

**PLAN**

**ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2024**

*“*

**ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL**

.

**RESOLUCIÓN No. 082 d e 23 e n e r o d e 2 0 2 4**

**POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCION AL CIUDAD ANO DE LA ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL**

La Gerente de la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL., en uso de sus facultades legales en uso de sus facultades legales, el artículo 209 de la Constitución Nacional, los Decretos 1045 de 1978, 1919 de 2002 del 1474 de 2011 y

**CONSIDERANDO:**

Que la Constitución Política en su Artículo 209, establece, “La Administración Pública, en todos sus órdenes, tendrá un Control Interno que ejercerá en los términos que señale la Ley, que de conformidad de la Ley

1474 de 2011, expresa que Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

De cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y atención al ciudadano. Dicha estrategia contemplará, entre otras cosas, Gestión de Riesgo de Corrupción - Mapa de riesgo de Corrupción -, Racionalización de trámites, Rendición de cuentas, mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, mecanismos para la transparencia y acceso a la información y iniciativas adicionales que permitan fortalecer su estrategia con la lucha de la corrupción.

Que, a su vez, en otros aspectos, el Articulo 269 de la Constitución Política Establece que: “En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligados a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de Control Interno, de conformidad con lo que disponga la Ley”.

Que, respecto a la responsabilidad del Control Interno, la Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y que el establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del Control Interno, también será responsabilidad de los jefes de cada dependencia de las entidades y organismos.

Que el Articulo 76 de la Ley 1474 de 2011, establece que las oficinas de quejas, sugerencias y reclamos, deberá existir por lo menos una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen, y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la entidad.

Que el artículo 2.1.4.6. Del Decreto 1081 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República" establece que el seguimiento estará a cargo de las Oficinas de control interno, para lo cual publicarán en la página web las actividades realizadas. Por su parte, el monitoreo estará a cargo del Jefe de Planeación o quien haga sus veces y del responsable de cada uno de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Que a través del Sistema Único de Información de Trámites - SUIT, las Oficinas de Planeación y de Control Interno pueden realizar el monitoreo y seguimiento a la estrategia de racionalización de trámites que previamente ha sido registrada en el aplicativo.

Que la oficina de Control Interno realizará seguimiento tres veces al año así: primer seguimiento: Con corte de 30 de abril. En esta medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de mayo. Segundo seguimiento: con corte de 31 de agosto. La publicación deberá subirse dentro de los diez (10) hábiles del mes de septiembre. Tercer seguimiento: Con corte de 31 de diciembre. La publicación deberá suscribirse dentro de los diez (10) primero días hábiles del mes de enero. Que se deberá publicar en la página web principal de la entidad pública.

Que en mérito de lo anteriormente expuesto.

**RESUELVE**

**ARTÍCULO PRIMERO**. Adoptar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2024, de la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL el cual se encuentra anexo y hace parte integral de la presente.

**ARTICULO SEGUNDO:** Obligatoriedad. El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano es de carácter obligatorio en cuanto a su ejecución, seguimiento y evaluación por parte de los funcionarios de la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL

**ARTICULO TERCERO:** Responsable y evaluación. El responsable del cumplimiento será los funcionarios que integran la E.S.E. HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL, y el seguimiento será realizado por la oficina de Control Interno o quien haga sus veces, será encargado de monitorearlo, evaluarlo y elaborar informe parame trizado y anual y presentarlo ante la gerencia al igual verif icará el cumplimiento del Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano, según lo establece.

**ARTICULO CUARTO:** Publicidad. Se divulgará el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano se publicará en la página web de la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL, según lo establecido en el art.85 de la Ley 1474 de 2011.

**ARTICULO QUINTO: Los** ajustes del Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano serán efectuados por la gerente de la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL.

**ARTICULO SEXTO:** La Presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.



***(LAURY PATERNINA MORALES)***

Gerente ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL

Tabla de contenido

**1. INTRODUCCIÓN..........................................................................................................................** 6

**2. NORMATIVIDAD.........................................................................................................................** 8

**3. MARCO TEÓRICO: MODALIDADES DE CORRUPCIÓN. ..........................................................** 10

**4. GENERALIDADES DE LA ENTIDAD ..........................................................................................** 11

4.1. Misión................................................................................................................................ 11

4.2. Visión................................................................................................................................. 12

4.3. Valores. ............................................................................................................................. 12

4.4. Principios .......................................................................................................................... 13

4.5. Políticas de la ESE San Andrés apóstol............................................................................ 13

**5. OBJETIVOS DEL PLAN. .............................................................................................................** 18

5.1. OBJETIVO GENERAL. ........................................................................................................ 18

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS. ................................................................................................ 18

**6. ALCANCE...................................................................................................................................** 18

**7. INDICADOR PAAC.....................................................................................................................** 18

**8. COMPONENTES........................................................................................................................** 19

8.1. COMPONENTE I. Gestión de Riesgo de Corrupción. ...................................................... 20

8.1.1. Política de administración del Riesgo de corrupción. ............................................ 21

8.1.2. Construcción del mapa de riesgo de corrupción. ................................................... 22

8.1.3. Seguimiento mapa de riesgo de corrupción. .......................................................... 24

8.2. COMPONENTE II. Racionalización de trámites. .............................................................. 25

8.3. COMPONENTE III. Rendición de Cuentas........................................................................ 28

8.4. COMPONENTE IV. Mecanismo para la atención al ciudadano. ...................................... 33

8.5. COMPONENTE V. Transparencia y el acceso a la información. ...................................... 37

8.6. COMPONENTE VI. Iniciativas adicionales........................................................................ 40

**9. CONSOLIDACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL ......................................................................** 40

**10. ANEXOS. ...............................................................................................................................** 41

10.1. Construcción del mapa de riesgo de corrupción de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL.

**1. INTRODUCCIÓN.**

La ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL en cumplimiento del Estatuto Anticorrupción consignado en la 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”* y su Decreto Reglamentario 1081 de 2015, presenta su Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano –PAAC– para la vigencia 2024.

En cumplimiento de lo establecido en los artículos 73, 76 y 78 de la Ley 1474 de

2011 “Estatuto Anticorrupción”, reglamentado por el Decreto 2641 de 2012, en concordancia con Ley 1712 de “Transparencia y acceso a la información pública”, con la “promoción y protección del derecho a la participación democrática”, consagrado en la Ley 1757 de 2015 y el Decreto 124 de 2016 con su respectiva “Guía para definir las estrategias anticorrupción V2”, el presente documento constituye un marco de acción para la promoción en el sector y al interior de la E.S.E se preste un servicio público transparente, orientado al diálogo constructivo con los grupos de interés, para el mejoramiento permanente de su oferta de valor.

El PAAC hace parte de una serie de políticas que constituyen la Dimensión de

Gestión por Valores para Resultados del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

–MIPG–, y que tiene por objetivo mejorar la confianza con la ciudadanía, fomentar un cambio cultural en la organización y cumplir adecuadamente sus funciones para generar valor público. Desde esta perspectiva la transparencia, la integridad y la rendición permanente de cuentas se convierten en elementos transversales claves en la entidad, que tienen por objetivo mantener una relación fluida, cercana y constante con el ciudadano para facilitarles el ejercicio de sus derechos a través de la entrega de bienes y servicios de calidad.

De esta manera, La ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL , ha diseñado la estrategia del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2024, enfocándose en la trasparencia en la prestación de servicios con calidad, la satisfacción de los ciudadanos, la mejora continua y la gestión institucional, expandiendo el proceso con una mirada enfocada en el fortalecimiento de la comunicación interna que permita generar interacción y fluidez en la información de acuerdo al marco normativo vigente, las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, toda vez que permitirá priorizar los temas que serán materia de seguimiento para el control de la corrupción de la entidad, con el objetivo de optimizar el desempeño de la administración en la entrega de bienes y servicio.

Se implementará acciones que permitan mejorar la eficiencia de la gestión, el uso de recursos, y la generación de instrumentos que logren el ahorro de costos y tiempo a la ciudadanía a la hora de realizar un trámite, permitiendo dar respuesta oportuna a los requerimientos generados por parte de los ciudadanos.

El presente Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano contiene el Plan de Acción con sus respectivas actividades, responsables, metas y fechas de inicio y finalización en sus seis (6) componentes: i) Gestión del Riesgo de Corrupción, ii) Racionalización de Trámites, iii) Rendición de Cuentas, iv) Atención a la Ciudadanía, v) Transparencia y vi) (iniciativas adicionales)

Ahora bien, toda entidad es susceptible de contagiarse de corrupción, es por ello que todos, deben redoblar esfuerzos por volverse impermeables ante hechos y actos de corrupción, para ello, la E.S.E ha adoptado el programa denominado “ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL , UNIDOS contra la corrupción”, sin lugar a duda, esta definición es más que precisa, para describir lo perseguido por La ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL, ., con este plan, puesto que las estrategias buscan involucrarnos contra esta grave enfermedad.

**2. NORMATIVIDAD.**

|  |  |
| --- | --- |
| **NORMATIVIDAD DESCRIPCIÓN** | |
| **Ley 1474 de 2011- Estatuto**  **Anticorrupción. Art. 73** | Plan Anticorrupción y de Atención al  Ciudadano: Cada entidad del orden nacional, |
|  | departamental y municipal deberá elaborar  anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. La metodología para construirla está a cargo del Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción (Secretaría de Transparencia). |
| **Decreto 1081 de 2015 Único del Sector de**  **Presidencia de la República. Arts. 2.1.4.1** | Establece que el Plan Anticorrupción y deAtención al Ciudadano hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. y 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”. |
| **Ley 962 de 2005** | Termites: Dicta 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 1712 de 2014** | Transparencia y Acceso a la Información  Pública. Art. 9: Deber de publicar en los sistemas de información del Estado o herramientas que lo sustituyan el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. |
| **Ley 1757 de 2015** | Rendición de Cuentas: La estrategia de |
|  | rendición de cuentas hace parte del Plan  Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. |
| **Ley 1755 de 2015** | Regulación del Derecho de Petición |
| **Decreto 612 de 2018** | Por el cual se fijan directrices para la  integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ley 1955 de 2019** | Por el cual se expide el Plan Nacional de  Desarrollo 2018-2024. “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” |
| **Decreto ley 2106 de 2019** | Por el cual se dictan normas para simplificar, |
|  | suprimir y reformar trámites, procesos y  procedimientos innecesarios existentes en la administración pública. |
| **Ley 2013 de 2019** | Por medio del cual se busca garantizar el  cumplimiento de los principios de transparencia y publicidad mediante la publicación de las declaraciones de bienes, renta y el registro de los conflictos de interés. |
| **Ley 2016 de 2020** | Por la cual se adopta el código de integridad del |
|  | Servicio Público Colombiano y se dictan otras disposiciones. |

**3. MARCO TEÓRICO: MODALIDADES DE CORRUPCIÓN.**

**Peculado:** "abuso de fondos o bienes" que estén a disposición del funcionario en "virtud o razón de su cargo". El peculado a su vez puede consistir en la apropiación directa de bienes, en la disposición arbitraria de los mismos o en "otra forma semejante".

**Cohecho:** Delito bilateral, pues exige la participación de un particular que toma la iniciativa y ofrece a un funcionario ofertas, promesas, dones o presentes, para la ejecución de un acto propio de sus funciones. Se vuelve en doble sentido cuando el funcionario acepta el ofrecimiento.

**Concusión:** En este caso es el funcionario el que exige, descarada o solapadamente, un pago o contribución indebidos al particular que tiene algún asunto pendiente de su resolución. En esta figura el particular se ve forzado a hacer el pago, pues si no lo hace, el asunto que le interesa no será despachado.

Algunas legislaciones distinguen entre **cohecho simple** (un funcionario recibe dinero para desarrollar una cierta acción) y **cohecho calificado** (el soborno se entrega para impedir u obstaculizar un acto). El sujeto que ofrece o acepta el soborno es responsable del delito de **cohecho pasivo.**

**Soborno**: es la dádiva con que se soborna y la acción y efecto de sobornar. Se refiere a corromper a alguien con dinero, regalos o algún favor para obtener algo de esta persona. El soborno también es conocido como cohecho o, en el lenguaje coloquial, coima. Se trata de un delito cuando un funcionario público acepta o exige una dádiva para concretar una acción u omitirla.

**4. GENERALIDADES DE LA ENTIDAD.**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** | |
| **NOMBRE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** | ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL |
| **NIT** | 812001332-0 |
| **NIVEL DE ATENCIÓN** | 1 |
| **CARÁCTER TERRITORIAL** | Municipal |
| **DEPARTAMENTO/DISTRITO** | CORDOBA |
| **MUNICIPIO SEDE PRINCIPAL** | SAN ANDRES |
| **DIRECCIÓN Y TIPO DE LA SEDE PRINCIPAL** | Diagonal 8 N 4-38 |
| **CODIGO PRESTADOR -REPS** | 2367000665 |
| **ACTO DE CREACIÓN DE LA E.S. E**  **INFORMACIÓN GERENTE ACTUAL** | Acuerdo No. 010 de 07 de Abril de 1996 mediante el cual se transforma la empresa. Social del Estado, |
|  |
| Laury Gabriel Paternina Morales |

Para la construcción del presente documento se tuvo como insumo el análisis del contexto estratégico de la entidad, el cual identifica los factores internos y externos que deben ser tenidos en cuenta para la formulación de las estrategias y acciones institucionales, permitiendo así la pertinencia en las intervenciones.

