

GESTIÓN ESTRATÉGICA

Edición N°: 8

Revisión N°: 1

Fecha: Enero de 2023

Fecha: Febrero de 2023

Responsable: Jefe de Planeación y Proyectos

Área: Gestión Estratégica

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC y Programa de Transparencia y Ética Institucional- PTEI Vigencia 2023

Manuel Uribe Angel

E.S.E HOSPITAL

Vinculados con la Vida!

Elaboró: Elkin Evelio Palacio Herrera –
Jefe de Planeación y proyectos

Aprobó: Martha Lucía Vélez Arango, Gerente
y Comité Coordinador de Control Interno

Firma:

Firma:

HOJA DE CONTROL DEL DOCUMENTO

EDICIÓN	REVISIÓN	FECHA	ELABORO	REVISO	APROBO	OBSERVACIONES
1		Abril 30 de 2013	Elkin Evelio Palacio Herrera	Gloria Patricia Rios	Martha Lucia Vélez Arango	
1	1	Enero 30 de 2014	Elkin Evelio Palacio Herrera	Gloria Patricia Rios	Martha Lucia Vélez Arango	Actualización año 2014
1	2	Enero 30 de 2015	Elkin Evelio Palacio Herrera	Gloria Patricia Rios	Martha Lucia Vélez Arango	Actualización año 2015
1	3	Julio 21 de 2015	Elkin Evelio Palacio Herrera	Gloria Patricia Rios	Martha Lucia Vélez Arango	Actualización riesgos de corrupción, actualización anexa 2 y anexo 4.1
1	4	Enero 29 de 2015	Elkin Evelio Palacio Herrera	Gloria Patricia Rios	Martha Lucia Vélez Arango	Actualización año 2016
2		Marzo 22 de 2016	Elkin Evelio Palacio Herrera (Jefe de Planeación y Proyectos)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucia Vélez Arango (Gerente)	Se adopta e implementa las disposiciones contenidas en los documentos "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2" y "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción", para la consolidación del Plan Anticorrupción y

3		19 de Enero de 2017	José Sneider Rodríguez Vásquez (Líder de Planeación y Proyectos)	Gloria Patricia Ríos Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucia Vélez Arango (Gerente)	de Atención al Ciudadano y del Mapa de Riesgos de Corrupción.
3	1	15 de junio de 2017	Gloria Patricia Ríos Amaya		Martha Lucia Vélez Arango (Gerente)	Actualización de las estrategias del Plan para el año 2017
4		30 de enero de 2018	Lucelly Alzate Ríos (Jefe Calidad)	Gloria Patricia Ríos Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucia Vélez Arango (Gerente)	Se adiciona la Matriz de Riesgos de Corrupción del 2017. Cambio del Organigrama actualizado a marzo 2017 y el Mapa de Procesos
5		30 de enero de 2019	Lucelly Alzate Ríos (Jefe Calidad)	Gloria Patricia Ríos Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucia Vélez Arango (Gerente)	Se actualiza con las acciones a desarrollarse para el 2018 en los cinco componentes.
5	1	Junio 2019	Lucelly Alzate Ríos (Jefe Calidad y Planeación)	Gloria Patricia Ríos Amaya (Jefe de Control Interno)	Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	Se actualiza con las acciones a desarrollarse para el 2019 en los cinco componentes y teniendo en cuenta los lineamientos del MIPG – Decreto 1499 de 2017
5	2	Enero 2020	Lucelly Alzate Ríos (Jefe Calidad y Planeación)	Gloria Patricia Ríos Amaya (Jefe de Control Interno)	Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	Se adiciona la actividad 2.3-1 del Componente-1 y se amplía el plazo de las

5	3	Mayo de 2020	Laura Yesenia López Herrera (Líder de planeación)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	<p>2 actividades subsiguientes. Se revisará nuevo ajuste ya aprobado en Comité</p> <p>Se actualiza con las acciones a desarrollarse para el 2020 en los cinco componentes y teniendo en cuenta los lineamientos del MIPG – Decreto 1499 de 2017</p> <p>El plan es ajustado en abril con aprobación de comité de Control Interno y Calidad considerando las acciones a desarrollar para responder a la Pandemia y dar cumplimiento al aislamiento y distanciamiento social decretado por el Gobierno nacional para evitar la propagación del virus COVID19 a partir de marzo 2020, donde se hizo modificación de metas y ampliación de plazo para ejecutar algunas de las actividades.</p> <p>Se actualiza la matriz de riesgos de corrupción 2020</p>
5	4	Agosto de 2020	Laura Yesenia López Herrera (Líder de planeación)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	<p>Se actualiza con las acciones a desarrollarse para el 2020 en los cinco componentes y teniendo en cuenta los lineamientos del MIPG – Decreto 1499 de 2017</p> <p>El plan es ajustado en abril con aprobación de comité de Control Interno y Calidad considerando las acciones a desarrollar para responder a la Pandemia y dar cumplimiento al aislamiento y distanciamiento social decretado por el Gobierno nacional para evitar la propagación del virus COVID19 a partir de marzo 2020, donde se hizo modificación de metas y ampliación de plazo para ejecutar algunas de las actividades.</p> <p>Se actualiza la matriz de riesgos de corrupción 2020</p>

