



**E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
DE ITAGÜÍ - Nit. 890.980.066-9**

**PLAN DE ANTICORRUPCIÓN Y DE
ATENCIÓN AL CIUDADANO**

CARLOS FREDY CARMONA RAMIREZ

Gerente



2017

Contenido

PRESENTACION.....	3
1. OBJETIVOS.....	5
2. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN	6
3. MARCO LEGAL Y TEORICO	6
4. COMPROMISO CON LA TRANSPARENCIA	11
5. PRIMER COMPONENTE: IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y ACCIONES DE INTERVENCIÓN	11
5.1 MAPA DE RIESGOS DE LA CORRUPCIÓN	12
6. SEGUNDO COMPONENTE: ESTRATEGIA ANTITRÁMITES.....	12
7. TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS	13
8. CUATRO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE LA TRANSPARENCIA	13
9. QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACIÓN	14
10. SEXTO COMPONENTE: MECANISMOS ADICIONALES	15
ANEXO 1: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	16
ANEXO 2: FORMATO PARA EVALUACIÓN AL PLAN ANTICORRUPCIÓN.....	17

PRESENTACION

La E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí, en su Manual de buen gobierno adoptó los principios, valores y el código de ética que consolidan la cultura institucional mediante un continuo aprendizaje y la participación del personal de la institución; situación que se refleja en la transparencia de todas las actuaciones administrativas, el comportamiento ético como servidores públicos y una clara orientación hacia el cumplimiento de los objetivos de la institución.

El Estatuto Anticorrupción se concibe como la estrategia que la E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí adopta para la lucha contra la corrupción y la atención al usuario, cuyo objetivo es prevenir situaciones que se puedan presentar en el quehacer diario de cada funcionario.

Una buena manera de prever estos eventos es a través de la identificación de los riesgos para lo cual la institución ha adoptado la metodología definida en la guía para la gestión del riesgo de corrupción establecidas mediante el decreto 124 de 2016 para el correspondiente análisis, valoración y definición de estrategias preventivas, detectivas y correctivas.

No obstante lo anterior, se elaborará el Mapa de Riesgo de Corrupción, considerando como insumos básicos la información derivada del AMEF ya trabajada por la institución.

Articulado con el plan de capacitación, se inculca en los funcionarios y el usuario, la cultura de autocontrol y el reconocimiento de los derechos y deberes del uno y del otro.

A través del plan anticorrupción la organización se vincula en la implementación de herramientas que combatan o disminuyan los actos de corrupción en articulación con los diferentes comités de veeduría ciudadanos, los medios de comunicación para generar una cultura de transparencia basado en conocimiento y capacidades de un talento humano conocedor de los valores y la ética de nuestro código.

El equipo directivo gerencial y asistencial se compromete a través de este documento a inculcar en los funcionarios la cultura de autocontrol y lucha contra la corrupción teniendo como referente los principios y valores éticos.

A través de este plan de lucha contra la corrupción, se pretende implementar herramientas orientadas a la prevención y disminución de actos de corrupción en articulación con las instituciones públicas, la empresa privada, la ciudadanía, los medios de comunicación y las organizaciones de la sociedad civil.

Articulado con el plan anticorrupción, la Gerencia de la E.S.E. ha firmado con la Gobernación de Antioquia un pacto por la Calidad y la Transparencia en Salud. Con este pacto el equipo de Gobierno departamental se compromete a velar por los recursos de la salud en el departamento, a garantizar procesos de contratación de cara a la ciudadanía, transparencia en la gestión de los recursos y en la contratación de los insumos, de los medicamentos y del recurso humano.

Se presentan acciones y estrategias tendientes a implementar la **CULTURA DE LA TRANSPARENCIA**, basado en las capacidades y conocimientos del talento humano idóneo y con la experiencia necesaria para rendir a la comunidad con los resultados de una gestión orientada al logro y cumplimiento de nuestro objeto social.

De igual manera, el programa, pretende atender a los requerimientos y lineamientos establecidos por el Sistema de Control Interno, el Modelo Estándar de Control Interno **MECI**, el Código de Ética y Código de Buen Gobierno Institucional que incluyen la formulación, aplicación y seguimiento a los acuerdos, compromisos, y comportamientos éticos que generan y fortalecen la conciencia de control al interior de la entidad.