4.1. Misión.

Nuestra Empresa Social del Estado Hospital San Andrés Apóstol es una Entidad Pública, que oferta servicios de salud de baja complejidad con altos estándares de calidad, a través de un Talento Humano íntegramente competitivo, destacando el fortalecimiento de la promoción de la Salud y prevención de la enfermedad a toda la población en su aérea de influencia.

4.2. Visión.

Para el año 2025, La Empresa Social del Estado Hospital San Andrés Apóstol, será reconocida en la Región como una de las mejores Empresas sociales del Estado, constituida con una infraestructura acorde a las nuevas exigencias del mercado, con tecnología de Punta, solidez financiera, que permita impactar en la satisfacción de los Usuarios y diferentes grupos de interés que utilicen.

4.3. Valores.

**Valores institucionales:** los valores son la voz de la conciencia, la luz del alma del conocimiento; los valores van de la mano con la cultura del ser humano, estos son los encargados de moldear la personalidad. Los valores son los verdaderos ejes de la conducta, estos son los encargados de informarnos a conciencia si nuestros actos están bien o mal, buscan el bien absoluto y les da significado y sentido a las cosas, además son creencias básicas que reafirman la personalidad del ser humano, los valores buscan sensibilizar y estimular al hombre a hacer el bien y no el mal.

**HONESTIDAD:**

- Soy cordial y equitativo en el trato con los demás. Saludo, me despido y agradezco.

- Soy puntual, respeto el tiempo de los demás. Llego a tiempo a las reuniones que me invitan y entrego a tiempo las tareas que me encomiendan.

**Lo que no hago:**

- No descalifico el trabajo de mis compañeros.

- No agredo ni discrimino a mis compañeros de trabajo, a la persona de servicios generales y de seguridad, ni a los ciudadanos.

**RESPETO:**

**Lo que hago:**

- Respeto y escucho las opiniones de los demás. Cuando tengo discrepancias uso un tono y un lenguaje amable y tranquilo con ellos.

- Valoro las fortalezas de mis compañeros de trabajo y reconozco su aporte a la entidad

- Atiendo las inquietudes de los ciudadanos y grupos de interés con amabilidad y afabilidad.

**Lo que no hago:**

- No dejo sin terminar las tareas que se me asignan.

- Nunca trabajo con una actitud negativa.

- Incumplo los plazos de entrega de las tareas que se me asignan.

**COMPROMISO Lo que hago:**

- Me esfuerzo por atender oportunamente y con calidad las labores que se me asignen

- Soy responsable y proactivo en el ejercicio de mis funciones.

- Busco soluciones a los problemas que se presentan en mi quehacer cotidiano.

- Reviso diariamente mi correo electrónico, u otros sistemas de información para responder oportunamente a los requerimientos o necesidades allegados por estos medios.

**Lo que no hago:**

- No dejo para último momento el cumplimiento de mis labores. Al hacer las tareas con afán aumento las probabilidades de error en el resultado.

- No retraso la labor de mis compañeros de trabajo con obstáculos innecesarios

- No evado mis funciones o responsabilidades. Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas.

**DILIGENCIA Lo que hago**:

- Presto un buen servicio tanto interno como externo

- Me intereso por mejorar la forma en que desempeño mis funciones para cumplirlas cada día más eficientemente.

- Me coordino con mis compañeros y con otras dependencias para optimizar los procesos en los que participo.

- Busco soluciones a los problemas que se presentan en mi quehacer cotidiano.

- Reviso diariamente mi correo electrónico, u otros sistemas de información para responder oportunamente a los requerimientos o necesidades allegados por estos medios.

**Lo que no hago:**

- No dejo para último momento el cumplimiento de mis labores. Al hacer las tareas con afán aumento las probabilidades de error en el resultado.

- No retraso la labor de mis compañeros de trabajo con obstáculos innecesarios

- No evado mis funciones o responsabilidades. Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas,

**JUSTICIA**

**Lo que hago**:

- Contribuyo para garantizar la igualdad y la equidad en los derechos de las personas.

- Soy recto en la resolución de reclamaciones de los usuarios.

- Resuelvo todos los recursos que están a mi cargo con base en la ley

**Lo que no hago:**

- No favorezco a terceros bajo ninguna circunstancia.

- No permito que factores o diferencias personales afecten mi criterio en el momento de tomar decisiones en mi lugar de trabajo.

- No fallo en contravía de la misión de la entidad.

4.4. Principios.

**Vocación de servicio: Tener** la mejor disposición para servir, brindando una atención generosa, amable y eficiente, con el interés legítimo de dar soluciones reales a los usuarios y sus familias.

**Honestidad:** Trasparencia en los pensamientos, sentimiento, actitudes y comportamientos dentro y fuera de nuestra entidad.

 Conservar la reserva de la información de los diferentes espacios.

 Evitar comentarios que puedan afectar el bien nombre en la empresa y de las personas.

 Impedir el beneficio de terceros por uso no autorizado de la empresa y de las personas.

 Impedir el beneficio de terceros por uno no autorizado de información y procesos Institucionales.

 Aportar oportunamente la información que afecte a pueda afectar a los servidores y colaboradores de la empresa.

**Respeto:** Reconocemos la dignidad del ser humano, la diversidad de ideas y los derechos y necesidades de cada individuo, valoramos el entorno social y el medio ambiente. Acatamos las normas y entendemos que el buen trato, son formas de mostrar respeto por los usuarios.

**Eficiencia:** Entiéndase como la óptima relación entre nuestros recursos disponibles para obtener los mejores resultados en la prestación de servicio de salud garantizando calidad de vida a la población.

**Transparencia:** Entiéndase que la información de la E.S.E es regulada, vigilada y controlada por los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por tanto, son públicas claras y visibles.

4.5. Políticas de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL

**Política de calidad.**

**Brindar servicios de salud humanizados en continuo mejoramiento, garantizando**: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y satisfacción del usuario para mejorar sus condiciones de salud, comprometidos con el cumplimiento de los

requisitos aplicables a la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL.

**Política de seguridad del paciente.**

En La ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL, es una ESE de primer nivel de atención en salud que presta servicios de baja complejidad, el Gerente y todos los funcionarios de la Ese están comprometidos con la ejecución de prácticas seguras en sus procesos asistenciales y administrativos, para brindar un entorno seguro a los pacientes, y reducir los eventos adversos, minimizar los riesgos e implementando barreras de seguridad eficientes, que consoliden en la ese una cultura de seguridad del paciente de carácter proactivo y no punitiva que favorezca el aprendizaje y el mejoramiento continuo de cada uno de los procesos.

**Política de Trato Humanizado**

En la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL, nos comprometemos a brindar un trato humanizado a todos los usuarios, las familias, la comunidad y a los compañeros de trabajo reconociendo sus diferencias y considerándolos como sujetos de derechos, por ello excluimos cualquier forma de maltrato, discriminación, agresión e indiferencia, aplicando los valores institucionales de respeto, Honestidad, Compromiso, Diligencia, Justicia, los cuales favorecen la construcción de una empresa donde la sensibilidad humana es un componente esencial en los procesos de atención de la enfermedad, el dolor y la muerte.

**Política de Uso Adecuado de Dispositivos Médicos**

**La Ese Hospital San Andrés Apóstol,** garantiza que, durante el proceso de atención de sus usuarios, no se rehúsan dispositivos médicos desechables o que por disposición del fabricante se determinen como de un solo uso, En los casos donde el material no sea de un solo uso se garantizara procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual utiliza , ni riesgo de infecciones o complicaciones para el usuario

.

**Política de No Fumador**

**En la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL**, se ha definido y establecido una política de No fumadores, para prevenir, mejorar, conservar y preservar el bienestar de los trabajadores, contratistas y usuarios, mejorando la calidad de vida, que permita un adecuado desempeño y competitividad del personal y de la compañía, así como el fomento de estilos de vida saludables, teniendo en cuenta lo establecido en la resolución

4225 de mayo 29 de 1992.

**Política de Gestión Ambiental**

**La ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL**, como institución prestadora de servicios de salud que brinda servicios ambulatorios de baja y mediana complejidad está comprometida a desarrollar actividades socio ambiental, para garantizar el cumplimiento de la legislación para mitigar los impactos ambientales procedentes de la generación de los residuos generados de la atención en salud.

**5. OBJETIVOS DEL PLAN.**

5.1. OBJETIVO GENERAL.

Fortalecer las buenas prácticas en materia de transparencia y lucha contra la corrupción en la gestión institucional a través de la formulación de estrategias durante la vigencia de 2024, que permitan mejorar la relación del La ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL, con la ciudadanía.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

 Diseñar e implementar unas políticas para la administración de riesgos que permita identificar los controles y acciones adicionales que mitiguen la probabilidad y el impacto de materialización de la corrupción.

 Identificar e implementar acciones de racionalización de trámites para favorecer la relación Estado-ciudadano.

 Garantizar UN proceso permanente de petición y rendición de cuentas y UN diálogo en doble vía con los grupos de interés.

 Garantizar la atención a la ciudadanía de manera oportuna, con calidad y efectiva.

 Garantizar el derecho de acceso a la información pública y sus instrumentos de gestión de información.

**6. ALCANCE**

Todas las actividades contenidas en este documento están propuestas para mejorar el servicio prestado por la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL. Así mimo, beneficiar a ciudadanía a través de la atención oportuna, trasparente y óptima.

**7. INDICADOR PAAC.**

**INDICADOR PRODUCTO**

**(# de actividades ejecutadas / total de actividades) \*100**

Plan de Anticorrupción y atención al

Ciudadano Implementado.

**8. COMPONENTES.**

El Plan anticorrupción, y de atención al Ciudadano es un instrumento de tipo preventivo para el control de la gestión y generación de estrategias que apunten a movilizar la Entidad y hacer visible su actuar de igual forma interactuar con los grupos de valor, realizar una revisión continua de los trámites y servicios e identificar los posibles riesgos de corrupción definiendo controles para anticiparse. La ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL, entiende que esta es la manera para lograr un Estado más eficiente transparente, eficaz, moderno y participativo.

En el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, la formulación de los seis componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano los lineamientos se articulan con los requisitos asociados a las siete dimensiones de MIPG.

Para la gestión de riesgos de la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL. También se han tenido en cuenta los lineamientos definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital. Versión 4, de 2018” y las “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Versión 2”.

Riesgos de corrupción y medios para mitigarlos

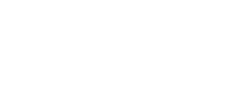
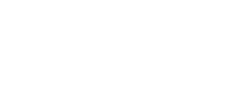
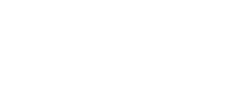
Iniciativas adicionales

Estrategía antitrámites

Transparencia y acceso a la Información pública

Resdición de cuentas

Mecanismos para la atención al ciudadano



**FUENTE: ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO. VERSIÓN 2**

8.1. COMPONENTE I. Gestión de Riesgo de Corrupción.

Este componente es un conjunto de actividades coordinadas que le permiten a la entidad identificar, analizar, evaluar y mitigar la ocurrencia de riesgos de corrupción en cada uno de sus procesos (Función Pública, 2015). Se realiza a través de la elaboración, implementación y seguimiento de un Mapa de Riesgos de Corrupción que debe estar alineada con la planificación estratégica de la entidad, con el fin de garantizar en forma razonable la eficiencia de las acciones planteadas frente a los posibles casos de corrupción identificados.

Con la implementación de la guía se busca administrar los riesgos y prevenir la incertidumbre que causan los mismos en la gestión institucional, mediante el establecimiento de una política para su gestión, identificación y construcción del mapa de riesgos, su comunicación y consulta, monitoreo, revisión y seguimiento, los inherentes a la implementación de los modelos de seguridad y privacidad de la información, ambientales y de seguridad y salud en el trabajo; así como los de corrupción, los cuales son permanentemente monitoreados y evaluados con sus respectivos controles para minimizar su materialización.

La ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL, ha establecido los criterios contenidos en la Ley 1474 de 2011 referente a la elaboración e implementación de un Plan de Manejo de riesgo, conforme a la estrategia para la elaboración del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

Para su elaboración se utilizó la metodología publicada en la Guía para la Gestión del riesgo de corrupción de la Presidencia de la Republica, que se divide en los siguientes elementos:

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

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

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

Privado”.

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

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

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

**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.

**Probabilidad:** Oportunidad de ocurrencia de un riesgo.

**Mapa de Riesgos de Corrupción:** Documento resultante con la información. Su objetivo es identificar los riesgos de corrupción inherentes a cada uno de los procesos de la entidad.

8.1.1. Política de administración del Riesgo de corrupción.

La política administración del riesgo es el conjunto de actividades coordinada para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo. Esta política debe estar alineada con la planificación estratégica de la entidad con el fin de garantizar en forma razonable la eficacia de las acciones planteadas frente a los posibles hechos de corrupción identificados.

La ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL, hace parte esencial e integral de la gestión administrativa y dentro de este propósito se busca el cumplimiento de su misión, el alcance de metas, el fortalecimiento del Control Interno, el mejoramiento de la actividad administrativa, el cumplimiento de los lineamientos que permitan evitar posibles actos de corrupción y el logro de los objetivos estratégicos, en aras de la transparencia y la rectitud en las actuaciones, con fundamento en los principios señalados en el artículo 209 de la Constitución Política.