5	5	Octubre de 2020	Laura Yesenia López Herrera (Líder de planeación)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	<p>El plan es ajustado en junio con aprobación de comité de Control Interno y Calidad considerando las acciones a desarrollar para responder a la Pandemia y dar cumplimiento al aislamiento y distanciamiento social decretado por el Gobierno nacional para evitar la propagación del virus COVID19 a partir de marzo 2020, donde se hizo modificación de metas y ampliación de plazo para ejecutar algunas de las actividades.</p> <p>Se excluyó la actividad (5-4.2), se cambian las actividades (4-3.1) y (4-3.2), la actividad (5-5.3) está sujeta a la programación de la Procuraduría.</p> <p>El plan es ajustado en octubre con aprobación de comité de Control Interno y Calidad, considerando la imposibilidad de cumplir con algunas de las actividades que se habían planteado para la</p>
---	---	-----------------	---------------------------------------------------	------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

						<p>actual vigencia, debido a que los esfuerzos han estado enfocados a dar respuesta a la emergencia sanitaria por COVID19. En consecuencia, fue necesario hacer modificación de metas, ampliación de plazo y cambiar algunas de las actividades.</p> <p>Se hizo ampliación de fecha para las actividades: 1.2, 3.4 y 3.5 del componente 1. Actividad: 1.2 del componente 3 y se define la fecha para la actividad 5.3 del componente 5 de acuerdo a lo establecido por la Procuraduría.</p> <p>Se ajusta meta para la actividad 3.3 del componente 1, actividad 2.5 del componente 2, actividades 1.3, 1.4, 2.1 y 2.3 del componente 4.</p> <p>Se modifica actividad y/o indicador de la actividad 1.2 del componente 2, actividad 2.3 del componente 3, actividades 1.2, y 5.1 del componente 4.</p>
6	1	Enero de 2021	Laura Yesenia López Herrera (Líder de planeación)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucía Vélez Arango – Gerente Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	
6	2	Junio de 2021	Laura Yesenia López Herrera (Líder de planeación)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucía Vélez Arango – Gerente Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	

7		Enero 2022	Laura Yesenia López Herrera (Profesional de planeación y proyectos)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucía Vélez Arango – Gerente Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	Se excluye actividad 1.5 del componente 4, ya que la misma actividad está contemplada en la actividad 1.5 del componente 3. Se actualiza con las acciones a desarrollar para el 2021 en los cinco componentes y teniendo en cuenta los lineamientos del MIPG – Decreto 1499 de 2017
8	1	Enero 2023	Ender Alexander Villalba Betancourt (Profesional Universitario de Planeación y Proyectos)	Elkin Evelio Palacio Herrera (Jefe Planeación y Proyectos)	Martha Lucía Vélez Arango – Gerente Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	El plan es ajustado en junio con aprobación de comité de Control Interno y Calidad, considerando la imposibilidad de cumplir con algunas de las actividades dentro de las fechas inicialmente establecidas. Se define meta para las actividades 3.3.1 y 4.5.2. Se hace ampliación de fecha para ejecución de algunas de las actividades.
		Febrero 2023	Elkin Evelio Palacio Herrera (Jefe Planeación y Proyectos)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucía Vélez Arango – Gerente Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	Se actualizan los riesgos de procesos y riesgos de corrupción de acuerdo a los identificados en la vigencia 2021

						<p>Se actualiza con las acciones a desarrollar para el 2022 en los cinco componentes y teniendo en cuenta los lineamientos del MIPG – Decreto 1499 de 2017</p> <p>Se actualizan PAAC para la vigencia 2023 según lineamientos del DAFP y propuestas de uncionarios</p> <p>Se modificación al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC vigencia 2023 integrando el Programa de Transparencia y Ética Institucional – PTEI vigencia 2023 según lineamientos de la Circular 2022151000000053-5 de agosto de 2022 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud</p>
--	--	--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Junta Directiva