La Gerencia y el Grupo Directivo de la E.S.E., a través del presente documento reiteran su compromiso de luchar contra la corrupción, y a su vez invitan a los colaboradores a unirse a esta causa, teniendo como referente los principios y valores éticos, en el relacionamiento de la E.S.E., con sus usuarios, proveedores, entidades del sector salud.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Presentar una metodología estándar para la formulación, seguimiento y control del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, que contiene la estrategia señalada en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 124 de 2016, para contribuir en la lucha contra la corrupción, a través del establecimiento de un programa que permita desarrollar estrategias y actividades concretas de anticorrupción, de conformidad con los principios enunciados en la Constitución Política, las demás normas vigentes, el **Manual de Buen Gobierno y el Código de Ética**, orientándose hacia una gestión íntegra y transparente, con principios y valores éticos frente a todos sus grupos de interés.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.2.1. Definir las estrategias de apoyo a la lucha contra la corrupción a desarrollar por el Hospital, aportando a la transformación de condiciones estructurales y funcionales que propicien la corrupción, habilitando un escenario institucional adecuado para la adopción de estrategias concretas en materia de lucha contra la corrupción que orienten la gestión hacia la eficiencia y la transparencia.
- 1.2.2. Fortalecer los mecanismos de atención al ciudadano tendientes a propiciar la cultura de la denuncia de actos corruptos, gestionando la totalidad de las denuncias que se reciban en el hospital utilizando los medios disponibles para aclarar y documentar los hechos de la denuncia.
- 1.2.3. Capacitar e ilustrar a los usuarios para que ejerzan en debida forma su derecho y deber social al control frente a la entidad.
- 1.2.4. Identificar los procesos o áreas más susceptibles o vulnerables frente al riesgo de corrupción para establecer las acciones preventivas en los respectivos mapas de riesgos acorde a la metodología implementada por el Hospital.
- 1.2.6. Identificar e intervenir las causas estructurales que favorecen la existencia del fenómeno de la corrupción en el Hospital y afianzar la cultura de la probidad, la transparencia y los comportamientos éticos de los colaboradores del hospital, sus clientes internos, externos y en general todas las partes interesadas.

2. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

Los lineamientos, estrategias, mecanismos, y gestión de riesgos de lucha contra la corrupción establecidos en el presente documento, serán de riguroso cumplimiento y aplicabilidad por todos los procesos, áreas y colaboradores de La E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí

3. MARCO LEGAL Y TEORICO

3.1 MARCO LEGAL

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

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

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

Ley 489 de 1998: Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Amplia el campo de acción del decreto ley 128 de 1976 en cuanto al tema de inhabilidades e incompatibilidades, incluyendo a las empresas oficiales de servicios públicos domiciliarios

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

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

Decreto- Ley 128 de 1976: Por el cual se dicta el estatuto de inhabilidades, Incompatibilidades y responsabilidades de los miembros de las Juntas Directivas de las entidades descentralizadas y

de los representantes legales de éstas. Es un antecedente importante en la aplicación del régimen de inhabilidades e incompatibilidades de los servidores públicos.

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

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

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

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

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

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

Decreto 2170 de 2002: Por el cual se reglamenta la ley 80 de 1993, se modifica el decreto 855 de 1994 y se dictan otras disposiciones en aplicación de la Ley 527 de 1999. Este decreto dispuso un capítulo a la participación ciudadana en la contratación estatal.

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

Decreto Nacional 1599 de 2005: adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.

Decreto Nacional 124 de 2016: Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano"

Resolución 179 de mayo de 2005 – Por medio de la cual la E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí promulga el código de ética.

Resolución 030 de marzo de 2007 – Por medio de la cual la E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí adopta el Manual de Buen Gobierno.

Resolución 112 de Septiembre de 2008 – Por medio de la cual la E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.

Resolución 040 de Marzo de 2013 – Por medio de la cual la E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí conforma y reglamenta el funcionamiento del comité de ética.

3.2. MARCO TEÓRICO

La corrupción es un mal que destruye y lesiona a los gobiernos, desacredita a las instituciones públicas y privadas, socava a la sociedad y frena el desarrollo. El fenómeno de la corrupción debilita la economía de un país y quebranta a las naciones, a la democracia y al Estado de Derecho, destruye el orden institucional y fortalece la delincuencia y el crimen.

Objetivos de la Ley Anticorrupción:

- Atender las principales causas que generan corrupción.
- Cerrar los espacios que se abren los corruptos para usar la ley a su favor. En este marco se ha identificado que una de las principales actividades para apropiarse de los recursos públicos es a través de la contratación.
- Mejorar los niveles de transparencia en las gestiones de la administración pública en general.
- Disuadir el accionar de los corruptos pues la falta de sanción a los actos de corrupción posibilita una percepción de garantía de impunidad que incentiva la comisión de conductas corruptas.
- Incentivar el compromiso de algunos actores diferentes al sector público para enfrentar y romper el accionar corrupto desde la ciudadanía en general.
- Impulsar a través de la Comisión Nacional de Moralización y de la Comisión Ciudadana el desarrollo de acciones coordinadas entre todas las ramas del poder público en el nivel nacional y territorial, el sector privado y la sociedad.
- Adecuar el marco normativo colombiano a los estándares de los instrumentos internacionales.

Transparencia Internacional define la corrupción como el mal uso del poder encomendado para obtener beneficios privados. Esta definición incluye tres elementos:

- El mal uso del poder.
- Un poder encomendado, es decir, puede estar en el sector público o privado.
- Un beneficio privado, que no necesariamente se limita a beneficios personales para quien hace mal uso del poder, sino que puede incluir a miembros de su familia o amigos.

Toda acción corrupta, consiste en la trasgresión de una norma y se realiza para la obtención de un beneficio privado y que surge dentro del ejercicio de una función asegurada. El individuo

corrupto intenta siempre encubrir su comportamiento.

De manera similar, para Transparencia por Colombia, la corrupción se define como “el abuso de posiciones de poder o de confianza, para beneficio particular en detrimento del interés colectivo realizado a través de ofrecer o solicitar, entregar o recibir bienes en dinero o en especie, en servicios o beneficios, a cambio de acciones, decisiones u omisiones.”