La identificación de los principales factores de riesgo debe estar asociado con el ejercicio de las funciones administrativas, tanto estratégicas como misionales y de apoyo; debe señalar cómo se manifiestan estos riesgos, su descripción y valoración, Para establecer cuál será la mejor manera de prevenirlos y combatirlos.

Dentro de las actividades contenidas en la política de administración de riesgos de corrupción, se incluyen las siguientes acciones para su administración:

 **Evitar el riesgo:** Tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Es siempre la primera alternativa a considerar, se logra cuando al interior de los procesos se generan cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas.

 Reducir **el riesgo:** Implica tomar medidas encaminadas a disminuir la probabilidad (medidas de prevención). “La reducción del riesgo es probablemente el método más sencillo y económico para superar las debilidades antes de aplicar medidas más costosas y difíciles”.

 Establecer e implementar un Sistema de administración del riesgo (adopción de las guías de administración del riesgo de la ESE, asignará los recursos tanto humanos, presupuestales y tecnológicos necesarios que permitan realizar el seguimiento y evaluación a la implementación y efectividad de esta política.

En el marco de este componente La ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL, ajustó su Mapa de Riesgos Institucional para la vigencia 2024 y, por consiguiente, se incluye para esta vigencia como parte de este documento.

8.1.2. Construcción del mapa de riesgo de corrupción.

Para la elaboración de este componente, cada año se parte del mapa de riesgos institucional de la vigencia anterior, el cual es trabajado con todos los procesos de la Entidad donde se puedan presentar algunos hechos de corrupción. El referente metodológico de la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL lo constituye la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública y la metodología institucional que de ella se formuló para la administración de los riesgos. Una vez se analicen y actualicen todos los riesgos identificados y trabajados por los diferentes procesos, se priorizan aquellos de mayor probabilidad e impacto para integrar el mapa de riesgos institucional.

Para lograr el cumplimiento de la política de administración del riesgo de corrupción, de la dirección la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL. En el Mapa de Riesgos se hace referencia a la probabilidad de materialización para cada uno de los riesgos identificados y la clasificación de la zona de riesgo.

La identificación, valoración, seguimiento y evaluación a los controles establecidos para los riesgos de corrupción que se detallan más adelante en el mapa de riesgos de corrupción se realizaron con base en la metodología del DAFP establecida en la Guía para Administración de Riesgo.

La identificación del riesgo se realiza determinando las causas, con base en los factores internos y/o externos analizados para la entidad, y que pueden afectar el logro de los objetivos. La identificación del riesgo parte de los objetivos estratégicos y de la calidad yse centra en los riesgos más importantes y significativos que afectan el desarrollo de los procesos y sus objetivos.

**Gestión del riesgo de corrupción.**

Para desarrollar el mapa de riesgos de corrupción se debe:

 Identificar los riesgos de corrupción.

 Hacer la valoración de los riesgos de corrupción.

 Acciones para minimizar el riesgo.

**Administración pública y la guía para la administración del riesgo de corrupción emitido por la Presidencia de la Republica a través de la secretaria de transparencia.**

 Identificar los factores internos y externos que se puedan convertir en eventos adversos que afecten o impidan el normal desarrollo y la gestión eficaz de los procesos.

 Analizar la probabilidad de materialización de los riesgos de corrupción.

 Aplicar controles sobre los riesgos inherentes y el tratamiento de los riesgos residuales.

 Valorar los riesgos, así como a la debida selección de métodos para su tratamiento y monitoreo.

 Garantizar el mejor manejo de los recursos, el cumplimiento de los objetivos de los procesos y el logro de los propósitos institucionales.

 Definir estrategias de comunicación y divulgación de la administración del riesgo en la Entidad.

 Capacitar y entrenar al talento humano de la entidad para una efectiva administración del riesgo.

 Administrar los riesgos de corrupción para evitarlos o reducirlos a través de acciones encaminadas a prevenir su materialización o disminuir la probabilidad dematerialización.

Teniendo en cuenta la dinámica en la cual se desenvuelve la corrupción, puede variar y en algunos casos tiende a aumentar, es necesario que permanentemente se revisen las causas del riesgo de corrupción identificadas, en este sentido las entidades a través de los jefes de control interno deberán hacer seguimiento a los mapas de riesgo.

**Riesgo:** Representa la posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos.

**Causas (factores internos o externos):** Son los medios, las circunstancias y agentes generadores de riesgo. Los agentes generadores que se entienden como todos los sujetos u objetos que tienen la capacidad de originar un riesgo.

**Efecto - consecuencias:** Se presentan los posibles efectos o consecuencias que se podrían ocasionar en caso de suceder el riesgo, los cuales se pueden traducir en daños de tipo económico, social, administrativo, jurídicos, de información, de bienes, de imagen, de credibilidad y confianza, mala calidad del servicio, usuarios insatisfechos, entreotros.

8.1.3. Seguimiento mapa de riesgo de corrupción.

El seguimiento al mapa de riesgos de corrupción Se realizará tres veces al año aplicando los controles implementados para evitar la materialización de los riesgos de corrupción. Estos seguimientos se efectuarán en cada proceso, apoyándose en la cultura del autocontrol y se verificará por parte de la Oficina de Control Interno la eficacia de los controles implementados.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN** | | | | | |
| **Subcomponente**  **/Proceso** | **Actividades** | **Meta o Producto** | **Indicador es** | **Responsable** | **Fecha**  **Programad** |
|  | **a** |
| 1. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS | Revisar y actualizar la Política de Gestión del Riesgo y el procedimiento ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO los cuales hacen parte del Sistema Integrado de Gestión de Calidad, con el fin de articularlos con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. | Política, Instructivo y procedimiento de Gestión del Riesgo actualizados e integrado al MIPG. | 100% | Gerencia y área administrativa y asistencial | 30/08/2024 |
| 2.  CONSTRUCCIÓN DEL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN | Determinar los factores que afectan el cumplimiento de la misión y del objetivo de la entidad. | Matriz de Riesgos - Informe Ejecutivo | 1 | Gerencia y las  diferentes áreas administrativas y financieras involucradas. | 30/08/2024 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN** | | | | | |
| **Subcomponente**  **/Proceso** | **Actividades** | **Meta o Producto** | **Indicador es** | **Responsable** | **Fecha**  **Programad** |
|  | **a** |
|  | Actualizar los riesgos de corrupción, según el cronograma establecido y aprobado | Mapa de Riesgos actualizados | 1 | Gerencia y las diferentes áreas administrativas y financieras Involucradas. | 31 /01/2024  30/12/2024 |
| Valorar los riesgos de corrupción de cada dependencia e identificar el responsable de cada proceso. | Dependencias con riesgos valorados | 100 % | Gerencia y las  diferentes áreas administrativas y financieras Involucradas. | 31/01/2024-  31/12/2024 |
| 3. CONSULTA Y DIVULGACIÓN | Socializar en la entidad, los resultados de los  riesgos de corrupción previa a la publicación de  la matriz de Riesgos de Corrupción. | Informe Socializado | 1 | Gerencia | 30/08/2024 |
| Publicar en la página web de ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL el mapa de riesgos de corrupción actualizado y socializado. | Información publicada en página web | 1 | Gerencia y Oficina de Control Interno | 31/01/2024-  31/12/2024 |
| 4. SEGUIMIENTO | Revisar, hacer seguimiento y evaluar el mapa de riesgos de corrupción, conforme lo establece la Ley. | Seguimientos realizados | 3 | Oficina de  Control Interno | 10/05/2024  10/09/2024  30/12/2024 |

Anexo No.1: Mapa de Riesgo de Corrupción.

8.2. COMPONENTE II. Racionalización de trámites.

La Política de Racionalización de Trámites se encuentra dentro de la dimensión de Gestión con Valores para Resultados para garantizar la mejora de la relación entre la Estado y la ciudadanía. Implica disminución de costos, disminución de requisitos para llevar a cabo el trámite, disminución de tiempos de ejecución de trámites, evitar la presencia del ciudadano en las ventanillas del Estado haciendo uso de medios tecnológicos y de comunicación y ampliación de la vigencia de certificados, registros, licencias y documentos, entre otros (Función Pública, 2015)

El proceso de racionalización de trámites tiene cinco (5) pasos previos importantes

(Función Pública, 2015):

(i) Identificar y priorizar los trámites y procedimientos.

(ii) Identificar las acciones e incluir en la Estrategia Anti-trámites.

(iii) Identificar recursos necesarios y cronograma para la implementación de las acciones.

(iv) Registrar la Estrategia de Racionalización de Trámites en el SUIT.

(v) Hacer seguimiento y dar a conocer los beneficios de la racionalización que obtienen los servidores y usuarios.

La estrategia de racionalización de trámites o Anti tramites de la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL, tiene como objetivos simplificar los trámites existentes facilitando así el acceso a los servicios a la entidad para simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar los trámites existentes (guía estrategia para la construcción del plan anticorrupción y atención al ciudadano).

Para la formulación de la estrategia de racionalización de trámites, primero se hace necesario entender y conocer el concepto de trámite.

**Trámite:** Conjunto de requisitos, pasos o acciones regulados por el Estado, que deben efectuar los usuarios ante una entidad de la administración pública o particular que ejerce funciones administrativas (ej. Notarías, consejos profesionales, cámaras de comercio, etc.), para adquirir un derecho o cumplir con una obligación prevista o autorizada por la Ley y cuyo resultado es un producto o un servicio.

Un trámite se caracteriza por cumplir con las siguientes condiciones:

 Hay una actuación del usuario (persona natural – persona jurídica).

 Tiene soporte normativo.

 El usuario ejerce un derecho o cumple una obligación.

 Hace parte de un proceso misional de la entidad.

 Se solicita ante una entidad pública o un particular que ejerce funciones públicas.

 Es oponible (demandable) por el usuario.

Para cumplir la estrategia de racionalización trámites debemos cumplir las fases propuestas para el efectivo desarrollo de la política, los cuales son:

**Identificación de tramites:** la entidad como primer paso para el cumplimiento de la política de racionalización de trámites, identificara los tramites y procedimientos administrativos los cuales son: misionales, estratégicos, de apoyo/operativos y los de evaluación/seguimiento. Con el fin de evaluar la pertinencia, importancia y valor para el usuario.

**Priorización de trámites a intervenir:** una vez elaborado el inventario de trámites, se identificarán los que requieren mejorarse para garantizar la efectividad institucional y la satisfacción del usuario.

**Racionalización de trámites:** La ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL, efectuara el proceso para reducir los trámites identificados, para generar menor esfuerzo y costo para el usuario. La institución Elaborará estrategias jurídicas, administrativas y tecnológicas para poder cumplir con la estrategia.

**Interoperabilidad:** la institución realizará el proceso de gobierno en línea y a través de este podrá realizar el ejercicio de colaboración entre organizaciones para intercambiar información y conocimiento. Con el propósito de facilitar la entrega de servicios en línea a los ciudadanos, empresas y a otras entidades. Por esta razón, La ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL, implementará una estrategia encaminada a la racionalización de trámites, que permitan:

 Construir un estado moderno y amable al ciudadano.

 Atender las necesidades y expectativas del ciudadano asociadas a los trámites.

 Facilitar el acceso a la información y ejecución de los de los trámites que serán objeto de racionalización.

 Implementación de la historia clínica sistematizada.

 Se fortalecerá la oficina de atención al usuario, para brindar una mejor atención y una cita oportuna.

