PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2025

"

ESE HOSPITAL SAN ANDRÉS APOSTOL

RESOLUCIÓN No. 037 de 13 enero de 2025

POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCION AL CIUDADANO 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 2025, 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 verificará 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.

___----------

(MARGARITA HELENA GUERRERO RODRIGUEZ)

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 2025.

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 2025, 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 de Atención 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 2018-2025. "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	Acuerdo No. 010 de 07 de Abril de 1996 mediante el cual se transforma la empresa. Social del Estado,
INFORMACIÓN GERENTE ACTUAL	Margarita Helena Guerrero Rodriguez

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 2027, 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 laspersonas.
- ✓ Impedir el beneficio de terceros por uso no autorizado de la empresa y de laspersonas.
- ✓ Impedir el beneficio de terceros por uno no autorizado de información y procesosInstitucionales.
- ✓ 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 derechosy 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 calidadde vida a la población.

Transparencia: Entiéndase que la información de la E.S.E esregulada, 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 2025, 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 favorecerla 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, beneficiara ciudadanía a través de la atención oportuna, trasparente y óptima.

7. INDICADOR PAAC.

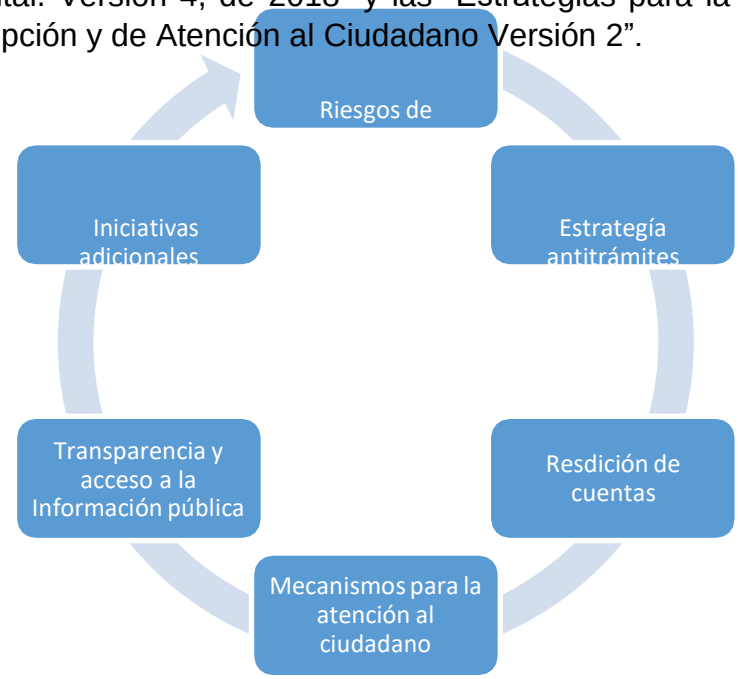
INDICADOR	PRODUCTO
(# de actividades ejecutadas / total de actividades) *100	Plan de Anticorrupción y atención al Ciudadano Implementado.

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".



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 objetivoso 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 dirigiry 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 2025 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 paralos 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 paraAdministración 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 losprocesos 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 emitidopor 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 riesgoen 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, entre otros.

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**	**Indicadores**	**Responsable**	**Fecha Programada**
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	30/08/2025
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.	30/08/2025

COMPONENTE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN					
Subcomponente /Proceso	**Actividades**	**Meta o Producto**	**Indicadores**	**Responsable**	**Fecha Programada**
	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 /01/2025 30/12/2025
	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.	31/01/2025- 31/12/2025
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	30/08/2025
	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	31/01/2025- 31/12/2025
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	10/05/2025 10/09/2025 30/12/2025