Corrupción es la **acción y efecto de corromper** (depravar, echar a perder, sobornar a alguien, pervertir, dañar). El concepto, de acuerdo al diccionario de la Real Academia Española (RAE), se utiliza para nombrar al vicio o abuso en un escrito o en las cosas no materiales.

En otro sentido, **la corrupción** es la práctica que consiste en hacer abuso de poder, de funciones o de medios para sacar un provecho económico o de otra índole. Se entiende como corrupción política al mal uso del poder público para obtener una ventaja ilegítima:

El tráfico de influencias, el soborno, la extorsión y el fraude son algunas de las prácticas de corrupción, que se ven reflejadas en acciones como entregar dinero a un funcionario público para ganar una licitación o pagar una dádiva o coima para evitar la clausura de un establecimiento.

A la corrupción se encadenan otros delitos, ya que el corrupto suele incurrir en la práctica para permitir o solicitar algo ilegal. Un policía resulta corrupto si recibe dinero de un hombre para que le permita robar en una casa sin intromisión policial. En este caso, se juntan dos delitos: el acto de corrupción y el robo.

MODALIDADES DE CORRUPCION

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. Este verbo, con origen en el latín subornāre, 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.

La Línea Estratégica 7: “**Gobernanza y Buen Gobierno**” en su componente 2: “**Fortalecimiento Institucional**” en el Programa 7: “**Transparencia y lucha frontal contra la Corrupción**” del Plan de Desarrollo Departamental “**Antioquia Piensa en Grande**” 2016-2019, pretende de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Ley 1712 de 2014 de transparencia y de acceso a la información pública, dar continuidad y visibilidad a la información y al uso de los recursos, como elementos transversales a toda la Administración Departamental, sus dependencias, procesos y sistemas. Adicionalmente, la administración de los riesgos de corrupción y el proceso de auditorías internas se mejorarán con un papel más activo del Comité de Lucha Contra la Corrupción como elemento de control.

Ninguna institución es invulnerable al fenómeno de la corrupción, es por ello que el sector público y privado, debe unir y redoblar esfuerzos por la transparencia y el combate de la corrupción.

La E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí está comprometida con la cultura de la legalidad, para ello se apoya en su marco de actuación, rechazando el acto de corrupción de sus colaboradores y grupos de interés en general y gestionando todas las acciones necesarias para alcanzar los objetivos de la **Ley 1474 de 2011** y combatir cualquier manifestación de corrupción.

Es por ello que el hospital ha definido acciones que buscan desarrollar una gestión transparente e íntegra al servicio de los usuarios y partes interesadas en general facilitando mecanismos de participación ciudadana para la divulgación y seguimiento de sus planes, programas y proyectos, condensadas en los siguientes retos:

- Acoger las políticas gubernamentales destinadas a promover la lucha contra la corrupción.
 - Caracterizar de las principales causas de corrupción o ineficiencia, evaluar su impacto y trazar la ruta para contrarrestarlas.
 - Avalar la utilización de tecnología que permita agilidad, acceso, oportunidad y cobertura de la entrega de la información.
1. Enfrentar y capacitar a los usuarios frente al manejo de los medios tecnológicos que implemente la Institución.
 2. Liderar acciones que fortalezcan a la E.S.E. en materia de control interno de gestión y

control interno disciplinario, así como propiciar mecanismos que mediante la adecuada evaluación de procesos, permiten establecer nuevos métodos para mejorar el desempeño institucional y el impacto de nuestra labor en la sociedad.

3. Establecer en cada uno de los colaboradores, contratistas, usuarios y comunidad, los conceptos de ética, eficiencia, transparencia y eficiencia administrativa.
4. Gestionar, tramitar, denunciar y sancionar desde el ámbito de nuestras competencias, de manera ejemplar, a los colaboradores, contratistas o personas vinculadas directa o indirectamente con la organización, que realicen conductas reprochables y corruptas.

4. COMPROMISO CON LA TRANSPARENCIA

Los directivos de la empresa han convenido velar para que el comportamiento de todos los funcionarios que integran la empresa, esté regido bajo la cultura del Autocontrol y el Auto criterio, con acciones que permitan establecer la transparencia a la hora de ejercer cargos públicos.

El éxito de la estrategia depende del conocimiento de la información contenida en el Estatuto Anticorrupción, de la sensibilización del código de ética y buen gobierno y del llamado de todos los jefes de área a cumplir con estos valores.

5. PRIMER COMPONENTE: IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y ACCIONES DE INTERVENCIÓN

La institución ha adoptado para la identificación de los riesgos, la metodología definida en la Guía de Riesgos de Corrupción del DAFP- Departamento Administrativo de la Función Pública:

La Gestión del Riesgo de Corrupción, se refiere a la Política de Administración de Riesgos de Corrupción, en la cual la Alta Dirección de la entidad debe formular los lineamientos para el tratamiento, manejo y seguimientos de estos riesgos.

Se implementa la metodología para la Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción, partiendo de la identificación de los riesgos de corrupción (cuyo principal objetivo es conocer las fuentes de los riesgos, sus causas y sus consecuencias). Así mismo, para evitar que se presenten confusiones entre un riesgo de gestión y uno de corrupción, se propone un mecanismo para facilitar la formulación de este último, a través del diligenciamiento de una matriz que contribuye a identificar los componentes de su definición.