 Seguir motivando a los usuarios para que manejen la página WEB de la entidad para que expresen sus o quejas y denuncias de actos de corrupción que se puedan generar.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE 2: RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES** | | | | | | | | |
|  |  |  |  | **DESCRIPCION** |  |  | **FECHA** | |
| **NOMBRE DEL TRÁMITE O PROCEDIMIEN TO** | **TIPO DE RACIONA LI- ZACIÓN** | **ACCIÓN ESPECIFICA DE RACIONALIZACI ON** | **SITUACIO N ACTUAL** | **DE LA**  **MEJORA A REALIZAR AL TRAMITE PROCESO O PROCEDIMIEN TO** | **BENEFICIO AL CIUDADANO Y/O ENTIDAD** |  | **REALIZACIÓN** | |
| **DEPENDENC**  **IA**  **RESPONSAB LE** |  | |
| **INICIO**  **dd/mm/**  **aa** | **FIN**  **dd/mm/**  **aa** |
| Entrega inmediata de documentos confidenciales de historia clínica, resultados de examen de laboratorio | Tecnologí a | Adquisición de software, el cual permitirá tener la información oportuna e inmediata y de fácil alcance  para la parte  administrativa,  asistencial y los usuarios de forma  inmediata. | Actualmen tete las historias clínicas  son  manuales, se entregan  de forma física, cumpliend o o el proceso de archivo y demora 8 | Contar con la información digitalizada de forma inmediata, facilitando  e l acceso de lasáreas involucradas, y mayor agilidad para los usuarios involucrados. | Menor  tiempo para el acceso de la información. Menores costos  p u e s evita el  desplazamien  toto doble de los usuarios al punto de atención y por ende ahorro de | Archivo | 01/02/20  24 | 31/12/202  4 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE 2: RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES** | | | | | | | | |
|  |  |  |  | **DESCRIPCION** |  |  | **FECHA** | |
| **NOMBRE DEL TRÁMITE O PROCEDIMIEN TO** | **TIPO DE RACIONA LI- ZACIÓN** | **ACCIÓN ESPECIFICA DE RACIONALIZACI ON** | **SITUACIO N ACTUAL** | **DE LA**  **MEJORA A**  **REALIZAR AL TRAMITE PROCESO O PROCEDIMIEN TO** | **BENEFICIO AL CIUDADANO Y/O ENTIDAD** |  | **REALIZACIÓN** | |
| **DEPENDENC**  **IA**  **RESPONSAB**  **LE** |  | |
| **INICIO**  **dd/mm/**  **aa** | **FIN**  **dd/mm/**  **aa** |
| Citas médicas vía telefónicas y WhatsApp | tecnologí a | Asignar citas médicas sin salir de casa, en un promedio de dos días hábiles por la ampliación del plan de personal de médicos. | En la actualidad se esta demorand o 5 días calendario  s para la otorgación de citas. | Evitar el desplazamient o de los usuarios. | Tiempo y uso de transporte para realizar  el tramite | Área de  Archivo | 01/02/20  24 | 31/12/202  4 |
| Tele consulta | Asistencia por tele consulta | Citas diarias de acuerdo con prioridad de triaje | Con la  emergenci  a sanitaria COVID-19, se viene realizando las teles consultas, de  acuerdo  prioridad. En la actualidad se realizan en promedio para dos días hábiles. | Evitar el desplazamient o de los usuarios. | Tiempo y uso de transporte para realizar el trámite. | Cuerpo Médico asignado y área de atención al usuario por tele  consulta. | 01/01/20  24 | 31/12/202  4 |

8.3. COMPONENTE III. Rendición de Cuentas.

En el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión el proceso de rendición y petición permanente de cuentas tienen por objetivo facilitar la evaluación y retroalimentación ciudadana sobre la gestión pública. El proceso está conformado por

tres elementos principales que deben cumplir las entidades para garantizar el ejercicio del control social sobre la gestión de lo público.

 **Información:** Dar a conocer públicamente las decisiones que se toman al interior de la administración, los resultados y los avances de la gestión.

 **Diálogo:** Garantizar un diálogo en doble vía que permita que los grupos de interés y de valor identifiquen los temas sobre los que quieren profundizar y hagan preguntas sobre la administración. Además, supone la generación de escenarios para garantizar que el ejercicio se realiza de forma permanente.

 **Responsabilidad e incentivos:** Definir mecanismos de mejora al interior de los planes institucionales para dar respuesta a los resultados de la gestión,

en atención con los compromisos que surgen de los espacios de diálogo con la ciudadanía.

Por su parte, La Política de Rendición de Cuentas a los Ciudadanos, se encuentra establecida en el documento Conpes 3654 de 2010, se orienta a consolidar una cultura de apertura de la información, transparencia y diálogo entre el Estado y los ciudadanos.

El ejercicio de rendición de cuentas a la ciudadanía debe ser un proceso continuo que permita mejorar y afianzar las relaciones entidad – Ciudadano, por esta razón se debe elaborar unas estrategias para la rendición anual de Cuentas incluidas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Para la ciudadanía, un buen proceso de rendición de cuentas tiene como beneficio la posibilidad de estar informado desde la fuente principal de la gestión y los resultados de esta. Puede ejercer de mejor manera su derecho de la participación a través del control social.

Para entender y comprender mejor conozcamos lo siguiente:

**¿Qué es rendición de cuantas?**

En el documento Copes 3654 se indica que en su “acepción general la rendición de cuentas es la obligación de un actor de informar y explicar sus acciones a otro(s) que tiene el derecho de exigirla, debido a la presencia de una relación de poder, y la posibilidad de imponer algún tipo de sanción por un comportamiento inadecuado o de premiar un comportamiento destacado.

**Objetivos de la Rendición De Cuentas**

 Mejorar la información que la entidad entrega a los ciudadanos, por lo cual esta información debe ser comprensible, actualizada, oportuna, disponible y completa.

 Fomentar un diálogo continuo para que exista la retroalimentación entre la E.S.E. y los ciudadanos, para lo cual la entidad debe no solo informar, sino también explicar y justificar la gestión pública.

Además, la rendición de cuentas debe cumplir unos lineamientos y productos mínimos otemas que buscan informar de manera integral a la ciudadanía los cuales se relacionan a continuación:

 Presupuesto. (Presupuesto de ingresos y gastos (funcionamiento, inversión y servicio de la deuda) en ejercicio detallado de la vigencia (apropiaciones iniciales y finales, % de recursos ejecutados en ingresos y compromisos y obligaciones en gastos.

 Estados Financieros: (Estados financieros de las últimas vigencias, con corte a diciembre del año respectivo.

 Cumplimiento De Metas. (Plan De Acción, Programas y Proyectos En

Ejecución, Plan operativo anual

 Informes de Gestión: Gestión misional y de gobierno, Transparencia, participación y servicio al ciudadano, Gestión del Talento Humano, Eficiencia Administrativa, Gestión Financiera. Metas e Indicadores de Gestión.

 Contratación, Procesos Contractuales. (Relación y estado de los procesos de contratación)

 Planes de mejora: (Información sobre las acciones y la elaboración de planes de mejoramiento a partir de los múltiples requerimientos: informes de organismos de control, PQRSDF, jornadas de rendición de cuentas).

Como se dijo anteriormente La Rendición de Cuentas a la ciudadanía debe ser un ejercicio permanente que se oriente a afianzar la relación entidad - Ciudadano, a través del documento CONPES 3654 de 2010, el Estado establece los mecanismos mediante los cuales se puede desarrollar el ejercicio de rendición de cuentas a la ciudadanía. Para el efecto, La ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL, relaciona y detalla las diferentes actividades que realizará la entidad en cumplimiento del componente rendición de cuantas:

 Primeramente, se cumplirá con la normatividad vigente respecto a la rendición de cuenta, y utilizando la metodología suministrada por el DAFP y demás entes de control.

 Se rendirán informes de gestión según la norma a las entidades que lo soliciten acatando los principios constitucionales de transparencia, responsabilidad, eficacia, imparcialidad y participación ciudadana.

 Construir un espacio de interlocución entre LA ese hospital San Andrés de sotavento, y los ciudadanos del municipio donde se pueda intercambiar información para la óptima prestación de los servicios.

 Facilitar el ejercicio de control social y de veedurías brindando espacios de participación a los ciudadanos.

 La rendición de cuentas que se realice anualmente se publicará en la página web de la ese hospital san Andrés de Sotavento.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **COMPONENTE 3: RENDICION DE CUENTAS** | | | | |
| **Subcomponente**  **/Proceso** | **Actividades** | **Meta o**  **Producto** | **Indicador** | **Responsable** | **Fecha programada** |
| 1. INFORMACIÓN DE CALIDAD Y EN LENGUAJE COMPRENSIBLE | Construir y publicar en la página web de la E.S.E. HOSPITAL SAN ANDRES DE SOTAVENTO, dos (2) informes sobre el avance de la gestión. | Informes de gestión publicados en la página Web | 2 | Gerencia y áreas responsables | 30/07//2024  30/12/2024 |
| Elaborar informes para determinar el resultado del avance en la ejecución del plan de acción e informes de gestión de las dependencias y publicarlos en la página web de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES DE SOTAVENTO | Documento de avance del Plan de Desarrollo. | 2 | Gerencia y áreas responsables | 30/07//2024  30/12/2024 |
| Mantener actualizada la sección de noticias de la página web de la E.S.E. hospital san Andrés de sotavento. | Sección de Noticias actualizada en página web | 1 | Responsable de las Tics | 01/02/2024 –  30/12/2024 |
| 2. DIÁLOGO DE DOBLE VÍA CON LA CIUDADANÍA Y SUS ORGANIZACIONES | Planear una (1) Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas. | Cronogramas de Audiencias Públicas | 1 | Gerente y  áreas responsables ante la junta directiva de la entidad y sociedad civil |  |
| Realizar las mesas previas a la  audiencia pública de rendición de cuentas, con cada uno de los grupos de interés de la E.S.E. Hospital san Andrés de sotavento | Audiencias de rendición de cuentas con mesas previas. | 2 | Todas las áreas | 30/11/2024  20/12/2024 |
| Convocar a la junta directiva, comité de usuarios y la Comunidad en general para que participen en las Audiencias Públicas de rendición de | Convocatorias realizadas | 2 | Gerencia y todas las áreas responsables | 30/11/2024 -  30/12/2024 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **COMPONENTE 3: RENDICION DE CUENTAS** | | | | |
| **Subcomponente**  **/Proceso** | **Actividades** | **Meta o**  **Producto** | **Indicador** | **Responsable** | **Fecha programada** |
|  | cuentas. |  |  |  |  |
| Realizar un (1) procesos de  Audiencias Públicas para rendición  de cuentas. | Audiencias  Públicas  realizadas | 1 | Gerencia y  áreas  responsables | 30/12/2024 |
| Mantener en funcionamiento la sección de Participación Ciudadana de la página web, en donde se permita a la ciudadanía opinar sobre la formulación de políticas públicas. | Sección de Participación Ciudadana en página web | 1 | Todas las  Dependencias  -  Responsable  TIC | 01/03/2024 -  30/12/2024 |
| 3. INCENTIVOS PARA MOTIVAR LA CULTURA DE LA RENDICIÓN Y PETICIÓN DE CUENTAS | Implementación del acto administrativo que crea el reconocimiento al mejor funcionario de la administración. | Funcionarios galardonados con reconocimiento por buen desempeño | 1 | Área de talento humano | 30/11/2024 |
| 4. EVALUACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL | Realizar encuestas a los grupos de  interés sobre las audiencias públicas de Rendición de Cuentas realizadas por LA ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL | Encuesta de Satisfacción realizada | 1 | Todas las dependencias | 30/12/2024 |
| Realizar encuesta a la comunidad  sobre la gestión presentada durante el evento de Rendición de Cuentas (Audiencia Pública). | Encuesta de Satisfacción realizada | 1 | Oficina de  Control Interno y Gerencia | 30/12/2024 |
| Consolidar y Analizar el resultado de la encuesta. | Resultado  Técnico sobre la consolidación  de la  información | 1 | Oficina de Control Interno | 30/01/2024 |
| Publicar en la página Web DE LA ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL el resultado de la encuesta de satisfacción de la audiencia de rendición de cuentas. | Informe publicado en la página web del LA ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL . | 1 | Responsable  TIC | 30/01/2024 |
| Realizar autoevaluación del desarrollo del proceso de rendición de cuentas. | Acta de autoevaluación | 1 | Junta Directiva, comité de usuarios y sociedad en general | 30/01/2024 |
| Estructurar el plan de mejora de la audiencia de rendición de cuentas | Plan de Mejora | 1 | Gerente y  áreas responsables | 30/01/2024 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **COMPONENTE 3: RENDICION DE CUENTAS** | | | | |
| **Subcomponente**  **/Proceso** | **Actividades** | **Meta o**  **Producto** | **Indicador** | **Responsable** | **Fecha programada** |
|  | Realizar Informe con el resultado de la satisfacción de la comunidad sobre la Rendición de Cuentas y publicarlo en la página web del la ESE HOSPITAL SAN ANDRES DE SOTAVENTO | Informe realizado y publicado en la página web | 1 | Gerente y áreas responsables | 30/01/2024 |

8.4. COMPONENTE IV. Mecanismo para la atención al ciudadano.

La ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL, está comprometido en brindar un trato digno a los ciudadanos con el fin de contribuir al fortalecimiento de un Estado transparente, consolidando los mecanismos de participación y los procesos administrativos bajo los principios de eficiencia, eficacia y transparencia, buscando satisfacer las expectativas de los ciudadanos.

En cumplimiento de lo establecido en la Constitución Nacional, el nuevo Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo Ley 1437 de 2011 y Ley 1577 de 2015 y carta de trato digno, nos comprometemos a brindarle un trato equitativo, respetuoso, considerado, diligente y sin distinción alguna.

El componente de atención al ciudadano tiene cinco (5) subcomponentes:

 **Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico.** Las actividades están relacionadas con el fortalecimiento del nivel de importancia que tiene el proceso de atención al ciudadano al interior de la entidad como la presentación de los informes de seguimiento a la gestión de las PQRS en la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL, , con el objetivo de garantizar el flujo de información entre el grupo de atención al ciudadano y la Dirección para la facilitar la toma de decisiones y la identificación de acciones de mejora.

 **Fortalecimiento de los canales de atención.** Las actividades de este componente tienen por objetivo fortalecer los medios y escenarios a través de los cuales la entidad interactúa con la ciudadanía y sus grupos de interés para la atención de las peticiones, quejas, reclamos, denuncias, trámites y servicios. Para ello, se propone la actualización y divulgación de los protocolos para la atención al

ciudadano, el diseño y divulgación del protocolo para la atención a requerimientos a través de redes sociales, el protocolo para la atención a denuncias de actos de corrupción y mecanismos de protección al denunciante y, la participación en ferias de servicio al ciudadano.