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								
NOMBRE DEL TRÁMITE O PROCEDIMIENTO	TIPO DE RACIONALI-ZACIÓN	ACCIÓN ESPECIFICA DE RACIONALIZACION	SITUACION ACTUAL	DESCRIPCION DE LA MEJORA A REALIZAR AL TRAMITE PROCESO O PROCEDIMIENTO	BENEFICIO AL CIUDADANO Y/O ENTIDAD	DEPENDENCIA RESPONSABLE	FECHA REALIZACIÓN	
							INICIO dd/mm/aa	FIN dd/mm/aa
Entrega inmediata de documentos confidenciales de historia clínica, resultados de examen de laboratorio	Tecnología	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.	Actualmentete las historias clínicas son manuales, se entregan de forma física, cumpliendo o el proceso de archivo y demora 8	Contar con la información digitalizada de forma inmediata, facilitando el acceso de lasáreas involucradas, y mayor agilidad para los usuarios involucrados.	Menor tiempo para el acceso de la información. Menores costos puestos evita el desplazamientoto doble de los usuarios al punto de atención y por ende ahorro de	Archivo	01/02/2025	31/12/2025

COMPONENTE 2: RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES								
NOMBRE DEL TRÁMITE O PROCEDIMIENTO	TIPO DE RACIONALI-ZACIÓN	ACCIÓN ESPECIFICA DE RACIONALIZACION	SITUACION ACTUAL	DESCRIPCION DE LA MEJORA A REALIZAR AL TRAMITE PROCESO O PROCEDIMIENTO	BENEFICIO AL CIUDADANO Y/O ENTIDAD	DEPENDENCIA RESPONSABLE	FECHA REALIZACIÓN	
							INICIO dd/mm/aa	FIN dd/mm/aa
Citas médicas vía telefónicas y WhatsApp	tecnología	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 demorando 5 días calendarios para la otorgación de citas.	Evitar el desplazamiento de los usuarios.	Tiempo y uso de transporte para realizar el tramite	Área de Archivo	01/02/2025	31/12/2025
Tele consulta	Asistencia por tele consulta	Citas diarias de acuerdo con prioridad de triaje	Con la emergencia 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 desplazamiento de los usuarios.	Tiempo y uso de transporte para realizar el trámite.	Cuerpo Médico asignado y área de atención al usuario por tele consulta.	01/01/2025	31/12/2025

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 interiorde la administración, los resultados y los avances de la gestión.
- ✓ **Diálogo:** Garantizar un diálogo en doble vía que permita que los grupos de interésy de valor identifiquen los temas sobre los que quieren profundizar y hagan preguntas sobre la administración. Además, supone la generación de escenariospara 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 deesta. 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 acontinuación:

- ✓ 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 webde 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//2025 30/12/2025
	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//2025 30/12/2025
	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	01/02/2025 – 30/12/2025
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	30/11/2025 20/12/2025
	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	30/11/2025 - 30/12/2025

	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	30/12/2025
	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	01/03/2025 - 30/12/2025
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	30/11/2025
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	30/12/2025
	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	30/12/2025
	Consolidar y Analizar el resultado de la encuesta.	Resultado Técnico sobre la consolidación de la información	1	Oficina de Control Interno	30/01/2025
	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	30/01/2025
	Realizar autoevaluación del desarrollo del proceso de rendición de cuentas.	Acta de autoevaluación	1	Junta Directiva, comité de usuarios y sociedad en general	30/01/2025
	Estructurar el plan de mejora de la audiencia de rendición de cuentas	Plan de Mejora	1	Gerente y áreas responsables	30/01/2025

	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	30/01/2025

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 Ley1577 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 clientesinternos 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 laAsociación 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**	**Indicador**	**Responsable**	**Fecha programada**
1. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Dotación y acondicionamiento de la oficina de Ventanilla Única, mejorando el sistema de información	Profesional designado	1	Gerencia	01/02/2025 - 31/12/2025
	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	01/02/2025 - 31/12/2025
	Consolidar semestralmente la información estadística de las PQRSDde la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL	Informes semestrales	2	Oficina de talento humano	01/02/2025 - 31/12/2025
2. FORTALECIMIENTO 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	01/07/2025 - 31/12/2025