Se establecen herramientas para valorar el riesgo de corrupción, a través de la combinación de la probabilidad de ocurrencia del evento y el impacto que su materialización provoque en la entidad.

Si bien es cierto que la consolidación del Mapa de Riesgos de Corrupción, corresponde

adelantarla al jefe de planeación, es necesario que se elabore dentro de un proceso participativo que involucre otros actores internos y externos de la entidad. Concluido este proceso de participación deberá procederse a su divulgación a través de la página web.

Se contempla la etapa de Monitoreo y Revisión, su importancia radica en la necesidad

De monitorear permanentemente la gestión del riesgo y la efectividad de los controles establecidos. Teniendo en cuenta que la corrupción es *-por sus propias características* una actividad difícil de detectar, los líderes de los procesos en conjunto con sus equipos deben revisar periódicamente el documento del Mapa de Riesgos de Corrupción y si es del caso ajustarlo.

5.1 MAPA DE RIESGOS DE LA CORRUPCIÓN

En general, el Mapa de Riesgos de Corrupción, se define como una herramienta metodológica que permite identificar, de manera clara y sistemática, áreas y procesos que propician o son más vulnerables a la comisión de hechos de corrupción y definición de medidas para mitigar los riesgos de corrupción al interior de la E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí.

A partir del AMEF, se elaborará el mapa de riesgos en el modelo planteado por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Adjuntar Matriz de Riesgos de Corrupción

6. SEGUNDO COMPONENTE: ESTRATEGIA ANTITRÁMITES

Actualmente la institución se encuentra revisando, ajustando y estandarizando los procesos y procedimientos con el objeto de buscar las mejores formas de conseguir los resultados.

En la medida que se ejecuta un proceso de una misma manera y se hace consciente, se puede mejorar más fácilmente. Se considera a la estandarización como motor de la innovación y como incentivo para la creatividad de las personas que están al frente del proceso. Un buen estándar es aquel que es modificado por lo menos una vez cada 6 meses. Esta premisa obliga a estar buscando mejores maneras de hacer las cosas y con el desarrollo de las personas y es ahí donde cada líder de proceso identifica los trámites excesivos para los usuarios y los elimina con el fin de evitar barreras de acceso a los servicios.

La priorización obedece a la definida en el Plan de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, que se realizó considerando el riesgo, el volumen y el costo para cada proceso.

7. TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS

Para formalizar la lucha contra la corrupción, la E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí en cabeza del gerente, suscribió el Pacto de por la Calidad y Transparencia en Salud.

En el desarrollo de este compromiso de lucha anticorrupción, el Hospital vinculará a la ciudadanía por medio de los mecanismos de participación ciudadana para el control social de la gestión.

Igualmente, el Hospital se compromete a capacitar a los colaboradores en políticas y acciones anticorrupción con el fin de evitar prácticas indebidas, lo cual se desarrollará a través del Programa de **Inducción y Re inducción Institucional**, buscando el fortalecimiento de una cultura transparente y ética. De igual forma se realizarán los ajustes respectivos en los manuales de Funciones y procedimientos del Hospital.

Así Mismo, la institución adoptó el “Procedimiento para el desarrollo de audiencia pública de rendición de cuentas a la ciudadanía (P_04_DE-3)” en el que se establecen los mecanismos y procedimientos a través de los cuales, la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Itagüí, realizará Audiencia Pública Anual de Rendición de Cuentas a la ciudadanía sobre la gestión realizada durante cada vigencia, de conformidad con lo establecido en la Constitución Política de Colombia y en especial en sus artículos 268 y 270 y la Ley 489 de 1998, Capítulo Octavo, artículo 32 y 33, para que las diferentes organizaciones y la comunidad en general se sientan dentro de un marco de transparencia y equidad.

Además orienta a la comunidad usuaria de los servicios de salud y la ciudadanía sobre los parámetros dentro de los cuales se actuará y se harán las intervenciones durante el desarrollo de toda la Audiencia Pública.

8. CUATRO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO MEDIANTE EL FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA DE LA TRANSPARENCIA

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

- ✓ En la página WEB de la E.S.E. Hospital San Rafael de Itagüí, en el link **SUGERENCIAS Y RECLAMOS** se cuenta con un espacio para que los ciudadanos presenten quejas y denuncias de los actos de corrupción realizados por funcionarios de esta entidad.
- ✓ Se publicará una nota en la página Web y en la Intranet de la entidad para la divulgación del enlace por medio del cual se puede presentar las denuncias por hechos de corrupción.

- ✓ Disponibilidad permanente de la oficina de Atención al Usuario, encargada de atender, asesorar y proveer la información misional veraz y oportuna a los usuarios, de forma presencial.

Esta oficina está orientada a la protección de los derechos de los usuarios de los servicios que presta la institución, conociendo y atendiendo en forma objetiva y gratuita los requerimientos o quejas que presenten por incumplimiento de las normas legales o internas que rigen el desarrollo de los trámites o servicios que presta la institución.