 **Talento humano**. La cualificación de los servidores públicos que participan del proceso de atención a la ciudadanía constituye la actividad más importante para el fortalecimiento y mejoramiento del servicio al ciudadano, porque los servidores públicos son quienes facilitan el acceso a los bienes y servicios de la entidad. Entre las acciones identificadas en este componente se encuentran la realización de capacitaciones en cultura del servicio al ciudadano y la formación en lengua de señas.

 **Normativo y procedimental.** Comprende las acciones relacionadas con el deber DE la ESE SAN ANDRÉS APOSTOL, de garantizar la documentación de sus procesos y procedimientos. Se destaca el diseño del procedimiento para la atención a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias, y el desarrollo de talleres sobre la Ley 1755 de

2015 sobre tipologías de los requerimientos.

 **Relacionamiento con el ciudadano**. Este componente agrupa las actividades que dan cuenta de la gestión de la entidad para conocer a sus grupos de interés, sus expectativas, intereses y percepción sobre la gestión de la ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL. Para desarrollar este componente se propone realizar informes periódicos sobre la satisfacción ciudadana frente a la prestación de servicios por parte de la E.S.E y elaborar y adoptar una Política para la Protección de Datos Personales.

Con el fin de garantizar la atención y participación ciudadana en forma real y efectiva ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL., se utilizará, fortalecerá y Mejorará los siguientes instrumentos:

 La ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL. está comprometido en brindar un trato digno al ciudadano con el fin de contribuir al fortalecimiento de un estado transparente, consolidado los mecanismos de participación y los procesos administrativos bajo los principios de eficiencia, eficacia y transparencia buscando satisfacer las expectativas de los ciudadanos.

 La ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL., proporciona y adapta, los canales por medio de los cuales los ciudadanos pueden acceder a los trámites, servicios y/o información de la Entidad quien presta un servicio oportuno y se da respuesta inmediata al ciudadano, por medio de la oficina SIAU.

 En cumplimiento de lo establecido en la Constitución Nacional, el nuevo Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo Ley 1437 de 2011 y Ley 1577 de 2015 y carta de trato Digno, nos comprometemos a brindarle un trato equitativo, respetuoso, considerado, diligente y sin distinción alguna.

 La ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL., I Nivel de atención, buscando siempre prestar un mejor servicio a todos nuestros usuarios y ciudadanía, ha venido y seguirá fortaleciendo el área de atención al usuario (SIAU) y hacer más efectiva y eficaz su función.

 Fortalecer y actualizar el servicio de la página WEB de la entidad.

 Se elaboran planes de mejoramiento sobre las propuestas, quejas, reclamos y expectativas planteadas por la ciudadanía en la rendición de cuentas.

 Socializar y difundir el portafolio de servicios de la institución a todos los clientes internos y externos; a través de todos los medios que se dispongan para este fin.

 Se siguen disponiendo los Buzones físicos ubicados en la Entidad en áreas estratégicas para recibir peticiones, quejas, reclamos y sugerencia, los cuales serán abiertos conforme al procedimiento documentado por la E.S.E con la Asociación de Usuarios.

 Establecer la atención preferencial a personas en situación de discapacidad, niños, niñas, mujeres embarazadas, gestantes y adultos mayores.

 Llevar a cabo capacitación a todos los funcionarios de la institución con el fin de que desarrollen competencias y habilidades para el servicio y buen trato al usuario. Y así Afianzar la cultura de servicio al ciudadano en los servidores

públicos.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE 4: ATENCIÓN AL CIUDADANO** | | | | | |
| **Subcomponente**  **/Proceso** | **Actividades** | **Meta o Producto** | **Indicad or** | **Responsable** | **Fecha**  **programad** |
|  | **a** |
| 1. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA Y DIRECCIONAMIEN TO ESTRATÉGICO | Dotación y acondicionamiento de la oficina de Ventanilla Única, mejorando el sistema de información | Profesional designado | 1 | Gerencia | 01/02/2024 -  31/12/2024 |
| Presentar trimestralmente al Comité  Institucional de Gestión y Desempeño, el seguimiento al Plan de Acción de la Política “Servicio al Ciudadano” del de MIPG. | Seguimientos Trimestrales | 4 | Oficina de talento humano | 01/02/2024 -  31/12/2024 |
| Consolidar semestralmente la  información estadística de las PQRSDde la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL | Informes semestrales | 2 | Oficina de talento humano | 01/02/2024 -  31/12/2024 |
| 2. FORTALECIMIENT O DE LOS | Implementar un sistema de información  de Gestión Documental, con el fin de dar respuesta a las PQRSD en los tiempos establecidos y por Ley. | Reinducción a todos los  funcionarios públicos sobre la utilización del sistema de información | 1 | Oficina de talento humano | 01/07/2024 -  31/12/2024 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE 4: ATENCIÓN AL CIUDADANO** | | | | | |
| **Subcomponente**  **/Proceso** | **Actividades** | **Meta o Producto** | **Indicad or** | **Responsable** | **Fecha**  **programad** |
|  | **a** |
| CANALES DE ATENCIÓN |  | Sistema de información implementado en todas las dependencias del Centro de Salud San José de Toluviejo. | 1 | Oficina de Talento Humano | 01/02/2024 -  31/12/2024 |
| Mantener en funcionamiento los  canales de atención al usuario y participación ciudadana presencial, telefónico, página Web, buzones, carteleras institucionales. | Canales de Atención en funcionamiento. | 4 | Oficina de  talento humano y responsable TIC | 01/02/2024 -  31/12/2024 |
| Continuar implementando en la página  web de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES DE APOSTOL el enlace para acceder a PQRSD. | Enlace de PQRSD de la página web en funcionamiento. | 1 | Responsable  TIC | 01/02/2024 -  31/12/2024 |
| 3. TALENTO HUMANO | Incluir en el Plan Anual de Capacitación de la ESE , temáticas relacionadas con la Atención al usuario. | Capacitaciones. | 1 | Oficina de Talento Humano | 30/03/2024 |
| Realización del Concurso de Méritos cuando haya lugar, para provisión de empleos en vacancia definitiva, ofertados según el Acuerdo establecido con la Comisión Nacional del Servicio Civil – CNSC. | Continuidad del Concurso de  Méritos. | 1 | Oficina de Talento Humano | 01/02/2024  -  30/12/202  4 |
| Estimular o generar el reconocimiento al mejor funcionario de la ESE | Funcionarios galardonados con el reconocimiento por buen desempeño | 1 | Oficina de Talento Humano | 30/11/2024 |
| Realizar la evaluación de desempeño laboral. | Sistema Tipo implementado | 2 | Oficina de  Talento  Humano, jefes inmediatos y responsable TIC | 01/07/2024 -  30/12/2024 |
| 4. NORMATIVO Y PROCEDIMENTAL | Documentar el Manual de Atención al  ciudadano que incluya protocolos, canales y mecanismos de atención, puntos de atención, medidas de seguimiento, mejoras y recomendaciones. | Manual de Atención al  Ciudadano | 1 | Oficina de Talento humano. | 01/02/2024 -  30/12/2024 |
| Consolidar semestralmente la  información estadística de los PQRSD y publicarlos en la página web de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL | Informes semestrales publicados en la página web. | 2 | Oficina de  Talento humano y encargado TIC | 01/07/2024 -  30/12/2024 |
| Dar aplicabilidad al Manual de Atención  al Ciudadano que incluye protocolos,  canales y mecanismos de atención, puntos de atención, medidas de seguimiento, mejoras y recomendaciones. | Manual de Atención al  Ciudadano aplicado. | 1 | Oficina de Talento humano y encargado TIC | 30/12/2024 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE 4: ATENCIÓN AL CIUDADANO** | | | | | |
| **Subcomponente**  **/Proceso** | **Actividades** | **Meta o Producto** | **Indicad or** | **Responsable** | **Fecha**  **programad** |
|  | **a** |
| 5. RELACIONAMIEN TO CON EL CIUDADANO | Realizar encuestas de percepción a usuarios a la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL con el fin de identificar las verdaderas necesidades de los ciudadanos. | Informe de encuestas de percepción realizadas. | 1 | Oficina de Talento humano y encargado TIC | 30/12/2024 |
| Operatividad  ayudas electrónicas para lacalificación del servicio. | Operar puntos con ayudas  electrónicas que permita al  usuario calificar el servicio recibido. | 15 | Oficina de  Talento  humano y encargado TIC | 01/02/2024 -  30/12/2024 |
| Continuar con la Caracterización de los  ciudadanos que hacen uso de los  servicios de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL | Caracterización | 1 | Responsable de la atención al Usuario | 30/12/2024 |

8.5. COMPONENTE V. Transparencia y el acceso a la información.

El derecho de acceso a la información pública constituye una de las acciones más importantes que le permiten tomar decisiones acertadas con base en datos y evidencia, y a la ciudadanía participar de manera más activa en la gestión de la entidad y ejercer su derecho

al control social. La Ley 1712 de 2014 establece diez (10) principios para la garantía del derecho entre los que se encuentran divulgación proactiva de la información, buena fe,

Veracidad, celeridad, uso responsable y calidad. Por lo anterior, el Modelo Integrado de

Planeación y Gestión incluye esta política en la dimensión de Información y Comunicación, dado que permite la articulación interna en el ciclo de gestión y la garantía del derecho a la

Información pública.

Este componente tiene cinco (5) subcomponentes relacionados con:

**Transparencia Activa.** Está relacionado con el principio de divulgación activa de información de calidad, veraz y accesible. Implica el desarrollo de acciones encaminadas a garantizar que los contenidos mínimos de información pública se encuentren disponibles y se generen datos abiertos para acceso de toda la ciudadanía.

**Transparencia Pasiva**. Hace referencia a la obligación de la entidad de dar respuesta a las solicitudes de información pública realizada por los ciudadanos y garantizar el acceso a la información. Las acciones del componente tienen por objetivo cumplir con el principio de responsabilidad, gratuidad y oportunidad de la información.

 **Instrumentos de Gestión de Información**. Este componente tiene por objetivo garantizar que el acceso a la información pública tenga soporte en tres (3) instrumentos de gestión que facilite su disposición a la ciudadanía. Por ende, se desarrollan acciones relacionadas con el ajuste y adopción del Registro de Activos de Información, el Esquema de Publicación de Información y el Índice de Información Clasificada y Reservada, todos articulados con el Programa de Gestión Documental de la E.S.E.

 **Criterio Diferencial de Accesibilidad**. Este componente comprende acciones paragarantizar la adecuación de los canales electrónicos de acceso a la información pública para personas en condición de discapacidad, en cumplimiento del criterio diferencial de accesibilidad a la información pública.

 **Monitoreo del Acceso a la Información Pública.** Tiene el objetivo de crear mecanismos para realizar seguimiento al estado de implementación de la Ley deTransparencia y Derecho de Acceso a la información pública. Para ello, la E.S.E propone la elaboración y divulgación de informes cuatrimestrales de seguimiento al cumplimiento de la Ley 1712 de 2014.

Para garantizar la participación ciudadana en el contexto de la lucha contra la

corrupción, de manera real y efectiva, se fortalecerán los mecanismos de atención a los usuarios de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL

 Página web:

 Correo electrónico:

 Teléfono:

 Incluir actividades encaminadas a mejorar la calidad de la información (contenido, forma y la satisfacción de las necesidades del usuario de la información) con la que cuenta la entidad y la que entrega al ciudadano. Articular sistemas de información, actualización y verificación de datos, y demás actividades que permitan garantizar altos estándares en la información.