COMPONENTE 4: ATENCIÓN AL CIUDADANO					
Subcomponente /Proceso	**Actividades**	**Meta o Producto**	**Indicador**	**Responsable**	**Fecha programada**
CANALES DE ATENCIÓN		Sistema de información implementado en todas las dependencias del Centro de Salud San José de Toluviejo.	1	Oficina de Talento Humano	01/02/2025 - 31/12/2025
	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	01/02/2025 - 31/12/2025
	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	01/02/2025 - 31/12/2025
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	30/03/2025
	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	01/02/2025 - 30/12/2025
	Estimular o generar el reconocimiento al mejor funcionario de la ESE	Funcionarios galardonados con el reconocimiento por buen desempeño	1	Oficina de Talento Humano	30/11/2025
	Realizar la evaluación de desempeño laboral.	Sistema Tipo implementado	2	Oficina de Talento Humano, jefes inmediatos y responsable TIC	01/07/2025 - 30/12/2025
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.	01/02/2025 - 30/12/2025
	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	01/07/2025 - 30/12/2025
	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	30/12/2025

COMPONENTE 4: ATENCIÓN AL CIUDADANO					
Subcomponente /Proceso	**Actividades**	**Meta o Producto**	**Indicador**	**Responsable**	**Fecha programada**
5. RELACIONAMIENTO 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	30/12/2025
	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	01/02/2025 - 30/12/2025
	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	30/12/2025

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 de Transparencia 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 objeto de 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					
Subcomponente /Proceso	**Actividades**	**Meta o Producto**	**Indicador**	**Responsable**	**Fecha programada**
1. LINEAMIENTOS DE TRANSPARENCIA 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	01/02/2025 - 31/12/2025
	Publicación de datos abiertos.	Publicación de datos abiertos actualizada	1	Oficina de talento Humano / Responsable TIC	30/06/2025 30/11/2025
	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	30/03/2025 - 30/12/2025
	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	01/02/2025 - 31/12/2025
3. ELABORACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS 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	01/02/2025 - 30/12/2025
	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	01/02/2025 - 30/12/2025
	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	01/02/2025 - 30/12/2025

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	01/02/2025 - 30/12/2025

COMPONENTE 5: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN					
Subcomponentee /Proceso	**Actividades**	**Meta o Producto**	**Indicador**	**Responsable**	**Fecha programada**
	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	01/02/2025 - 30/12/2025
	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	01/02/2025 - 30/12/2025
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	01/02/2025 - 30/12/2025

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**	**Indicador**	**Responsable**	**Fecha programada**
1. CÓDIGO DE INTEGRIDAD	Elaboración Código de Integridad de la ESE HOSPITAL SAN ANDRES APOSTOL	Código elaborado	1	Gerencia Oficina de talento Humano	30/06/2025

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 para este 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 a las acciones contempladas en el Plan le corresponde a la Oficina de Control Interno. Esta dependencia, deberá realizar control a 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 / Vulnerabilidades	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	CONTRATACIÓN	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 procedimientos 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 correspondientes 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	3/01/2025	31/12/2025	100% de los procesos contractuales publicados en el SECOP.

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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.	3/01/2025	31/12/2025	100% Memorandos de designación que reposan en los expedientes de los procesos contractuales
			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	3/01/2025	31/12/2025	dos capacitaciones 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 correspondientes para el proceso penal.	Reasignar la función a otro auditor	Documento de reasignación	Gerencia; Jefe de Oficina de Control Interno	3/01/2025	31/12/2025	Auditorías reasignadas

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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. Falta de conocimiento e interiorización código de integridad del auditor. Influencia de terceros en la actuación de los Profesionales						Adelantar las acciones jurídicas a que haya lugar	Traslado a la autoridad competente	Gerencia; Jefe de Oficina de Control Interno	3/01/2025	31/12/2025	Traslados realizados

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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 correspondientes para el proceso penal.	Reasignar la función a otro auditor	Documento de reasignación.	Jefe de Control Interno	3/01/2025	31/12/2025	Auditorías reasignadas

