cuenta con un conjunto de valores alrededor del cual se constituye la vida organizacional de la institución:

Transparencia: Los actos de los funcionarios se orientan por la ética y el cumplimiento de la Ley. El acceso a la información sobre acciones institucionales será libre y sin obstáculos para la comunidad.

Respeto: Somos una institución en donde se respeta la vida, dignidad y los derechos de los seres humanos por encima de cualquier consideración social, política o económica.
Reconocemos, valoramos y apreciamos las diferencias individuales, la pluralidad y la diversidad, como elementos fundamentales en las relaciones interpersonales. Comprendemos y aceptamos los criterios y actitudes de los demás, entendiendo que todos somos diferentes como base de la tolerancia y de una sana convivencia dentro de la institución.

Solidaridad: La empresa fomentará la práctica de la ayuda mutua entre las personas que laboran en la institución bajo el principio del más fuerte hacia el más débil, dando prioridad a la población más vulnerable para brindarle una eficiente y eficaz prestación de servicios.

Responsabilidad: Cumplir las obligaciones adquiridas, atender adecuada y oportunamente los deberes y derechos propios, como individuo y miembro de la institución.

7.1.4 PRINCIPIOS

Además teniendo en cuenta el compromiso que le asiste por ley 1438 de 2011, frente a la acreditación, la Empresa Social del Estado se rige bajo los siguientes principios:

Responsabilidad Social: La institución orienta su talento humano, sus recursos técnicos y financieros para dar respuesta a las necesidades de salud y formación de la población del área de influencia.

Eficiencia: La organización busca que la labor de la administración alcance el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles que aporte al cumplimiento de los objetivos y metas fijados tanto en el plan de gestión como en el plan de desarrollo, que además la atención en salud sea prestada a los usuarios brindándoles seguridad y satisfacción en el marco a que da derecho el Sistema de Seguridad Social.

Participación: La Empresa Social del Estado estará siempre dispuesta a brindar espacios que permitan la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de su ejercicio.

Servicio: La Empresa Social del Estado desarrolla un conjunto de actividades que buscan responder a las necesidades de sus usuarios y en general de todas sus partes interesadas.

Seguridad: La Institución busca la ausencia de riesgo y a la vez brindar al usuario la confianza en todos y cada uno de los servicios que presta.

Satisfacción: La Empresa Social del Estado busca en cada una de las personas que presta servicios en la institución que sienta el placer y el agrado, por haber brindado un servicio con calidad, seguridad, eficiencia y oportunidad, generando a la vez satisfacción al usuario que recibió el servicio.

7.1.5 CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO

Artículo 15, resolución 371 de 2009:

La ESE Hospital Universitario de Santander está en contra de toda práctica: para impedir, prevenir y combatir estos fenómenos, adopta como mínimo las siguientes medidas:

- Guiar sus actuaciones orientada por los principios éticos establecidos con Código de Ética
- Dar publicidad a la promulgación de normas éticas y advertir sobre la determinación inquebrantable de cumplirlas en el giro ordinario de sus actividades
- Garantizar que todos los procedimientos sean claros, equitativos, viables y transparentes.
- Denunciar las conductas irregulares, tanto para que las entidades competentes conozcan de los hechos, como para que la sociedad esté al tanto del comportamiento de sus servidores.
- Capacitar al personal en materia de ética ciudadana y responsabilidad social en todos sus niveles
- Articular las acciones de control social con los programas presidenciales y gubernamentales.
- Efectuar la rendición de cuentas a los grupos de interés, garantizando la disposición al público de la información no confidencial de la entidad.
- En materia de contratación, implementar y adoptar las normas vigentes; publicar la contratación, de servicios y la adquisición de bienes de acuerdo con lo prescrito por la legislación vigente y el presente código de buen gobierno, y establecer mecanismos de seguimiento a los contratos.