 Socializar y activar el Acceso a los canales de comunicación para que el usuario obtenga información sobre los servicios que ofrece la entidad, así como los tramites de peticiones, quejas, reclamos o sugerencias, de forma presencial, telefónica; entre ellos: Oficina de Atención al Usuario;

 Realizar una efectiva rendición de cuentas de acuerdo con la norma, con el objetode informar a la ciudadanía sobre el proceso de avance y cumplimiento de las metas contenidas en el Plan gestión,

 Promover la participación de la ciudadanía, organizaciones sociales y comunitarias, usuarios y beneficiarios, veedurías y comités de vigilancia, entre otros, para prevenir, racionalizar, proponer, acompañar, sancionar, vigilar y controlar la gestión pública, sus resultados y la prestación de los servicios de salud

suministrados por la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL , garantizando lagestión al servicio de la comunidad.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE 5: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN** | | | | | |
| **Subcomponent e /Proceso** | **Actividades** | **Meta o Producto** | **Indicad or** | **Responsable** | **Fecha**  **programad a** |
| 1. LINEAMIENTO  S DE  TRANSPARENC IA ACTIVA | Revisar y actualizar permanentemente la Sección de Transparencia de la página web de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL , la cual debe estar acorde con los estándares de divulgación y publicación establecidos en la Resolución del Ministerio de Tecnologías y de la Información y las Comunicaciones No. 3564 de 2015. | Sección de Transparencia actualizada. | 1 | Todas las arias responsables | 01/02/2024 -  31/12/2024 |
| Publicación de datos abiertos. | Publicación de datos abiertos actualizada | 1 | Oficina de  talento Humano / Responsable TIC | 30/06/2024  30/11/2024 |
| Publicación de información mínima  obligatoria sobre la estructura de la entidad | % de la información sobre la  estructura de la entidad publicada | 80 | Talento  Humano / Enlace TIC | 30/03/2024 -  30/12/2024 |
| Dar respuesta a las solicitudes de acceso a información pública de manera oportuna, respetando los términos que señala la Ley 1755 de 2015. | Solicitudes de acceso a información pública con respuesta oportuna. | 100% | Todas las áreas de la entidad | 01/02/2024 -  31/12/2024 |
| 3. ELABORACIÓN DE LOS INSTRUMENTO S DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN | Mantener actualizado el Registro o  Inventario de Activos de Información en la sección de “Transparencia y Acceso a la Información Pública” de la página web de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL | Registro de Inventario de Activos de Información actualizado. | 1 | Todas las áreas | 01/02/2024 -  30/12/2024 |
| Mantener actualizado el Esquema de  Publicación de Información en la sección  de “Transparencia y Acceso a la Información Pública” de la página web de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL | Esquema de Publicación de  Información actualizado. | 1 | Todas las áreas | 01/02/2024 -  30/12/2024 |
| Mantener actualizado el Índice de  Información Clasificada y Reservada en la sección de “Transparencia y Acceso a la Información Pública” de la página web de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL | Índice de Información Clasificada y Reservada actualizado. | 1 | Todas las áreas | 01/02/2024 -  30/12/2024 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. CRITERIO DIFERENCIAL DE ACCESIBILIDAD | Mantener el enlace al portal Centro de  Relevo, que permite el acceso a la  información y la comunicación de las personas sordas de Colombia a través de las TIC. | Permitir el uso del portal a las personas sordas. ENLACE | 1 | Responsables de TIC | 01/02/2024 -  30/12/2024 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE 5: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN** | | | | | |
| **Subcomponent ee /Proceso** | **Actividades** | **Meta o Producto** | **Indicad or** | **Responsable** | **Fecha**  **programad** |
|  | **a** |
|  | Mantener en el portal el uso de la funcionalidad contraste, que permite cambiar colores del fondo de la página y de letra para mejorar la lectura a personas con dificultad visual. | Permitir el uso del portal a las personas con dificultad visual. | 1 | Responsable  TIC | 01/02/2024 -  30/12/2024 |
| Mantener en el portal el uso de la  funcionalidad texto ampliado, permite aumentar o disminuir el tamaño del texto para mejorar la lectura a personas con dificultad visual. | Permitir el uso del portal a las personas con dificultad visual. | 1 | Responsable  TIC | 01/02/2024 -  30/12/2024 |
| 5. MONITOREO DEL ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA | Publicar mensualmente el informe de  solicitudes de acceso a información, en la  sección de “Transparencia y Acceso a Información Pública” de la página web de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL . | Publicaciones mensuales. | 11 | Recursos Humanos, responsables TIC | 01/02/2024 -  30/12/2024 |

8.6. COMPONENTE VI. Iniciativas adicionales.

Este componente incluye todas las medidas adicionales consideradas por la entidad para garantizar la transparencia en los procesos de gestión pública, el fortalecimiento de la integridad y la lucha contra la corrupción, como el desarrollo de acciones para la divulgación y apropiación del Código de Integridad y la elaboración y adopción de una Política para la Identificación y Gestión de Posibles Conflictos de Intereses.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE 6: INICIATIVAS ADICIONALES** | | | | | |
| **Subcomponente**  **/Proceso** | **Actividades** | **Meta o Producto** | **Indica dor** | **Responsable** | **Fecha**  **program** |
|  | **ada** |
| 1. CÓDIGO DE INTEGRIDAD | Elaboración Código de Integridad de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL | Código elaborado | 1 | Gerencia  Oficina de talento Humano | 30/06/202  4 |

**9. CONSOLIDACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL.**

La consolidación y publicación del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, estará a cargo de la gerencia o el área de planeación o quien haga sus veces, de acuerdo con la información emitida por las dependencias de la E.S.E, así como los lineamientos que paraeste fin establezca la Gerencia.

Los artículos 2.1.1.2.1.4. y 2.1.4.8. del Decreto 1081 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República", señala que el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano se deberá publicar en la página web de la entidad en la sección denominada “Transparencia y acceso a la información pública”.

La verificación tanto de la elaboración y publicación como del seguimiento y el control alas acciones contempladas en el Plan le corresponde a la Oficina de Control Interno. Esta dependencia, deberá realizar controla las acciones contempladas en este plan, 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 de 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.

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.

**10. ANEXOS.**

10.1. Construcción del mapa de riesgo de corrupción, ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
| **R1** | **CONTRATACIÓ N** | Posibilidad de  recibir o solicitar  cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin beneficiar a un potencial oferente con la celebración de un contrato. | Conocimiento  parcial de los  procedimiento s y controles para adelantar la gestión contractual en la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL | 1. Rara vez | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Actualización y socialización al la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL delas  mejoras y  controles de los procedimientos contractuales orientadas a asegurar transparencia en la gestión  contractual que permita la participación de pluralidad de oferentes y la adjudicación de contratos a proponentes idóneos, con procesos y procedimientos ajustados a la Ley. | Documentos  publicados en el  SECOP | Gerente,  asesor jurídico  y responsable del SECOP | 3/01/2024 | 31/12/2024 | 100% de los  procesos  contractuale ss  publicados  en el SECOP. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | Deficiencias en  la planeación de la contratación. |  |  |  |  |  | **Designación de**  **comités de evaluación con pluralidad de integrantes en losaspectos, técnicos, jurídicos y financieros.** | Memorandos de  designación que reposan en los expedientes de los procesos contractuales (Documento o resolución de apertura que reposan en los expedientes de los procesos contractuales) | Gerente,  asesor jurídico. | 3/01/2024 | 31/12/2024 | 100%  Memorando  s de designación que reposan en los expedientes de los procesos contractuale s |
| Deficiencias en los conocimientos para la estructuración de procesos contractuales | **Capacitación al personal responsables de los procesos precontractuales sobre la normatividad detallada d e**  **l a misma.** | Numero de capacitaciones recibida en el año por los responsables | Gerente, asesor jurídico y responsable del SECOP | 3/01/2024 | 31/12/2024 | dos capacitacion es anuales. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **R2** | **EVALUACIÓN** | Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva a nombre propio o de terceros con el fin de perder la objetividad, independencia y | Ocultar hallazgos y/o resultados de las auditorías  lo cual impida identificar prácticas irregulares o corruptas y sus | 1. Rara vez | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Reasignar la  función a otro auditor | Documento de  reasignación | Gerencia; Jefe  de Oficina de Control Interno | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Auditorías  reasignadas |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  |  | transparencia,  para favorecer a un tercero | directos  responsables que afecten los intereses de la entidad. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Debilidad en la identificación  y aplicación de criterios de auditoria. |
| Falta de seguimiento en etapa de planeación y  ejecución de la auditoria. | Adelantar las acciones jurídicas a que haya lugar | Traslado a la autoridad competente | Gerencia; Jefe de Oficina de Control Interno | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Traslados realizados |
| Falta de conocimiento e interiorización código de integridad del auditor. |
| Influencia de terceros en la actuación de los Profesionales |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | responsables  del proceso |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **R3** | **EVALUACIÓN** | Posibilidad de  recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de revelar o entregar información confidencial | Actuación  indebida por parte de los profesionales  a cargo del proceso y de los colaboradores  , buscando favorecer intereses particulares | 1. Rara vez | 4. Mayor | Alto | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Reasignar la  función a otro auditor | Documento de  reasignación. | Jefe de  Control  Interno | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Auditorías  reasignadas |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | Falta de  conocimiento e interiorización del código Integridad. |  |  |  |  |  | Adelantar las  acciones jurídicas a que haya lugar (Disciplinarias, penales o fiscales) | Traslado a la  autoridad competente | Jefe de Oficina  de Control  Interno | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Traslados  realizados |
| Influencia de terceros en la actuación de los profesionales responsables del proceso |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
| **R4** | **GESTIÓN FINANCIERA** | Posibilidad de  recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para afectar las liquidaciones o registrar dineros que no han ingresado a las cuentas de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL con el fin beneficiar a un responsable del pago de estos. | Favorecimient  o propio y/o a un tercero en particular. | 2. Improbable | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Seguimiento  mensual mediante Informe de soportes de registro e informe de liquidaciones solicitadas por la entidad. | Informe  mensual de soportes de registro e informe de liquidaciones solicitadas por la entidad. | Responsable  de la gestión financiera | 3/01/2024 | 31/12/2024 | # Informes  realizados / Meta |
| Influencia de terceros en la actuación de los profesionales responsables del proceso. |
| Concentración de autoridad. |
| Posible manipulación de la información del aplicativo de cartera, en la emisión de liquidaciones y generación de certificaciones |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
| **R5** | **GESTIÓN FINANCIERA** | Posibilidad de  recibir dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros por ofrecer intermediación para conceder un beneficio de ley, al que el aportante puede acceder por derecho propio. | Desconocimie  nto de la ley por parte del aportante. | 2. Improbable | 4. Mayor | Alto | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Publicar la  información en la página WEB de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL  cuando se presente un beneficio de ley. | Informe  mensual de beneficios aprobados | Responsable  de la página Web de la entidad | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Publicación  realizada; página web actualizada. |
| Actuación indebida por parte de los profesionales  a cargo del proceso con el fin de realizar un cobro por la realización del supuesto trámite de descuento por parte del servidor ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL | Responsables de las deferentes áreas de la entidad, de dar a conocer a los usuarios de los diferentes servicios o accesos a los cuales tiene los usuarios derechos. | 3/02/2024 | 31/12/2024 | Buzón de PQRS para medir el nivel de satisfacción por la atención recibida por los usuarios de la entidad |
| **R6** | **PLANEACIÓN** | Direccionar la metodología o la aplicación de los | Actuación  indebida por parte de los colaboradores | 2. Improbable | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Ajustar la  metodología de distribución de recursos de | Comparar los  resultados de la aplicación de modelos de | Archivo en Excel  con resultados de los modelos aplicados | Gerente, Jefe  Oficina presupuesto, tesorería, | 3/01/2024 | 31/01/2024 | # de ejercicios de resultado comparativo |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  |  | modelos para la  distribuir inadecuadament ee los recursos, que favorezcan intereses particulares. | a cargo del  proceso buscando el direccionamie nto de los modelos. |  |  |  |  | acuerdo con  las inconsistencia  s identificadas, si se trata de vigencia  actual. | distribución  diseñados, validando históricos de distribución. |  | asesor  Financiero |  |  | s / total de  distribucione s por año |
| Influencia de terceros en la toma de decisiones institucionales  . |
| Manipulación de la información  de matrícula, de la metodología o de la aplicación de los modelos de distribución. |
| **R7** | **PLANEACIÓN** | Direccionar la formulación y/o seguimiento a los proyectos de inversión de manera que respondan a intereses particulares. | Inclusión de actividades no asociadas a los objetivos general y específicos de los proyectos, originando una ejecución de | 2. Improbable | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Ajustar el proyecto de acuerdo con las observaciones a las inconsistencia  s identificadas, si se encuentra en ejecución. | Desarrollar y mantener un proceso de actualización/ formación al talento humano en temas de planeación (formulación/ seguimiento a | Procesos de actualización/for mación del talento humano en temas de planeación desarrollados | Gerente | 3/01/2024 | 31/12/2024 | \* Estrategia de comunicacio nes desarrollada  \* Talleres/  reuniones (Convocatori a, Listas de asistencia, |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  |  |  | recursos  inadecuada. |  |  |  |  |  | proyectos), que  responda a las necesidades identificadas y/o ajustes  normativos o  metodológicos |  |  |  |  | presentacion  es) |
| Ausencia o inadecuado seguimiento a los proyectos de inversión | Adelantar al menos una (1) mesa de trabajo trimestral con las áreas que lideran proyectos de inversión, para presentar los resultados del seguimiento a la ejecución e identificación de alertas y/o necesidades de mejora | Porcentaje de avance en el desarrollo de mesas de trabajo con las áreas que lideran  proyectos de inversión | Gerente,  asesor jurídico,  área financiera, recursos humanos, control interno | 3/01/2024 | 31/12/2024 | \* Ficha seguimiento  a proyectos de inversión  \* Memoria  de la reunión con el área líder del proyecto de inversión\* Lista de Asistencia |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
| **R8** | **PLANEACIÓN** | Inadecuada gestión d e lainformación estadística del sector salud, vulnerando los principios de integridad, disponibilidad  y/o  confidencialidad  , beneficiando  intereses particulares. | Actuación indebida de los colaboradores a cargo del proceso de gestión de la información estadística | 2. Improbable | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Ajustar la  salida de información generada,  d e conformidad con las observaciones de inconsistencia  s identificadas como parte del proceso | Gestionar la firma  de Acuerdos de intercambio, Licencias de uso o Carta de compromiso y confidencialidad  de la información, por parte de los colaboradores de la E.S.E o terceros que, por su función o delegación,  puedan tener  acceso a información estadística generada. | Acuerdos de intercambio/ Licencias de uso/ Cartas de compromiso y confidencialidad de la información firmadas. | Gerente; jefe  de control interno; área de recursos humanos; área financiera y área de atención asistencial. | 3/01/2024 | 31/12/2024 | No. de Acuerdos de intercambio/ Licencias de uso/ Cartas de compromiso y confidenciali dad de información firmadas/  No. de solicitantes autorizados al acceso de información |
| Ausencia o débil proceso auditor de la información estadística. | Informar a la ciudadanía en general  cuando se  efectúen ajustes a información previamente publicada. | Revisar y aprobar los productos entregados por parte de la interventoría de la auditoría en el sector salud relacionados con información del funcionamiento  de la E.S.E. | Matriz de riesgo y planes de contingencia revisada y aprobada | Gerente | 1/06/2024 | 31/12/2024 | No. de matrices de riesgo del proceso de auditoría revisada y aprobada |

Reportar a los respectivos entes de control, siguiendo el protocolo de seguridad de la información,

en los casos

que se identifique vulneración de la información.