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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. Influencia de terceros en la actuación de los profesionales responsables del proceso						Adelantar las acciones jurídicas a que haya lugar (Disciplinarias, penales o fiscales)	Traslado a la autoridad competente	Jefe de Oficina de Control Interno	3/01/2025	31/12/2025	Traslados realizados

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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.	Favorecimiento propio y/o a un tercero en particular. 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	2. Improbable	5. Catastrófico	Extremo	Reducir el riesgo	Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondientes 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	3/01/2025	31/12/2025	# Informes realizados / Meta

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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.	Desconocimiento 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 correspondientes 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	3/01/2025	31/12/2025	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.	3/02/2025	31/12/2025	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,	3/01/2025	31/01/2025	# de ejercicios de resultado comparativo

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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 inadecuadamentee los recursos, que favorezcan intereses particulares.	a cargo del proceso buscando el direccionamiento de los modelos. 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.					acuerdo con las inconsistencias identificadas, si se trata de vigencia actual.	distribución diseñados, validando históricos de distribución.		asesor Financiero			s / total de distribuciones por año
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 inconsistencias 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/formación del talento humano en temas de planeación desarrollados	Gerente	3/01/2025	31/12/2025	* Estrategia de comunicaciones desarrollada * Talleres/ reuniones (Convocatoria, Listas de asistencia,

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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					presentaciones)
			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	3/01/2025	31/12/2025	* 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 / Vulnerabilidades	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 inconsistencias 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.	3/01/2025	31/12/2025	No. de Acuerdos de intercambio/ Licencias de uso/ Cartas de compromiso y confidencialidad 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	1/06/2025	31/12/2025	No. de matrices de riesgo del proceso de auditoría revisada y aprobada

			Posibilidad de manipular la información estadística.			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.	Definir un calendario de publicación en página web institucional, de la información estadística y para datos abiertos.	Calendario de publicación de información estadística.	Gerente; Responsable de cargar la información en la Paginas web; jefe de control interno, área de talento humano, financiera y asistencial.	3/01/2025	31/12/2025	No. De calendarios de publicación de información publicada.

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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. Posible modificación de la documentación o la información contenida en la historia laboral de los servidores.	1. Rara vez	4. Mayor	Alto	Reducir el riesgo	Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondientes 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.	3/01/2025	31/12/2025	Número de certificaciones erróneas Vs. Número de certificaciones revisadas.
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 responsabilidad para la parametrización del Aplicativo Debilidad en la revisión y aprobación de la prenominal por parte de las instancias pertinentes.	1. Rara vez	5. Catastrófico	Extremo	Reducir el riesgo	Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondientes 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.	3/01/2025	31/12/2025	Número de denuncias, quejas o reclamaciones reportados como casos de corrupción.

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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 correspondientes 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	3/01/2025	31/12/2025	Cantidad de etapas ejecutadas en el procedimiento Vs Cantidad de etapas establecidas en el procedimiento
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	1/02/2025	30/06/2025	Capacitación realizada

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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.					correspondientes 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.	1/02/2025	31/12/2025	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.	Tiempo de respuestas internas entre las diferentes dependencias con el área jurídica	Jurídica	Oficina Asesora	31/12/2025	Estrategia de comunicación implementada/ estrategias de comunicación proyectada

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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 correspondientes 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	3/01/2025	31/12/2025	# de sistemas con roles definidos / número de sistemas del MEN
			Ataques por hackers.								Jefe Oficina de tecnología	3/01/2025	31/12/2025	# verificaciones realizadas / programadas
			Virus Informáticos											
			Ingeniería Social.											
			Falta de Verificación de vulnerabilidades 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	3/01/2025	31/12/2025	Porcentaje de reporte de información usando las TIC.

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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.											