- ✓ Acceso a los canales de comunicación para que el usuario obtenga información sobre los servicios que ofrece la entidad, así como los trámites de peticiones, quejas, reclamos o sugerencias de forma presencial, virtual o telefónica, entre ellos: el PBX 448 22 24, Línea de atención al Usuario extensiones 2651, 2653, 1652, 1131y 9650. Correo electrónico de Atención al Usuario atencionalusuario@hsanrafael.org
- ✓ Buzones de sugerencias, reclamos y felicitaciones ubicados en los diferentes puntos de atención del Hospital.
- ✓ Rendición de cuentas periódica, con el objeto de informar a la ciudadanía sobre el proceso de avance y cumplimiento de las metas contenidas en el Plan de Desarrollo, Plan de Gestión y Planes de Acción Anuales. Así mismo, publicación de indicadores de gestión, producción y calidad.
- ✓ Promover la participación de la ciudadanía, organizaciones sociales y comunitarias, usuarios y beneficiarios, veedurías y comités de vigilancia, entre otros, para prevenir, acompañar, vigilar, sancionar y controlar la gestión pública.
- ✓ Facilitar de manera oportuna, la información requerida por la ciudadanía para el ejercicio del control social.
- ✓ Cumplir con el Decreto 019 de enero 10 de 2012, por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública a través de la revisión y ajuste de los procesos y procedimientos institucionales.

9. QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACIÓN

La ESE en este componente acoge los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de Acceso a la Información Pública regulado por la Ley 1712 de 2014 y el Decreto Reglamentario 1081 de 2015, según la cual toda persona puede acceder a la información pública en posesión o bajo el control de los sujetos obligados de la ley.


En tal sentido, la ESE incluye en el presente plan las siguientes acciones encaminadas al fortalecimiento del derecho de acceso a la información pública tanto en la gestión administrativa, como en los servidores públicos y ciudadanos:

- ✓ Actualización permanente de la información relacionada con los planes, programas y proyectos del Hospital publicada en la Página web <http://www.hsanrafael.org>.
- ✓ Responder de buena fe, de manera adecuada, veraz, oportuna y accesible a las solicitudes de acceso a la información que sean recibidas a través de los diferentes mecanismos dispuestos para tal fin.
- ✓ PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS Y FUNCIONAMIENTO DE LA ESE.
- ✓ PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONTRATACIÓN PÚBLICA.
- ✓ Publicación y divulgación de la información establecida en la Estrategia de Gobierno en Línea.
- ✓ Divulgar la información en formatos alternativos comprensibles. Es decir, que la forma, tamaño o modo en la que se presenta la información pública, permita su visualización o consulta para los grupos étnicos y culturales del país, y para las personas en situación de discapacidad.
- ✓ Adecuar los medios electrónicos para permitir la accesibilidad a población en situación de discapacidad.
- ✓ Implementar los lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad.
- ✓ Realizar seguimiento a las solicitudes de información pública.


10. SEXTO COMPONENTE: MECANISMOS ADICIONALES

La ESE en buscando fortalecer la estrategia de lucha contra la corrupción y considerando que en su Manual de Buen Gobierno tiene adoptado su Código de Ética que define las actitudes que han de regir el actuar de los colaboradores y que en el marco de este sexto componente, se hará seguimiento y evaluación a la eficiencia en el uso de los recursos físicos, financieros, tecnológicos y de talento humano, con el fin de visibilizar el accionar de la administración pública.