Gerente; Responsable de cargar la información en

la Paginas web; jefe de control

interno, área de talento humano, financiera y asistencial.

Posibilidad de manipular la información estadística.

Definir un calendario de publicación en página web institucional, de la información estadística y para datos abiertos.

Calendario de publicación de información estadística.

No. De calendarios de

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3/01/2024 | 31/12/2024 | publicación |
|  | | de |
| información |
| publicada. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
| **R9** | **GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO** | Posibilidad de  recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para beneficiar a alguien con la emisión de un certificado laboral que no corresponda con el proceso establecido. | Oportunidad  de obtener un certificado laboral modificado de acuerdo con los intereses del solicitante. | 1. Rara vez | 4. Mayor | Alto | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Hacer revisiones aleatorias a los certificados expedidos, y evaluar la completitud de requisitos, tiempo en la generación  de documentos y almacenamientos y preservación de estos. | Informe estadístico generado por la auditoría interna de control interno en el cual se haga una revisión  aleatoria a los certificados expedidos | Gerente, Oficina de talento humano, oficina de control  interno. | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Número de certificacion es erróneas Vs. Número de certificacion es revisadas. |
| Posible modificación  de la documentació n o la información contenida en la historia laboral de los servidores. |
| **R10** | **GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO** | Posibilidad de  recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de modificar las novedades de la nómina en beneficio propio o de un tercero. | Debilidad en la  responsabilida d para la parametrizaci ón del Aplicativo | 1. Rara vez | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Seguimiento a las denuncias acerca de alteraciones en la liquidación de la nómina en beneficio de un servidor público. | Desprendibles de nómina | Gerente, Oficina de talento humano, oficina de control  interno. | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Número de denuncias, quejas o reclamacion es  reportados  como casos de corrupción. |
| Debilidad en la revisión y aprobación de la prenominal por parte de las instancias pertinentes. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
| **R11** | **GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO** | Posibilidad de  recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin alterar los resultados en cualquier etapa de un proceso de selección de talento humano para beneficiar a un candidato. | Los profesionales encargados  del proceso  accedan a favorecer a un candidato por algún interés en particular. | 1. Rara vez | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Revisión, actualización, divulgación e implementación del procedimiento de selección estableciendo los puntos de control de los riesgos identificados | Procedimiento actualizado, evidencias de su divulgación | Oficina de Talento Humano | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Cantidad de etapas ejecutadas  en el procedimien to Vs Cantidad de etapas establecidas en el procedimien to |
| **R12** | **GESTIÓN JURÍDICA** | Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a | Dificultades en  el acceso a la información | 1. Rara vez | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la  investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias | 1. Realizar una  capacitación a las áreas sobre actuación administrativa | Actas de reunión  y listado de asistencia | Asesora  Jurídica | 1/02/2024 | 30/06/2024 | Capacitación  realizada |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
| nombre propio o  de terceros con el fin de ejercer indebidamente  la defensa judicial de la entidad. | Interpretación  equivocada de las consecuencias para la entidad. |  |  |  |  | correspondien tes para el proceso penal. | 2. Contrastar la  información solicitada a las áreas y la información entregada por estas | 2 informes sobre  la respuesta de las áreas técnicas a requerimientos de argumentos técnicos. | Gerente;  Oficina jurídica. | 1/02/2024 | 31/12/2024 | No. de  informes realizados/ Sobre No de Informes proyectados |

Actuación indebida por parte de los profesionales

a cargo,

manipulando la información o incumpliendo

los términos

de los procesos buscando afectar el resultado de este en favor de un tercero.

3. Brindar de forma radicada y oportuna por cada dependencia, la información que se requiera por el área jurídica. Respetando los términos de solicitudes.

dependencias con el área jurídica

Jurídica

estrategias de comunicació n proyectada

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | Estrategia de |
| Tiempo | de |  |  | comunicació |
| respuestas |  |  |  | n |
| internas | entre | Oficina |  | implementa |
| las difer | entes | Asesora 1/02/2024 | 31/12/2024 | da/ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | Manipulación  o alteración de la información por parte de  las áreas técnicas para ejercer la defensa judicial. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **R13** | **GESTIÓN DE SERVICIOS TIC** | Posibilidad de  recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros por hurtar, o entregar Información pública reservada. | Accesibilidad total a las bases de datos. | 1. Rara vez | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Definir rol y perfil del cargo en los sistemas de información y bases de datos misionales y transaccionales. | Roles y perfiles documentados | Jefe Oficina de  tecnología | 3/01/2024 | 31/12/2024 | # de  sistemas con roles definidos / número de sistemas del MEN |
| Ataques por hackers. |
| Virus  Informáticos | Jefe Oficina de tecnología | 3/01/2024 | 31/12/2024 | # verificacione s realizadas / programada  s |
| Ingeniería  Social. |
| Falta de Verificación de vulnerabilidad es de la plataforma  Tics | Verificar trimestralmente que los roles y perfiles configurados en los sistemas de | % de sistemas de información y bases de datos revisados | Responsable del SECOP, y responsable  de los Sistemas de Información | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Porcentaje  de reporte  de información usando las TIC. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | Falta de  verificación de borrado  seguro de  equipos de cómputo |  |  |  |  |  | información y bases de datos estén asignados a los responsables de acuerdo con sus cargos y funciones definidos. |  | relacionados con las TIC; Control  interno |  |  |  |
| Pérdida de equipos tecnológicos con información contenida. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
| **R14** | **SERVICIO AL CIUDADANO** | Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de incumplir la publicación de los actos administrativos | Manipulación  o alteración de la información de los actos administrativo s, cargada en el sistema. | 2. Improbable | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Sensibilización a servidores de la E.S.E, con una campaña de sensibilización de las consecuencias del sobre uso, manipulación y acceso de los actos administrativos de la E.S. E | Planilla de asistencia sensibilización a responsables del área | Responsable  de la unidad de  atención al Ciudadano, área de manejo de las TIC | 3/01/2024 | 31/12/2024 | # sensibilizacio nes realizadas / programada  s  #publicacion es realizadas  / programada s |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | Actuación  indebida por parte de los profesionales  a cargo del proceso, incumpliendo los términos de publicación de los actos administrativo s. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realizar de forma incorrecta una ejecutoria. |
| No compulsar copias de manera oportuna |
| No realizar la publicación de los Actos Administrativo s ya sea en la página web o en el diario oficial. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | No tramitar el recurso en el término correspondien te |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aprobar los formatos incorrectos para la publicidad de Actos Administrativo s  Deterioro de los documentos (rompen, arrugan) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
| **R15** | **SERVICIO AL CIUDADANO** | Posibilidad de  recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros; o tráfico de influencias, por legalizar documentos de acreedores o usuarios del servicio de salud falsos. | Actuación indebida por parte de los profesionales  a cargo del proceso al legalizar documentos  sin verificar la información existente en los sistemas. | 1. Rara vez | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Reporte cada vez las plataformas de facturación o cualquiera actividad asociada a este trámite se encuentren fueran de servicio. | Solicitud  realizada por la  E.S.E al operador | Operador del  área de facturación | 3/01/2024 | 31/12/2024 | # Reporte  enviados a la  ESE. |
| solicitar información al operador y actualizar la plataforma | Respuestas de las solicitudes y garantías contractuales  del operador.  Para el funcionamiento optimo del sistema | Área jurídica, Gerente; área de facturación | 3/01/2024 | 31/12/2024 | # de actualizacion es y mantenimie nto a las plataformas realizadas |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | Manipulación  o alteración de  la información de los sistemas. |  |  |  |  |  | Alimentación de las bases de datos de la plataforma con la información suministrada por los operadores mientras que la plataforma estuvo fuera de servicio. | Reportes por  escrito de la información ingresada, en el momento en el que la plataforma de facturación estuvo fuera de servicio. | área de  Facturación | 3/01/2024 | 31/12/2024 | # de  reportes presentados  . |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hacer seguimiento | Reporte de | Reporte de la | 3/01/2024 | 31/12/2024 | # | de |
| con la atención | informes | atención de la | solicitudes  atendidas la  E.S.E / # de solicitudes Facturadas por la E.S.E. | | | |
| brindada por el | mensuales # de | Oficina de |
| área asistencial de | atenciones en el | crecimiento, |
| la E.S.E versus la | área asistencial | desarrollo y |
| facturada. | VS # de | planificación |
|  | atenciones | familiar y |
|  | facturadas. | citología. |
|  |  | Reporte de la |
|  |  | atención |

realizada por

Odontología; Reporte de información

de la atención

brindada en control prenatal, crónico, vacunación, y laboratorio. Finalmente, el informen comparativo con los responsables en el área de facturación.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
| **R16** | **GESTIÓN DE COMUNICACIO NES** | Posibilidad de  recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de acceder, filtrar o emitir información sin autorización | Actuación  indebida por parte de los profesionales  a cargo del proceso, incumpliendo los protocolos establecidos para la publicación de información | 1. Rara vez | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Revisión de los  contenidos publicados por parte del Directivo o por el profesional del área correspondiente. | Correo  electrónico de las aprobaciones de los contenidos a publicar | Gerente, personal autorizado de la página web de la entidad, control interno,  oficina de recursos humanos | 3/01/2024 | 31/12/2024 | # contenidos  publicados revisados por el área correspondi  ente/ total  de contenidos publicados |
| Encubrimiento de  información para favorecer a funcionarios de la E.S.E. |
| Realizar una campaña de divulgación  interna para  sensibilizar a los colaboradores de la E.S.E sobre el Ética profesional. | Intranet, carteleras electrónicas, protectores de pantalla, pregonero y correo electrónico | 3/01/2024 | 31/12/2024 | # campaña realizada / total de campaña programada |

**R17**

**DISEÑO DE POLITICA E INSTRUMENTO S**

Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros por formular

políticas o instrumentos de política pública que favorezcan a un particular o a un interés propio.

No se cuenta con un proceso de gestión del conocimiento que permita documentar

las lecciones aprendidas, aciertos y desaciertos misionales; así como

socializar al

interior de las dependencias

y entre dependencias sus procesos

1. Rara vez 5.

Catastrófico

Extremo Reducir el riesgo

Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal.

Realizar al menos dos (2) reuniones de transferenciade conocimiento

entre los equipos de los temas de competencia.

Listados de asistencia / Presentaciones / Documentos

Gerente; área asistencial y administrativo

3/01/2024 31/12/2024 Número d e actividades desarrollada

s / Número

de actividades ejecutadas

\*100

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | Falta  instrumento de seguimiento y  control al diseño de instrumentos |  |  |  |  |  | Diseñar un (1) instrumento para efectuar el seguimiento y control a las acciones que adelanta la planeación estratégica de la entidad | Instrumento de seguimiento | Gerente | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Instrumento de seguimiento |
| Definir instrumentos incumpliendo el procedimiento |
| Selección de modalidades que disminuyen los niveles de transparencia por incumplimient  o en los tiempos de planeación | Definir el 100% de los instrumentos de política a desarrollar  durante la vigencia  2024 | Acta de reunión / Listado de asistencia | Gerente | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Acta de reunión |
| Excesiva discrecionalida d en la definición de instrumentos, Incumpliendo | Efectuar al menos una (1) revisión y retroalimentación de los instrumentos generados área | Listados de asistencia / Documentos | Gerente | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Número de instrumento  s revisados / Número  total de instrumento |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | el  procedimiento establecido |  |  |  |  |  | administrativa por  parte de la dirección |  |  |  |  | s  identificados  \*100 |
| **R18** | **EVALUACIÓN DE POLÍTICA** | Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de manipular o entregar información de los resultados de evaluación de política o instrumentos de política, para favorecer a un particular. | Existencia de  un procedimiento desactualizad  o que no  contemple las acciones necesarias  para la  evaluación de política. | 1. Rara vez | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Efectuar en cada sesión (4) de la junta directiva dela E.S.E  seguimientos al avance de los compromisos definidos en el comité directivo | Seguimiento al Plan de Acción; políticas de planeación estratégicas de  la entidad. | Gerente, Junta directiva, control  interno. | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Número de actividades desarrollada  s / Número  de actividades ejecutadas  \*100 |
| Falta de construcción  de lecciones aprendidas en relación con las metodologías que permitan evaluar la Política Publica de Salud. |
| No está claramente definida una instancia de revisión de los resultados de |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | evaluación de  política |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Realizar evaluaciones de política sin  atender los  requerimiento s de ley o los procedimiento s internos. |
| Falta de instrumentos objetivos de evaluación actualizados |

Actuación indebida por parte de los profesionales mediante la manipulación

o alteración de

los activos de información existentes de la construcción de la política,

de la formulación

del instrumento o de la implementació n de este (programas y proyectos)

**R19**

**IMPLEMENTACI ON DE POLITICAS PÚBLICAS EN SALUD**

Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros por la realización de asistencias técnicas.