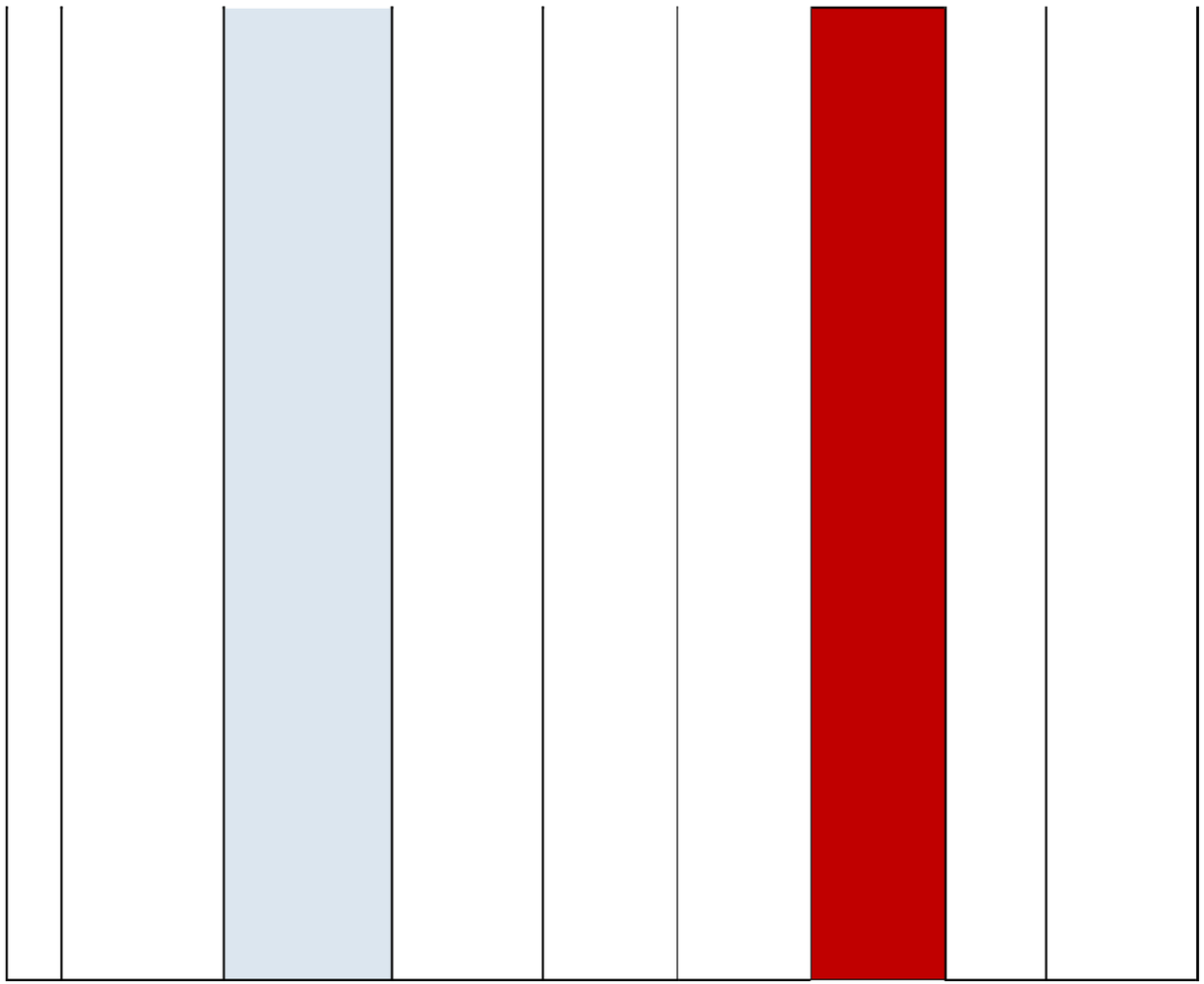
No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	RIESGO RESIDUAL			Política de Manejo del Riesgo	Acción de Contingencia	Actividad	Soporte / Registro	Responsable / Actividad	Fecha Inicial	Fecha final	Indicador
				Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo								
R14	SERVICIO AL CIUDADANO	Posibilidad de recibir 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 administrativos, cargada en el sistema.	2. Improbable	5. Catastrófico	Extremo	Reducir el riesgo	Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondientes 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	3/01/2025	31/12/2025	# sensibilizaciones realizadas / programadas #publicaciones realizadas / programadas

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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 administrativos.											
			Realizar de forma incorrecta una ejecutoria.											
			No compulsar copias de manera oportuna											
			No realizar la publicación de los Actos Administrativos ya sea en la página web o en el diario oficial.											