ANEXO 1: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGÜÍ PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2017			
COMPONENTE	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA
PRIMER COMPONENTE: IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y ACCIONES DE INTERVENCIÓN	ELABORAR EL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN SEGÚN MODELO DEL DA FP	MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN ACTUALIZADO Y CONSOLIDADO	PLANEACIÓN Y CALIDAD	ENERO 31 DE 2017
	FORMULAR ACCIONES CORRECTIVAS FRENTE A RIESGOS IDENTIFICADOS	ACCIONES FORMULADAS EN PLANES DE MEJORA DE LAS ÁREAS O SERVICIOS CORRESPONDIENTES	LÍDERES DE ÁREAS Y SERVICIOS	ABRIL 30 DE 2017
	EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES FORMULADAS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO	PLANEACIÓN Y CALIDAD	MARZO 31 - JULIO 31 - NOVIEMBRE 30 DE 2017
	VALIDAR LOS TRAMITES ESTABLECIDOS FRENTE A LA NORMALIDAD	TRÁMITES REVISADOS Y VALIDADOS FRENTE A LA NORMA	ASESORA JURÍDICA	MARZO 31 DE 2017
SEGUNDO COMPONENTE: ESTRATEGIA ANTITRÁMITES	REALIZAR MEJORAMIENTOS EN LOS PROCESOS, INCLUYENDO EL COMPONENTE ANTITRÁMITES	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS AJUSTADOS Y MEJORADOS MEDIANTE LA SUPRESIÓN DE TRÁMITES INNECESARIOS	LÍDERES DE ÁREAS Y SERVICIOS	DICIEMBRE 31 DE 2017
TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS	ELABORAR CRONOGRAMA DE RENDICIÓN DE CUENTAS	CRONOGRAMA DEFINIDO PARA LA VIGENCIA 2017 Y NOTIFICADO EN LA PÁGINA DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	COMUNICACIONES - GERENCIA	ABRIL 10 DE 2017
	REALIZAR RENDICIÓN DE CUENTAS CONFORME AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO	RENDICIÓN PÚBLICA DE CUENTAS REALIZADA	COMUNICACIONES - GERENCIA	SEGÚN CRONOGRAMA
	EVALUAR LA RENDICIÓN DE CUENTAS EN CADA VIGENCIA.	RESULTADO DE LAS EVALUACIONES REALIZADAS A LOS ASISTENTES E INFORME PUBLICADO EN LA PÁGINA DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	COMUNICACIONES	SEGÚN CRONOGRAMA
CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS DE ATENCIÓN AL CIUDADANO PARA FORTALECER LA CULTURA DE LA TRANSPARENCIA	PONER EN MARCHA LA POLÍTICA DE ATENCIÓN HUMANIZADA Y OPORTUNA	PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN DEL PACIENTE EN EJECUCIÓN	LÍDER DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO	PERMANENTE
	EJECUTAR EL PROCESO DE GESTIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS	SEGUIMIENTO A PQRS (INDICADORES)	LÍDER DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO	PERMANENTE
	REALIZAR SEGUIMIENTO A LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS MEDIANTE ENCUESTAS Y BUZONES DE SUGERENCIAS	RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS (INDICADORES)	LÍDER DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO	PERMANENTE
	ELABORAR INFORME DE GESTIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS	INFORME REALIZADO Y ENVIADO A LA SECRETARÍA LOCAL DE SALUD. TABLEROS DE INDICADORES ACTUALIZADOS	LÍDER DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO	PERMANENTE
	EVALUAR EN COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA, LOS RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS	ACTAS DE COMITÉ	LÍDER DE LA OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO	MENSUAL
QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACIÓN	ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS DEL HOSPITAL PUBLICADA EN LA PÁGINA WEB HTTP://WWW.HSANRAFAEL.ORG .	PÁGINA WEB ACTUALIZADA	COMUNICACIONES PLANEACIÓN Y CALIDAD	PERMANENTE
	PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS Y FUNCIONAMIENTO DE LA ESE	PÁGINA WEB ACTUALIZADA	COMUNICACIONES PLANEACIÓN Y CALIDAD	DE ACUERDO A MODIFICACIONES EN LOS PROCESOS
	PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONTRATACIÓN PÚBLICA.	INFORMACIÓN DE CONTRATACIÓN PUBLICADA OPORTUNAMENTE	COMUNICACIONES OFICINA DE CONTRATACIÓN RESPONSABLE DE RENDICIÓN DE CUENTAS	PERMANENTE
	ADECUAR LOS MEDIOS ELECTRÓNICOS PARA PERMITIR LA ACCESIBILIDAD A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD.	MEDIOS ELECTRÓNICOS ADECUADOS A LOS USUARIOS DE LA ESE	COMUNICACIONES	MAYO 31 DE 2017
	IMPLEMENTAR LOS LINEAMIENTOS DE ACCESIBILIDAD A ESPACIOS FÍSICOS PARA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD.	ESPACIOS FÍSICOS ADECUADOS	SUBGERENCIA GENERAL	DICIEMBRE 31 DE 2017
SEXTO COMPONENTE: MECANISMOS ADICIONALES	DEFINIR UN INDICADOR QUE PERMITA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA	INDICADOR DEFINIDO CON FICHA TÉCNICA	PLANEACIÓN Y CALIDAD	MARZO 31 DE 2017
	ESTABLECER UN CRONOGRAMA PARA REALIZAR SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA	CRONOGRAMA DEFINIDO PARA SEGUIMIENTO AL CÓDIGO DE ÉTICA	PLANEACIÓN Y CALIDAD	MARZO 31 DE 2017
	REALIZAR SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA MEDIANTE EL INDICADOR DEFINIDO	RESULTADO DEL INDICADOR DE CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA	PLANEACIÓN Y CALIDAD	JUNIO 30 Y DICIEMBRE 31 DE 2017

ANEXO 2: FORMATO PARA EVALUACIÓN AL PLAN ANTICORRUPCIÓN

	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGÜÍ PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2017			
FECHA DEL SEGUIMIENTO	DD/MM/AAA	PERIODO EVALUADO		
COMPONENTE	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	% DE AVANCE	OBSERVACIONES
PRIMER COMPONENTE: IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y ACCIONES DE INTERVENCIÓN	ELABORAR EL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN SEGÚN MODELO DEL DA FP			
	FORMULAR ACCIONES CORRECTIVAS FRENTE A RIESGOS IDENTIFICADOS			
	EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS			
	VALIDAR LOS TRAMITES ESTABLECIDOS FRENTE A LA NORMATIVIDAD			
SEGUNDO COMPONENTE: ESTRATEGIA ANTI TRÁMITES	REALIZAR MEJORAMIENTOS EN LOS PROCESOS, INCLUYENDO EL COMPONENTE ANTI TRÁMITES			
TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS	ELABORAR CRONOGRAMA DE RENDICIÓN DE CUENTAS			
	REALIZAR RENDICIÓN DE CUENTAS CONFORME AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO			
	EVALUAR LA RENDICIÓN DE CUENTAS EN CADA VIGENCIA.			
CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS DE ATENCIÓN AL CIUDADANO PARA FORTALECER LA CULTURA DE LA TRANSPARENCIA	PONER EN MARCHA LA POLÍTICA DE ATENCIÓN HUMANIZADA Y OPORTUNA			
	EJECUTAR EL PROCESO DE GESTIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS			
	REALIZAR SEGUIMIENTO A LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS MEDIANTE ENCUESTAS Y BUZONES DE SUGERENCIAS			
	ELABORAR INFORME DE GESTIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS			
QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACIÓN	ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS DEL HOSPITAL PUBLICADA EN LA PÁGINA WEB HTTP://WWW.HSANRAFAEL.ORG .			
	PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS Y FUNCIONAMIENTO DE LA ESE.			
	PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE CONTRATACIÓN PÚBLICA.			
	ADECUAR LOS MEDIOS ELECTRÓNICOS PARA PERMITIR LA ACCESIBILIDAD A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD.			
	IMPLEMENTAR LOS LINEAMIENTOS DE ACCESIBILIDAD A ESPACIOS FÍSICOS PARA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD.			
SEXTO COMPONENTE: MECANISMOS ADICIONALES	DEFINIR UN INDICADOR QUE PERMITA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA			
	ESTABLECER UN CRONOGRAMA PARA REALIZAR SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA			
	REALIZAR SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA MEDIANTE EL INDICADOR DEFINIDO			