Inexistencia de variables objetivas para la planeación y seguimiento

de la prestación de la asistencia técnica. (No justificar técnicamente la necesidad de prestar el

servicio de asistencia técnica).

2. Improbable

5. Catastrófico

Extremo Reducir el riesgo

Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal.

Actualizar y socializar el procedimiento de Asistencia Técnica e incluir el uso de herramientas para el tratamiento de la información digital.

Procedimiento actualizado

Listas de asistencia

área asistencial del centro de Salud

3/01/2024 31/12/2024

Procedimien to actualizado.

Socializacion es realizadas

/

programada s

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | Actuación indebida por parte de los profesionales  a cargo del proceso solicitando o aprobando asistencias técnicas que no se requieren. |  |  |  |  |  | Definir los  requerimientos para iniciar con el pilotaje de la herramienta de programación y seguimiento a la ejecución de la asistencia técnica. | Requerimientos definidos. | área asistencial | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Requerimien tos definidos |
| Iniciar con el piloto de la herramienta de programación y ejecución de la asistencia técnica | 1 pilotaje de herramienta. | área asistencial | 3/01/2024 | 31/12/2024 | 1 pilotaje de herramienta |
| Excesiva discrecionalida d de los funcionarios. | Manejo y disposición de las evidencias de las asistencias  técnicas  realizadas, de  acuerdo con el procedimiento | Evidencias documentales  de Asistencia  técnica. | área  Asistencial | 3/01/2024 | 31/12/2024 | # evidencias documental es / # asistencias técnicas |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
| **R20** | **IMPLEMENTACI ON DE POLITICAS PÚBLICAS EN SALUD** | Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros por permitir la utilización de los | Inclusión de  gastos no identificados  en la  formulación | 1. Rara vez | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Designar el supervisor / interventor en el  100% de los contratos | Contratos / Convenios | Gerente;  asesor jurídico; funcionarios designados a supervisar | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Número de contratos firmados / Número de total de contratos  \*100 |

recursos asignados a un proyecto, con el fin de beneficiar a un particular.

Incumplimient o de los controles de supervisión

por debilidades de conocimientos y formación en el ejercicio de la supervisión y el tiempo para el cumplimiento de las obligaciones

de la supervisión.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | Influencia de  terceros o cartelización  de la oferta en la toma de decisiones institucional |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | Inclusión de  beneficiarios que presentan información falsa para ser admitidos dentro de los programas  tipo contrato social. |  |  |  |  |  | Definición de requisitos en el  100% de los  contratos o convenios que adelante la E.S.E. Verificación de cumplimiento de requisitos para acceder a contratos y convenios por parte de los oferentes. | Contratos / Convenios | Asesor Jurídico; gerente; control interno | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Número de contratos - convenios con el total de requisitos  / Número de  total de contratos - convenios  \*100 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | Ejecutar  proyectos sin atender los requerimiento  s de ley o los procedimiento s internos de la E.S.E. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Actuación indebida por parte de los profesionales  a cargo del proyecto direccionando la ejecución de recursos. |
| **R21** | **IMPLEMENTACI ON DE POLITICAS PÚBLICAS EN SALUD** | Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros por manipular u omitir información de control y seguimiento que conllevan a determinar irregularidades | Actuación indebida por parte de los profesionales  a cargo del  proceso al omitir la obligación de informar las irregularidade  s detectadas  en cumplimiento de sus | 1. Rara vez | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Capacitar a servidores y contratistas sobre normatividad y los lineamientos del proceso que enfaticen en los controles y las responsabilidades que se tiene al ejercer actividades relacionadas con la función pública | Listas de asistencia, actas e informes de capacitación, socialización y aplicación | Gerente; funcionarios delegados a la supervisión contractual, control interno. | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Una capacitación efectuada a público objetivo |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  |  | que afectan la  prestación del servicio educativo para beneficiar a un tercero. | funciones,  buscando el beneficio propio o de un tercero. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Influencia de terceros en la toma de decisiones institucional | Ejecución de seguimiento de acuerdo con la priorización y programación efectuada. | Actas de seguimiento | Seguimiento  s efectuados  de acuerdo con la priorización efectuada. |
| Amenazas a servidores o contratistas |
| **R22** | **IMPLEMENTACI ON DE POLITICAS PÚBLICAS EN EDUCACIÓN** | Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de emitir respuestas a solicitudes o trámites sin el cumplimiento de requisitos, con información  falsa y/o | Influencia de terceros en la toma de decisiones institucional | 3. Posible | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Realizar procesos capacitación, inducción y reinducción con los colaboradores sobre las responsabilidades al ejercer actividades relacionadas con la función pública. | Listas de asistencia y soportes de capacitación | Oficina de Recursos Humanos, área de calidad de la entidad; control interno | 3/01/2024 | 31/12/2024 | # procesos de capacitación e inducción realizados / Programado s |
| Actuación indebida por parte de los profesionales  a cargo del proceso al omitir verificar los requisitos y/o revisar la información, o |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
| agilizando la  respuesta para  favorecer  intereses particulares. | incumplir los  turnos  asignados, en  el ejercicio de sus funciones, buscando el beneficio propio o de un tercero. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Amenazas a servidores o contratistas | Promover la denuncia en los servidores públicos frente a hechos de corrupción y realizar el acompañamiento y protección a los servidores que denuncian o son amenazados | Registros de promoción de la denuncia y de acompañamient oo y protección alos servidores que denuncian | Control interno de la entidad; Oficina de Recursos Humanos; Gerente. | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Registros de promoción |
| El poder discrecional del servidor público. | Implementar revisiones aleatorias con respecto al | Registros de revisiones | Gerente; jefes de cada área; Control | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Registros de revisiones |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | Falta de  motivación en la toma de decisiones de los profesionales  a cargo de la  evaluación y/o verificación de la prestación del servicio educativo por poder discrecional. |  |  |  |  |  | manejo de los tramites identificando posibles casos de discrecionalidad (y/o falta de motivación en sus decisiones) de servidores para realizar los mismos. |  | interno de la entidad |  |  |  |
| Manipular o alterar la información  de los sistemas que soportan los trámites de la E.S.E | Establecer un código de integridad en la entidad. | Código de integridad | Gerente | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Código implementa do |

Asesor Jurídico; Gerente; jefes de las diferentes áreas

3/01/2024 31/12/2024

**R23**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **GESTIÓN DE ALIANZAS** | Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para gestionar alianzas que favorezcan intereses particulares. | Desconocimie  nto u omisión de la aplicación de los criterios definidos a nivel institucional  en términos de  suscripción de alianzas, para beneficiar a un oferente. | 1. Rara vez | 5. Catastrófico | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Socializar al  interior de la E.S.E los lineamientosde suscripción de alianzas | nota pregonera, nota mensaje de interés,  nota banner |  |  |  |  |
| Influencia de | Revisión de antecedentes de | documentos de revisión | Asesor  Jurídico; | 3/01/2024 | 31/12/2024 | soportes de la revisión de |

2 mecanismos de socialización

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | terceros en la toma de decisiones institucional |  |  |  |  |  | los aliados con los que se suscribirá una alianza, que permita conocer su estado frente a entes de control. |  | Gerente; jefes de las diferentes áreas |  |  | antecedente s |
| **R24** | **EVALUACIÓN Y ASUNTOS DISCIPLINARIO S** | Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para incidir indebidamente en el resultado de una investigación disciplinaria. | 1. Falta de  supervisión sobre el desarrollo de las investigacione  s y el cumplimiento de términos procesales. | 3. Posible | 4. Mayor | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Realizar control trimestral para verificar que no se materialice el riesgo | Informes de seguimiento y control  trimestral | Responsable del Proceso de investigacione s Disciplinarias | 3/01/2024 | 31/12/2024 | # de seguimiento  s realizados /  programado  s |
| 2. Influencia de terceros en los resultados de una investigación disciplinaria. |
| 3. La sustitución de personal de planta por contratistas de prestación de servicios para desarrollar la función disciplinaria y | Informar como servidor puede denunciar casos de corrupción. | Publicaciones realizadas | Responsable del Proceso de investigacione s Disciplinarias | 3/01/2024 | 31/12/2024 | # de publicacione  s realizadas /  programada s |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | posibles  actuaciones contrarias a derecho por parte de contratistas. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Investigacione s disciplinarias carentes del material probatorio  para tomar  decisiones, debida a la mora u omisión por parte de las dependencias de la E.S.E, en el suministro de  información requerida |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  | Falta de  abogados vinculados a la planta  personal de la E.S.E, para la práctica de pruebas. |  |  |  |  |  | Solicitar a la  oficina de Talento humano la inclusión en el plan de capacitación institucional, la capacitación de servidores  públicos del área de Control Interno Disciplinario, para aplicar a cursos. | Solicitud realizada | Responsable del Proceso de investigacione s Disciplinarias | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Solicitud realizada |
| Falta de idoneidad para adelantar un proceso disciplinario. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
| **R25** | **GESTIÓN DEL CONOCIMIENT O E INNOVACIÓN** | Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de hacer uso del conocimiento institucional  para favorecer a un particular. | 1. Insuficiencia  en la identificación y revisión de los mecanismos existentes y aplicables para proteger los derechos de autor y la propiedad intelectual de la E.S.E. | 1. Rara vez | 3. Moderado | Moderado | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Revisar los mecanismos y controles en materia de contratación que se aplican para proteger los derechos de autor y la propiedad intelectual. | Clausulas ajustadas e implementadas relacionadas con derechos de autor y propiedad intelectual de la E.S.E. | Gerente; Asesor jurídico. | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Mecanismos revisados |
| 2. Intereses subjetivos  para no proteger, o proteger como no se debe, derechos de autor |
| **R26** | **ASISTENCIAL** | Suplantación de pacientes | Falta de verificación redundante de la verificación del usuario | 1. Rara vez | 3. mayor | extremo | Reducir el riesgo | iniciarla investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Verificar la  identificación del paciente corroborando nombres, apellidos, numero  de documentos, foto, domicilio, fecha de nacimiento, lugar | Verificación de  Cedulas | Personal de enfermería y medico; facturación | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Pacientes con verificación de la identificació  n /total de  pacientes |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
|  |  |  |  |  |  |  | de expedición de documento. |  |  |  |  |  |
| **R27** | **ASISTENCIAL** | Subfacturación de servicios prestados | Perdida de bienes y/o exámenes,  falta de registro de los reportes dentro de las valoraciones médicas, falta de comprobación de derechos o autorización  de servicios | 1. Rara vez | 3. mayor | extremo | Reducir el riesgo | iniciarla investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Procedimientos de custodia y diligenciamiento  de historias clínicas | Historias clínicas | Personal de enfermería y medico; facturación | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Procesos actualizados sistemas/tot al procesos sistemas |
| **R28** | **ASISTENCIAL** | Sobrefacturació n de servicios prestados | Existencia de  solicitudes sin reportes de realización del servicio | 1. Rara vez | 3. Moderado | Extremo | Reducir el riesgo | Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Procedimientos de custodia y diligenciamiento  de historias clínicas | historias clínicas | Personal de enfermería y medico; facturación | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Procesos actualizados sistemas/tot al procesos sistemas |
| **R29** | **ASISTENCIAL** |  | falta de control en el | 1. Rara vez | 3. mayor | extremo | Reducir  el riesgo | iniciar la  investigación | Identificar los  gastos exagerados | Reporte de salida de | Personal de  enfermería y | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Procesos  actualizados |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Proceso** | **Riesgo** | **Causas / Vulnerabilidad es** | **RIESGO RESIDUAL** | | | **Política de Manejo del Riesgo** | **Acción de**  **Contingencia** | **Actividad** | **Soporte / Registro** | **Responsable / Actividad** | **Fecha Inicial** | **Fecha final** | **Indicador** |
| **Probabilidad** | **Impacto** | **Zona de**  **Riesgo** |
| Uso indebido de los recursos de la institución | suministro de recursos para la prestación de los servicios en las diferentes áreas |  |  |  |  | disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | de insumos en relación con los servicios  prestados | almacén y farmacia | medico; facturación; área de farmacéutica; almacén, y demás áreas que se requieran. |  |  | sistemas/tot al procesos sistemas |
| **R30** | **TRANSPORTE** | Inactividad del vehículo | Deterioro del vehículo que por su actividad se deterioran con el pasar del tiempo y no son posibles de evidenciar en un mantenimient  o preventivo | 1. Rara vez | 3. mayor | extremo | Reducir el riesgo | iniciarla investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | Formato de mantenimiento preventivo en el cual se programan los mantenimientos y si tienen como referencia el kilometraje y tiempo de cada uno de los vehículos | Facturas de servicios | Gerente; conductores; supervisores | 3/01/2024 | 31/12/2024 | vehículos con formato diligenciado del mantenimie nto/total vehículos |
| **R31** | **TRANSPORTE** | Robo de vehículos asistencial | vandalismo | 1. Rara vez | 3. mayor | extremo | Reducir el riesgo | iniciarla  investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondien tes para el proceso penal. | pólizas de seguros todo riesgo actualizadas | Pólizas vigentes | Gerente; supervisor designado | 3/01/2024 | 31/12/2024 | Vehículos con póliza/total de vehículos |