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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 correspondiente											
			Aprobar los formatos incorrectos para la publicidad de Actos Administrativos Deterioro de los documentos (rompen, arrugan)											

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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 correspondientes 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	3/01/2025	31/12/2025	# 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	3/01/2025	31/12/2025	# de actualizaciones y mantenimiento a las plataformas realizadas

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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	3/01/2025	31/12/2025	# de reportes presentados.



Hacer seguimiento con la atención brindada por el área asistencial de la E.S.E versus la facturada.	Reporte de informes mensuales # de atenciones en el área asistencial VS # de atenciones facturadas.	Reporte de la atención de la Oficina de crecimiento, desarrollo y planificación familiar y 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.	3/01/2025	31/12/2025	# de solicitudes atendidas la E.S.E / # de solicitudes Facturadas por la E.S.E.

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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 COMUNICACIONES	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 Encubrimiento de información para favorecer a funcionarios de la E.S.E.	1. Rara vez	5. Catastrófico	Extremo	Reducir el riesgo	Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondientes 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	3/01/2025	31/12/2025	# contenidos publicados revisados por el área correspondiente/ total de contenidos publicados
									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		3/01/2025	31/12/2025	# campaña realizada / total de campaña programada

R17	**DISEÑO DE POLITICA E INSTRUMENTOS**	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 correspondientes 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	3/01/2025	31/12/2025	Número de actividades desarrolladas / Número de actividades ejecutadas *100

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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	3/01/2025	31/12/2025	Instrumento de seguimiento
			Definir instrumentos incumpliendo el procedimiento											
			Selección de modalidades que disminuyen los niveles de transparencia por incumplimiento en los tiempos de planeación						Definir el 100% de los instrumentos de política a desarrollar durante la vigencia 2025	Acta de reunión / Listado de asistencia	Gerente	3/01/2025	31/12/2025	Acta de reunión
			Excesiva discrecionalidad en la definición de instrumentos, Incumpliendo						Efectuar al menos una (1) revisión y retroalimentación de los instrumentos generados área	Listados de asistencia / Documentos	Gerente	3/01/2025	31/12/2025	Número de instrumentos revisados / Número total de instrumento

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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 desactualizado o que no contemple las acciones necesarias para la evaluación de política. 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	1. Rara vez	5. Catastrófico	Extremo	Reducir el riesgo	Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondientes 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.	3/01/2025	31/12/2025	Número de actividades desarrolladas / Número de actividades ejecutadas *100

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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 requerimientos de ley o los procedimientos 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 implementación de este (programas y proyectos)															

R19	**IMPLEMENTACION 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 correspondientes 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	3/01/2025	31/12/2025	Procedimiento actualizado. Socializaciones realizadas / programadas

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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	3/01/2025	31/12/2025	Requerimientos definidos
									Iniciar con el piloto de la herramienta de programación y ejecución de la asistencia técnica	1 pilotaje de herramienta.	área asistencial	3/01/2025	31/12/2025	1 pilotaje de herramienta
			Excesiva discrecionalidad 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	3/01/2025	31/12/2025	# evidencias documentales / # asistencias técnicas

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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	IMPLEMENTACION 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 correspondientes para el proceso penal.	Designar el supervisor / interventor en el 100% de los contratos	Contratos / Convenios	Gerente; asesor jurídico; funcionarios designados a supervisar	3/01/2025	31/12/2025	Número de contratos firmados / Número de total de contratos *100

		recursos asignados a un proyecto, con el fin de beneficiar a un particular.	Incumplimiento 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 / Vulnerabilidades	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 / Vulnerabilidades	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	3/01/2025	31/12/2025	Número de contratos - convenios con el total de requisitos / Número de total de contratos - convenios *100