				Valoración del Riesgo de Corrupción						
PROCESO	CAUSAS	RIESGO	Consecuencias	Análisis del riesgo Riesgo inherente			Controles	Valoración del Riesgo Riesgo Residual		
				PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION		PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION
Gestión Jurídica	Falta de controles en el acceso y manipulación de documentos en medio físico y magnético, disponibles en las dependencias. Inadecuada conservación y archivo de documentos en medio físico y magnético, por parte de las áreas responsables de su custodia. Falta de control en el trámite de documentos a través de los cuales se autorizan, reconocen, niegan, etc. asuntos de carácter institucional	Posible alteración o manipulación de documentos oficiales	Perdida de información sensible para la entidad. No se garantiza la confidencialidad de documentos que no son de dominio público. Posibles fraudes de terceros interesados en trámites de la ESE	Posible	Catastrófico	60	Modernización Archivo de gestión documental. Sistematización del tablas de retención	Improbable	Catastrófico	40
Sistemas de Información	Falta de controles para el acceso a los sistemas de información de que dispone la entidad o existencia de puertas traseras en los mismos. Ineficacia de los mecanismos de seguridad informática implementados para impedir ataques y vulneraciones tanto de origen externo como interno. Falta de chequeo permanente a los permisos para el acceso a los sistemas de información o falta de límites para los usuarios de los mismos.	Posible manipulación no autorizada de registros en sistemas de información	Fraude en registros clínicos. Violación a las normas de Habeas Data. Acceso a bases de datos con información sensible de los usuarios de la ESE	Posible	Catastrófico	60	Implementación y seguimiento al programa de protección de datos	Improbable	Catastrófico	40

Planeación Estratégica	Falta de delimitación de niveles de autoridad y responsabilidad, conforme a las funciones y competencias de los cargos. Falta de control, confidencialidad y seguimiento en el manejo de la información y los documentos existentes en la entidad.	Gestión e interés indebido en las funciones y asuntos de la entidad	Usurpación de funciones por parte de los funcionarios de la entidad. Extralimitación de funciones y abuso de poder por parte de funcionarios	Probable	Mayor	40	Inducción del personal de la ESE, y publicidad de los cuadros directivos de la entidad para el conocimiento del público en general	Improbable	Mayor	20
Planeación Estratégica	Falta de procedimientos claros y precisos, en los cuales se describan las actividades necesarias para la prestación de los servicios a cargo de la institución. Falta de coordinación y comunicación entre los diferentes cargos y trámites y/o procesos cruzados en la entidad. Falta de unificación de criterios en torno a los requisitos, responsables, autorizaciones, etc., requerida para la prestación de los servicios a cargo de la entidad.	Obstaculización de asuntos, trámites y/o procesos de la entidad.	Pérdida de credibilidad institucional. Demandas por falta de oportunidad en la atención de los usuarios. Pérdida de recursos por no atención o atenciones no pertinentes	Probable	Mayor	40	Mejorar la adherencia a los procesos de gestión clínica de parte de todos los funcionarios	Posible	Mayor	30
Gestión Suministros	Complejidad en los trámites que deben adelantar los ciudadanos ante la entidad. Existencia de requisitos excesivos o de barrera para el acceso de los ciudadanos a los servicios prestados por la institución. Carencia de recursos tecnológicos y sistemas integrados de información seguros y confiables para la	Solicitud y aceptación de dádivas	Sobrecostos innecesarios para los usuarios. Pérdida de la confianza de los usuarios en la institución.	Probable	Mayor	40	Rendición pública de cuentas y publicidad a la comunidad de los procesos institucionales	Posible	Mayor	30