7.2 RETOS INSTITUCIONALES PARA LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN

7.2.1 MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

En general, el Mapa de Riesgos de Corrupción, se define como una herramienta metodológica que permite identificar, de manera clara y sistemática, áreas y procesos que propician o son más vulnerables a la comisión de hechos de corrupción y definición de medidas para mitigar los riesgos. Identificar, gestionar y monitorear los riesgos de Corrupción al interior del Hospital Universitario de Santander.

Para ello se identificaron los riesgos trazadores de la corrupción institucional, en procesos sensibles frente al tema de la corrupción, de igual forma se establecieron los indicadores de monitoreo y control, los cuales serán incluidos en la metodología de mapa de riesgos establecida por el hospital considerado los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

La matriz de riesgos del Hospital Universitario de Santander está compuesta por los siguientes capítulos con sus respectivos parámetros:

CAPITULO	PARAMETRO
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN	Proceso y objetivo Causas Numeral del riesgo Descripción del riesgo
ANÁLISIS DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN	Probabilidad Nivel de riesgo
VALORACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN	Controles a los riesgos Tipo de control Aceptabilidad
MEDIDAS DE MITIGACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN	Política de administración Acciones para mitigar los riesgos de corrupción Responsable Cronograma de implementación Indicador

7.2.2 PLAN DE ACCIÓN MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente /proceso 1 Política de Administración de Riesgos de Corrupción	1.1 Revisar y ajustar la política de Gestión del Riesgo en el HUS	Política de Gestión de Riesgos HUS	Calidad	Marzo 28 de 2017
	1.2 Socializar la política de Gestión del Riesgo actualizada	Correos electrónicos - Prensa HUS	Calidad	Marzo 29 de 2017
Subcomponente /proceso 2 Construcción de Mapa de Riesgos de Corrupción	2.1 Actualizar el contexto externo e interno que permita determinar los factores de riesgos de corrupción	Identificación del contexto interno y externo de corrupción	Desarrollo Institucional	Marzo 28 de 2017
	2.2 Consolidar el Mapa de Riesgos de corrupción	Mapa de Riesgos de Corrupción HUS	Desarrollo Institucional	Marzo 30 de 2017
Subcomponente /proceso 3 Consulta y divulgación	3.1 Poner a consideración de los actores externos de la entidad el Mapa de Riesgos de Corrupción	Pantallazo de la publicación del mapa de riesgos para observaciones	Desarrollo Institucional. SIAU	Marzo 31 de 2017
	3.2 Realizar la publicación del Mapa de Riesgos de corrupción en la página web del HUS	Mapa de Riesgos de Corrupción HUS publicado	Control Interno	Marzo 31 de 2017

Subcomponente /proceso 4 Monitoreo o revisión	4.1	Realizar cada cuatro meses, revisión de los riesgos de corrupción identificados en el HUS aplicando ajustes, en caso que lo requieran	Mapa de riesgos de corrupción HUS publicado	Desarrollo Institucional	Diciembre 29 de 2017
Subcomponente/proceso 5 Seguimiento	5.1.	Realizar el seguimiento cada cuatro meses, al mapa de riesgos de corrupción	Informe de seguimiento	Control Interno	Diciembre 29 de 2017
	5.2.	Realizar publicación al seguimiento del mapa de riesgos de corrupción en la página web del HUS	Informe de seguimiento publicado	Control Interno	Diciembre 29 de 2017

7.3 ESTRATEGIA ANTITRAMITES

Se pretende en este componente que las organizaciones centralicen sus esfuerzos en la racionalización de procedimientos administrativos que soportan la gestión de los trámites y paralelamente fomentar la nueva visión de gestión interinstitucional, intersectorial e interregional, con el fin de generar proyectos de ventanillas únicas a nivel nacional

7.3.1 IDENTIFICACION DE TRÁMITES

Revisión de los procesos para identificar trámites:

El Hospital Universitario de Santander, en su dinámica de planeación estratégica, desarrollo organizacional, mejoramiento continuo y capacitación, ha adelantado diversas acciones que han permitido la revisión de los procesos misionales con el fin de identificar los trámites que debe hacer parte del SUIT y se establezca un contacto efectivo con la ciudadanía.