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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 requerimientos de ley o los procedimientos internos de la E.S.E.											
			Actuación indebida por parte de los profesionales a cargo del proyecto direccionando la ejecución de recursos.											
R21	IMPLEMENTACION 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 irregularidades detectadas en cumplimiento de sus	1. Rara vez	5. Catastrófico	Extremo	Reducir el riesgo	Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondientes 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.	3/01/2025	31/12/2025	Una capacitación efectuada a público objetivo

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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				Seguimientos efectuados de acuerdo con la priorización efectuada.
			Amenazas a servidores o contratistas											
R22	IMPLEMENTACION 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 correspondientes 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	3/01/2025	31/12/2025	# procesos de capacitación e inducción realizados / Programados
			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 / Vulnerabilidades	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 acompañamiento o y protección alos servidores que denuncian	Control interno de la entidad; Oficina de Recursos Humanos; Gerente.	3/01/2025	31/12/2025	Registros de promoción
			El poder discrecional del servidor público.						Implementar revisiones aleatorias con respecto al	Registros de revisiones	Gerente; jefes de cada área; Control	3/01/2025	31/12/2025	Registros de revisiones

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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	3/01/2025	31/12/2025	Código implementado

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.	Desconocimiento 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 correspondientes 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	Asesor Jurídico; Gerente; jefes de las diferentes áreas	3/01/2025	31/12/2025	2 mecanismos de socialización
			Influencia de						Revisión de antecedentes de	documentos de revisión	Asesor Jurídico;	3/01/2025	31/12/2025	soportes de la revisión de

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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			antecedentes
R24	EVALUACIÓN Y ASUNTOS DISCIPLINARIOS	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 investigaciones y el cumplimiento de términos procesales. 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	3. Posible	4. Mayor	Extremo	Reducir el riesgo	Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondientes 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 investigaciones Disciplinarias	3/01/2025	31/12/2025	# de seguimientos realizados / programados
									Informar como servidor puede denunciar casos de corrupción.	Publicaciones realizadas	Responsable del Proceso de investigaciones Disciplinarias	3/01/2025	31/12/2025	# de publicaciones realizadas / programadas

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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.											
			Investigaciones 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 / Vulnerabilidades	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 investigaciones Disciplinarias	3/01/2025	31/12/2025	Solicitud realizada
			Falta de idoneidad para adelantar un proceso disciplinario.											

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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 CONOCIMIENTO 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. 2. Intereses subjetivos para no proteger, o proteger como no se debe, derechos de autor	1. Rara vez	3. Moderado	Moderado	Reducir el riesgo	Iniciar la investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondientes 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.	3/01/2025	31/12/2025	Mecanismos revisados
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 correspondientes 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	3/01/2025	31/12/2025	Pacientes con verificación de la identificación /total de pacientes

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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 correspondientes para el proceso penal.	Procedimientos de custodia y diligenciamiento de historias clínicas	Historias clínicas	Personal de enfermería y medico; facturación	3/01/2025	31/12/2025	Procesos actualizados sistemas/total procesos sistemas
R28	ASISTENCIAL	Sobrefacturación 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 correspondientes para el proceso penal.	Procedimientos de custodia y diligenciamiento de historias clínicas	historias clínicas	Personal de enfermería y medico; facturación	3/01/2025	31/12/2025	Procesos actualizados sistemas/total 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	3/01/2025	31/12/2025	Procesos actualizados

No.	Proceso	Riesgo	Causas / Vulnerabilidades	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 correspondientes 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/total 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 mantenimiento preventivo	1. Rara vez	3. mayor	extremo	Reducir el riesgo	iniciarla investigación disciplinaria, fiscal o remitir a las instancias correspondientes 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	3/01/2025	31/12/2025	vehículos con formato diligenciado del mantenimiento/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 correspondientes para el proceso penal.	pólizas de seguros todo riesgo actualizadas	Pólizas vigentes	Gerente; supervisor designado	3/01/2025	31/12/2025	Vehículos con póliza/total de vehículos