	gestión de los trámites adelantados por los ciudadanos.									
Gestión Talento Humano	Favorecimiento a personas cercanas a la administración o cumplimiento de compromisos políticos	Contratación de personal sin cumplimiento de perfil del cargo o requisitos para ejercerlo	Ineficiencia en la gestión institucional y creación de plantas paralelas.	Probable	Mayor	40	Implementar procesos de meritocracia para el nombramiento de funcionarios Proponer a junta directiva planta provisional de cargos	Posible	Mayor	30
Atención en Internación	Desconocer los procedimientos Institucionales establecidos para la custodia y reserva de la información contenida en la HC	Entrega de información o historias clínicas a personal no autorizado	Posibles demandas por vulnerar el secreto profesional y romper la confidencialidad del acto medico	Probable	Mayor	40	Mejorar el proceso de custodia de historias clínicas. Implementar historia clínica Electrónica	Posible	Mayor	30
Gestión Financiera	Ausencia de políticas y carencia de directrices y lineamientos para el adecuado manejo de los recursos de propiedad de la entidad. Falta de control sobre los recursos que se encuentran asignados a cada uno de los servidores de la entidad.	Uso indebido del recurso público para el desarrollo la entidad	Detrimiento patrimonial por pérdida de los recursos de la ESE. Enriquecimiento o indebido de funcionarios de la ESE. Retraso en los planes de desarrollo de la ESE	Posible	Mayor	30	Ejecución completa y transparente de las auditorias del proceso MECI Exigir pólizas a funcionarios que manejen recursos	Improbable	Mayor	20
Planeación Estratégica	Ineficacia del control de legalidad sobre los actos y contratos que son expedidos por la institución. Aceptación de compromisos, derechos u obligaciones, sin el debido análisis de conveniencia técnica, jurídica y financiera.	Posible expedición irregular de actos administrativos y contratos	Demandas por contratación sin requisitos plenos. Calificación alta del riesgo financiero de la ESE e intervención por entes de vigilancia	Posible	Mayor	30	Adherencia al manual y estatuto de contratación de la ESE. Publicidad de la convocatoria de contratación. Todas las adquisiciones se discutirán en comité de compras,	Posible	Mayor	30
Gestión Jurídica	Debilidades en la defensa judicial de los intereses de la entidad. Expedición irregular de actos y contratos viciados de legalidad, imprecisos o desfavorables para los intereses de la institución.	Posible daño patrimonial y antijurídico	Pérdida de recursos económicos por oportunidad en la defensa de la ESE. Sobrecostos en la contratación	Posible	Mayor	30	Definir términos concretos en la contratación de la oficina jurídica del Hospital. Implementar el proceso de contratación de la ESE con controles en cada una de las fases contractuales	Improbable	Mayor	20

Consulta Externa	La dificultad que se presenta con algunas especialidades médicas para obtener una cita oportuna por falta de agendas o exceso de tramites	Aceptación de pago en dinero u especie por la asignación de citas medicas	Sobrecostos para los usuarios que necesitan acceder al sistema. Falta de equidad en la atención de los usuarios	Posible	Mayor	30	Publicidad de los procesos de asignación de citas. Involucrar al comité de usuarios del hospital en la vigilancia de la asignación de citas	Rara vez	Mayor	10
Consulta Externa	El favorecer en la asignación rápida de una cita médica a conocidos, amigos, favores políticos por encima del usuario común sin tener en cuenta el estado clínico del paciente	Manejo de influencias para la asignación de citas medicas	Violación del derecho de oportunidad y continuidad a los usuarios de la ESE. Pérdida de la credibilidad institucional	Casi seguro	Moderado	25	Asignación de citas por Call center exclusivamente. Publicidad del proceso de asignación de citas	Posible	Moderado	15
Planeación Estratégica	Falta de límites y control a la autonomía y poder decisorio de los servidores que tienen capacidad para influir en los asuntos institucionales. Acceso no autorizado a información reservada de la institución.	Tráfico de Influencias	Pérdida de confianza institucional. Sobrecostos en la planta de cargos de la ESE. Ineficiencia en la gestión de los procesos institucionales	Probable	Moderado	20	Rendición publica de cuentas y publicidad a la comunidad de los procesos institucionales.	Probable	Moderado	20
Gestión Financiera	Carencia de medios y mecanismos que garanticen y preserven la seguridad e integridad de los bienes y recursos de propiedad de la entidad. Falta de control sobre los recursos que se encuentran asignados a cada uno de los servidores de la entidad.	Apropiación indebida de recursos de la entidad.	Detrimiento patrimonial por pérdida de los recursos de la ESE. Malversación de fondos de la entidad y abuso de confianza por parte de los funcionarios	Improbable	Mayor	20	Ejecución completa y transparente de las auditorías del proceso MECI Exigir pólizas a funcionarios que manejen recursos. Mantener actualizados los inventarios del Hospital	Improbable	Mayor	20
Atención en Internación	Favorecimiento a terceros sin tener presente la priorización establecida en la Institución y el cumplimiento de los requisitos clínicos y administrativos para ello	Asignación de cama hospitalaria a usuarios sin el cumplimiento de criterios clínicos y/o administrativos	Pérdida de la confianza institucional. Incumplimiento de los estándares oportunidad en la atención de los usuarios.	Probable	Moderado	20	Auditoria internas al centro regular de la ESE. En los contratos con las EPSS, debe quedar claro el funcionamiento del proceso de referencia y contrarreferencia	Posible	Moderado	15

Mercadeo y Comunicaciones	Falta de soportes en la solicitud de cotizaciones, para realizar la contratación	Contratación indebida en el proceso de licitación para publicidad o apoyo logístico al área de Comunicaciones	Sobrecostos en la contratación de publicidad. Incumplimiento en la ejecución del plan de comunicaciones y mercadeo	Posible	Moderado	15	Realizar convocatoria pública que se ajuste al estatuto de contratación. Participación del área de comunicaciones en los procesos de contratación	Rara vez	Moderado	5
---------------------------	--	---	--	---------	----------	----	---	----------	----------	---