Actualmente el Hospital Universitario de Santander ha identificado los siguientes trámites:

No.	NOMBRE DEL PROCESO/SUBPROCESOS/PROCEDIMIENTO MISIONAL	NOMBRE DEL TRAMITE
1	Gestión de Internación	Certificado para nacido vivo
2	Gestión de Internación	Certificado de defunción
3	Gestión de Internación	Certificado de muerte fetal
4	Gestión Apoyo Diagnostico	Exámenes de diagnostico
5	Gestión Apoyo Diagnostico	Retiro de cadáveres
6	Gestión Documental	Historias clínicas

7	INGRESO DEL PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS	Ingreso de paciente al servicio de Urgencias.
8	Procesos Misionales - Gestión Apoyo Terapéutico (Servicio de Internación)	Soporte Nutricional Especial Adultos
9	Procesos Misionales - Gestión Apoyo Terapéutico (Servicio Ambulatorio)	Solicitud de asignación de citas
10	Procesos Misionales - -Gestión de Consulta Externa	Solicitud de cita ante la ERP
11	Procesos Misionales - -Gestión de Consulta Externa	Solicitud de cita presencial
12	Procesos Misionales - -Gestión de Consulta Externa (Servicio ambulatorio)	Asignación de cita telefónicamente
13	Procesos Misionales - -Gestión de Consulta Externa (Servicio ambulatorio)	Asignación presencial de citas
14	Procesos Misionales - -Gestión de Consulta Externa (Servicio ambulatorio)	Solicitud de autorización
15	Procesos Misionales - -Gestión de Consulta Externa (Servicio de internación)	Solicitud y justificación de medicamentos NO POS
16	Gestión integral de la información	Certificación de hospitalización

7.3.2 PLAN DE ACCIÓN ESTRATEGIA ANTITRAMITES

	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
1.1	Actualizar y racionalización de tramites en el Sistema Único de Información de Trámites - SUIT	Listado de tramites actualizados en el SUIT	SIAU.	30/06/2017
1.2	Establecer buenas prácticas para reducir el consumo de papel	Plan para implementar la estrategia cero papel	Ambiente Físico UFATI	29/12/2017
1.3	Realizar campañas para promover buenos hábitos de consumo de papel	Campañas realizadas	Desarrollo Institucional	29/12/2017
1.4	Seguimiento a través de auditorías internas al Mapa de Riesgos Anticorrupción	Cronograma cumplido	Control Interno	29/12/2017



7.3.2.1 Estrategias

- Comité Anti tramites y de Gobierno en Línea de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, para el manejo de la estrategia anti trámites y atención efectiva al ciudadano y el liderazgo, la planeación e impulso de la Estrategia de Gobierno en Línea, integrado por:
 - El Gerente o su delegado
 - Un representado de las subgerencias Técnico científicas
 - El jefe de la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
 - El Jefe de la Oficina Asesora de Calidad
 - El Profesional Especializado de la Unidad funciona de Apoyo Tecnológico y de Información
 - La profesional Universitaria de Atención al Usuario
 - Los representantes de cada Subgerencia u Oficinas Asesora o Área de la entidad como invitados, de acuerdo con las temáticas a tratar.

Las Funciones del Comité son las siguientes:

- a. Realizar el inventario de los trámites y servicios de la entidad.
 - b. Definir el plan de acción para el levantamiento o revisión de la información detallada de trámites y servicios existentes en la entidad, para el diligenciamiento de los formatos “Hoja de Vida de Trámites” o de “Hoja de Vida de Servicios”, suministrados por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Estos formatos son el insumo principal para la inscripción de los trámites y servicios en el Sistema Único de Información de Trámites-SUIT, el cual opera a través del Portal del Estado Colombiano www.gobiernoenlinea.gov.co.
 - c. Analizar y autorizar el reporte de los trámites y servicios que entrega la profesional encargada de atención al usuario al Departamento Administrativo de la Función Pública para su respectiva aprobación e inscripción en el SUIT. Respecto de los trámites, se debe analizar y verificar como mínimo el soporte legal que crea o autoriza el trámite y la no inclusión de requisitos y exigencia de documentos, tales como autorizaciones o permisos que no estén previstos en la Ley.
 - d. Analizar los trámites de la entidad, dentro de los cuales se deben identificar aquellos que son transversales (en los que participen otras entidades) y proponer acciones integrales de racionalización, simplificación o automatización, contemplando los principios señalados en la Ley 489 de 2005 y la Ley 962 de 2005.
 - e. Elaborar el plan de acción de Racionalización de Trámites de la entidad, en el que se incluyan las estrategias de interacción con otras entidades para los trámites transversales. Este plan como mínimo debe ser anual o con la periodicidad exigida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
 - f. Efectuar seguimiento al plan de acción de la estrategia Antitrámites, liderar la expedición del acto administrativo respectivo, o en su defecto, dejar constancia en acta del Comité de la racionalización efectuada.
 - g. Analizar los proyectos de creación de nuevos trámites en la entidad, con el fin de verificar que se cumpla con los requisitos exigidos por la Ley 962 de 2005 y su Decreto Reglamentario 4669 de 2005 o aquel que lo sustituya, adicione o modifique.
- El Hospital Universitario de Santander cuenta en el segundo piso con una ventanilla preferencial para asignar citas a la población especial como: gestantes, lactantes, infantes, personas en situación de discapacidad y adulto mayor.
 - Se expide el registro civil para el recién nacido en la Institución hospitalaria.
 - En cuanto a la asignación de citas, éstas se solicitan telefónicamente o a través de la aseguradora del paciente.

7.4 RENDICION 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.

7.4.1 Medios de rendición de cuentas del Hospital Universitario de Santander

MEDIO DE COMUNICACIÓN	NOMBRE	PERIODICIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE
Medios de comunicación directos	Audiencia pública.	Anual	Presentar el informe de gestión anual gerencial a toda la comunidad, tanto funcionarios como colaboradores, contratistas y empresarios.	Gerencia
Medios escritos	Informativo General HUS	Bimestral	Fortalecer el sentido de lo público, facilitar el ejercicio de control social a la gestión pública y contribuir al desarrollo de los principios de transparencia, responsabilidad, eficiencia y participación ciudadana en el manejo de recursos públicos	Desarrollo Institucional
Medios virtuales	Página Web Institucional. www.hus.gov.co	Anual/Permanente	Publicar la siguiente información: Acta rendición de cuentas Respuesta a todas las preguntas formuladas por la ciudadanía en la audiencia. Procesos contractuales Acuerdos, circulares, decretos, resoluciones y demás documentos de interés para la comunidad.	Desarrollo Institucional, Oficina Asesora Control Interno, Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico y de Información, Oficina Asesora Jurídica. Gerencia
			Publicar en la página	



		Anual	Web el informe de gestión. Cada año.	Control Interno
		Cuatrimestrales	Publicar los informes de MECI	Oficina Asesora de Control Interno,
En forma directa a la junta directiva	Reunión con la Junta Directiva.	Semestral	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	Desarrollo Institucional
Informes a la Contraloría General de Santander	Contraloría General de Santander	Anual	Cumplir con el 100% de los informes de rendición de la cuenta a la Contraloría General de Santander y demás organismos de control.	Gerencia

7.4.2 Plan de acción Rendición de cuentas

Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 Información de calidad y en lenguaje comprensible	1.1 Publicar los informes de gestión y ejecución presupuestal de la entidad	Informe de gestión y ejecución presupuestal publicado	Desarrollo Institucional	29/12/2017
	1.2 Actualizar la página web de la entidad y redes sociales con información de interés público de las temáticas transversales y coyunturales del HUS	Pantallazos de registros página web y redes sociales	Desarrollo Institucional	29/12/2017
	1.3 Publicar Plan de acción 2017 HUS	Informe plan de acción publicado	Desarrollo Institucional	30/03/2017
	1.4 Publicar seguimientos realizados a los planes institucionales	Informe de seguimiento a los planes institucionales	Control Interno	29/12/2017



	1.5	Utilizar espacios de comunicación masiva para informar sobre temáticas transversales y coyunturales del HUS	Boletines de prensa e informes periodísticos con información de interés público de temáticas transversales y coyunturales del HUS	Desarrollo Institucional	29/12/2017
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2.1	Generar espacios de discusión sobre avances en los proyectos del HUS	Informe de gestión de los espacios de discusión generados	Desarrollo Institucional.	30/12/2017
	2.2	Realizar ruedas de prensa y eventos institucionales con información de interés público de las temáticas transversales y coyunturales del HUS	Ruedas de prensa en medios de comunicación, foros, seminarios, mesas de diálogo	Desarrollo Institucional	30/12/2017
	2.3	Interactuar con los grupos de interés a través del uso de nuevas tecnologías de información	Chat, redes sociales que permitan establecer una comunicación y retroalimentación en tiempo real	Desarrollo Institucional. SIAU	29/12/2017
Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3.1	Consolidación del Plan Operativo Anual 2017	POA consolidado	Desarrollo Institucional.	30/03/2017
	3.2	Socialización del Plan Operativo Anual 2017	Lista de asistentes	Desarrollo Institucional.	30/04/2017
	3.3	Realizar seguimientos al Plan Operativo Anual	Informe de seguimiento al plan operativo anual	Control Interno	30/12/2017
	3.4	Desarrollar e implementar sección de preguntas frecuentes en la página del HUS	Sección de preguntas frecuentes actualizada	SIAU. Desarrollo Institucional	30/12/2017
	3.5	Capacitar a funcionarios y contratistas acerca del proceso de rendición y petición de cuentas	Mecanismos de capacitación presencial o virtual	Talento Humano. Jurídica	30/12/2017
	3.6	Elaborar documento de caracterización de usuarios y grupos de interés	Documento de caracterización de usuarios y grupos de interés publicado	SIAU. Desarrollo Institucional	30/12/2017



	3.7	Realizar diagnóstico sobre los resultados de la encuesta de percepción del cliente externo e interno que sean útiles para el fortalecimiento de la estrategia de rendición de cuentas	Informe de análisis y plan de mejoramiento sobre los resultados de la encuesta de percepción del cliente interno y externo	Desarrollo Institucional	30/12/2017
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1	Publicar el informe de evaluación de la audiencia de rendición de cuentas	Informe de evaluación de la estrategia de rendición de cuentas	Control Interno	23/02/2017
	4.2	Formulación de acciones de mejora en el proceso de rendición de cuentas de la entidad	Plan de mejoramiento de la estrategia de rendición de cuentas	Subgerencia Administrativa.	30/12/2017

7.5 MECANISMOS DE ATENCIÓN AL CIUDADANO



Dando cumplimiento al artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, el Hospital Universitario de Santander ha implementado diferentes mecanismos de denuncia para fortalecer la cultura de la denuncia poniendo a disposición diferentes medios de atención y comunicación:

7.5.1 Oficina de Atención al Usuario

Actualmente la ESE Hospital Universitario de Santander, cuenta con la Oficina de Atención al Usuario, que permite brindar atención adecuada y oportuna a los usuarios. Dicha oficina está bajo la coordinación de la profesional de planta, quien lidera los procesos de atención y participación de los usuarios, gestionando sus requerimientos, solicitudes, reclamos, peticiones y todo aquello relacionado con el proceso de atención. Horario de atención: de 6:00 am a 4:00 pm.

En el Procedimiento SIAU, se encuentran contenidas tres procedimientos fundamentales:

- Atención al usuario
- Información y direccionamiento al usuario de los servicios prestados
- Atención y solución de quejas y reclamos

a. Atención al Usuario

La Oficina de Atención al Usuario cuenta con un funcionario dispuesto a orientar a los usuarios en todas sus inquietudes, disponiendo para ello, de canales de comunicación directa como son:

CANAL	MODO DE CONTACTO
Telefónico	6451264
Físico	Toda correspondencia, documentos o escritos
Virtual	Correo electrónico
Presencial	En La sede principal de la ESE Hospital Universitario de Santander, puede identificar tres puntos: En la plazoleta principal Cra 33 28-126 (segundo piso) Cra 32 29-175, sede de Consulta Externa En cada uno de los pisos
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 semanal por los buzones y se realiza la respectiva gestión para dar la respuesta en los términos establecidos por la ley.

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

Los elementos generadores de reclamos, sugerencias, felicitaciones y agradecimientos de los usuarios son la herramienta fundamental para el Sistema Integral de Calidad, ya que éste se ve fortalecido con la participación oportuna en la manifestación concreta de elementos que son oportunidades de mejora para nuestra Institución.

Uno de los procesos propios del SIAU es el trámite de los reclamos, sugerencias, felicitaciones y agradecimientos; la oficina de Atención al Usuario se encarga de recibirlos, 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 anteriormente 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.

c. 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, como al cliente interno de los productos y servicios intermedios que se generan en los diferentes subprocesos o actividades de la atención en salud.

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

7.5.2 Otros canales de comunicación

El Hospital Universitario de Santander cuenta en el segundo piso con una ventanilla preferencial para asignar citas a la población especial como: gestantes, lactantes, infantes, personas en situación de discapacidad y adulto mayor.

Actualización permanente de la información relacionada con los planes, programas y proyectos del Hospital publicada en la Página web www.hus.gov.co.

Se realiza una efectiva rendición de cuentas de manera periódica, con el objeto de informar a la ciudadanía sobre el proceso de avance y cumplimiento de las metas contenidas en el Plan de Gestión, Planes Operativos Anuales, indicadores de gestión, producción y calidad, el presupuesto de la Entidad. A través de los siguientes mecanismos, entre otros: Audiencias Públicas, divulgación de la Rendición de Cuentas en la página Web del Hospital www.hus.gov.co, Informes de gestión presentados a los entes rectores, de vigilancia y de control.

El Hospital Universitario de Santander cuenta con medios de comunicación internos como carteleras, boletines de prensa, pagina web, intranet, circulares, boletín semestral que son utilizados para socializar información a la ciudadanía.

El HUS cuenta con la ventanilla única de correspondencia.

7.5.3 Plan de acción mecanismos de atención al ciudadano

Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 Fortalecimiento de los canales de atención	1.1 Realizar diagnóstico de accesibilidad NTC 6047 de 2013	Informe de resultados del diagnóstico de accesibilidad	Ambiente Físico SIAU.	29/12/2017
Subcomponente 2 Talento humano	2.1 Capacitación al personal que atiende a la ciudadanía en temas de comunicación en lenguaje claro	Lista de asistencia. Memorias	SIAU. Talento Humano	29/12/2017



	2.2	Capacitación al personal que atiende a la ciudadanía en temas de atención a usuarios en situación de discapacidad	Lista de asistencia. Memorias	SIAU. Talento Humano	29/12/2017
Subcomponente 3 Normativo y procedimental	3.1	Elaborar informe trimestral Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias	Informe seguimiento PQRs publicado en la página web Institucional	SIAU	29/12/2017
	3.2	Socialización de la Política de tratamiento de datos personales de la ESE HUS	Listado de asistencia	Jefe Oficina Asesora Jurídica	25/04/2017
	3.3	Publicación de la Política de tratamiento de datos personales de la ESE HUS	Pantallazo de publicación	UFATI	26/04/2017
	3.4	Realizar control y seguimiento al cumplimiento de la Política de tratamiento de datos personales de la ESE HUS	Informe de seguimiento	Control Interno	29/12/2017
Subcomponente 4 Relacionamiento con el ciudadano	4.1	Mantener actualizado el tablero de comunicaciones el cual debe contener junto con la página web de la institución información sobre: derechos y deberes de usuarios, descripción de procedimientos, tramites, servicios y horarios de acceso a los programas de la entidad, dependencia, nombre y cargo del funcionario que resección las peticiones, quejas y reclamos.	Pantallazo página web	Desarrollo Institucional. SIAU. UFATI	29/12/2017
	4.2	Establecer la atención preferencial a personas en situación de discapacidad, niños, niñas, mujeres gestantes y adultos mayores.		SIAU	29/12/2017
	4.3	Divulgar a través del tablero de comunicaciones y la página web de la entidad los mecanismos a través de los cuales la ciudadanía puede ejercer la participación ciudadana los cuales son: asociación de usuarios, comité de ética institucional, veedurías ciudadanas.	Informe de gestión de esta actividad	Desarrollo Institucional. SIAU. UFATI	29/12/2017

7.6 TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

Este componente recoge los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de Acceso a la Información Pública regulado por la Ley 1712 de 2014 y el Decreto Reglamentario 1081 de 2015, según la cual toda persona puede acceder a la información pública en posesión o bajo el control de los sujetos obligados de la ley. En tal sentido, el HUS está llamado a incluir en su plan anticorrupción acciones encaminadas al fortalecimiento del derecho de acceso a la información pública tanto en la gestión administrativa, como en los servidores públicos y ciudadanos.

7.6.1 Plan de acción Transparencia y acceso a la información

Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Indicadores	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	1.1 Definición del procedimiento para la actualización mensual del registro de activos de información y el índice de información clasificada y reservada	Procedimiento de registro de activos de información y el índice de información clasificada y reservada	Procedimiento aprobado	UFATI	30/06/2017
	1.2 Sensibilización al interior de la entidad	Listado de asistencia	Número de personas capacitadas/Sumatoria (total funcionarios responsables +total colaboradores o contratistas responsables)	Desarrollo Institucional UFATI	29/12/2017
	1.3 Consolidación del registro de activos de información	Registro de activos de información y el índice de información clasificada y reservada	Documento elaborado	UFATI.	29/12/2017
	1.4 Publicación en la página web HUS del registro de activos de información	Pantallazo de publicación	Porcentaje de cumplimiento en la publicación de la información	UFATI	29/12/2017
	1.5 Diseño del esquema de publicación	Documento que describe el esquema de publicación	Documento elaborado	Desarrollo Institucional UFATI.	29/12/2017

	1.6	Implementación del esquema de publicación	Página Transparencia y Acceso a la Información Pública ajustada en cumplimiento de los requisitos de publicación de información de GEL	Porcentaje de cumplimiento en la publicación de la información	Desarrollo Institucional UFATI.	29/12/2017
	1.7	Divulgación del esquema de publicación en la página web HUS	Pantallazo de publicación del esquema en la página web	Pantallazo de publicación del esquema en la página web	UFATI	29/12/2017
	1.8	Realizar control y seguimiento al cumplimiento de los artículos de la Ley 1712 por parte de las dependencias	Informe de Seguimiento	Porcentaje de cumplimiento en la publicación de la información	Control Interno	29/12/2017
Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1	Diseñar campañas institucionales de divulgación, prevención de corrupción y transparencia en redes sociales y página web	Pantallazo de publicación de la campaña diseñada en redes sociales y página web	Numero de campañas realizadas	Control Interno Disciplinario. Desarrollo Institucional	31/12/2017

7.7 SEGUIMIENTO

El seguimiento de las actividades es realizado por la Oficina Asesora de Control Interno. Las fechas de seguimiento al avance de cumplimiento del Plan Anticorrupción son: 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre, para lo cual se definirá un único indicador producto de la sumatoria de las distintas actividades establecidas en cada componente.

7.8 MONITOREO, CONTROL Y EVALUACIÓN

El monitoreo, control y evaluación de las mismas le corresponde a la Oficina de Control Interno, siguiendo los lineamientos establecidos en el Decreto 2641 de 2012.

JOSÉ ORLANDO QUINTERO CORREA
Gerente (E)