DOCTOR BRAULIO ESPINOSA MÁRQUEZ

Presidente Junta Directiva
Alcalde Municipio de Envigado

DOCTORA SALOMÉ LONDOÑO ZAPATA
Secretaria de Salud Municipio de Envigado

DOCTORA BEATRIZ ELENA PABÓN ACEVEDO
Representante de la Administración Municipal

DOCTOR RUBÉN DARÍO CUERVO HERNÁNDEZ
Representante Sector Científico

DOCTORA VICTORIA EUGENIA ANGEL MEJÍA
Representante Sector Científico

DOCTOR JUAN GUILLERMO MEJÍA MEJÍA
Representante Sector Científico

DOCTOR FABIÁN QUINTERO VALENCIA
Representante Sector Económico

DOCTORA INÉS BOTERO DE BEJARANO
Representante del COPACO

SEÑORA MARTHA LIBIA RENDÓN DE VASCO
Representante de la Comunidad

MARTHA LUCIA VELEZ ARANGO
Gerente E.S.E. Hospital Manuel Uribe Angel

Comité Institucional de Gestión y Desempeño

MARTHA LUCIA VELEZ ARANGO

Gerente E.S.E. Hospital Manuel Uribe Angel

LUCELLY ALZATE RIOS
Jefe de Gestión de la Calidad

MONICA LILIANA JIMENEZ ZAPATA
Jefe Oficina Gestión Jurídica

GLORIA PATRICIA RIOS AMAYA
Jefe Oficina Control Interno

ELKIN EVELIO PALACIO HERRERA
Jefe de Gestión de Planeación y Proyectos

LIGIA AMPARO OROZCO VARGAS
Jefe Oficina Gestión Financiera

GLADYS DÁVILA GONZÁLEZ
Jefe Oficina Gestión Talento Humano

LILIANA MOLINA SALAZAR
Jefe Oficina Gestión Mercadeo y Ventas

FABIÁN ALONSO GUTIERREZ BUILES
Jefe Oficina Gestión de Servicios

PAOLA ANDREA CORREA GOMEZ
Jefe Oficina Gestión Logística

NATALIA MARIA AGUDELO LAVERDE
Jefe Gestión Servicio Farmacéutico

KELLY JOHANNA SALAZAR FLORES
Jefe Oficina Gestión del Ambiente Físico y Medio Ambiente

DIANA MARCELA SALDARRIAGA
Jefe Oficina Gestión Sistemas de Información

LUIS FERNANDO ARROYAVE
Jefe Servicio de Atención Quirúrgica

CARLOS ALBERTO MALDONADO MONTOYA
Jefe Servicio de Hospitalización

VICTORIA EUGENIA ANGEL MEJÍA
Jefe Unidad de Cuidados Críticos Adultos

KATHERIN HASBON PEREZ
Jefe Unidad Cardioneurovascular

ANDRES FELIPE URIBE MURILLO
Jefe Unidad de Cuidados Críticos Neonatales

GLORIA INES TAPIAS SANTAMARIA
Jefe de Servicios Ambulatorios

JOVANNY DE LA TRINIDAD GARCES MONTOYA
Jefe Servicio de Urgencias

ANA MARÍA VÉLEZ HENAO
Coordinadora Servicios de Baja Complejidad

ADRIANA PATRICIA LLANO SÁNCHEZ
Jefe de Imágenes Diagnósticas



Diagonal 31 N° 36 A Sur 80
PBX: (4) 339 48 00
Fax: (4) 270 49 47
www.hospitalmanueluribeangel.gov.co
Envigado - Antioquia

**Resolución Número 510
(22 de febrero de 2023)**

Por medio de la cual se adopta el Programa de Transparencia y Ética Institucional- PTEI, con estrategias que se implementaran a través del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-PAAC, vigencia 2023, del cual se aprueba su modificación.

La Gerente de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel Envigado, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias y

CONSIDERANDO

Qué desde la adopción del enfoque de la Supervisión Basada en Riesgos, la Superintendencia Nacional de Salud ha emitido lineamientos a través de las Circulares Externas: 009 de 2016, 007 de 2017, 003 de 2018, 004 de 2018 y 20211700000004-5 y la 5-5 de 2021 y 2022151000000053-5 de agosto 2022, enfocados en la promoción de buenas prácticas empresariales y la importancia de evitar cualquier acto de corrupción, opacidad, fraude y soborno, al interior de las organizaciones vigiladas; incorporando, la adopción de códigos de ética y conducta, la gestión de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo-SARLAFT, los 10 subsistemas que componen el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, incluidos el SICOF y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial, de obligatoria adopción por las Instituciones prestadoras de servicios de salud.

Qué con el objeto de implementar herramientas que contribuyan a la sanción y la prevención de los actos de corrupción, y así como fomentar la cultura de la legalidad, la corresponsabilidad y buen manejo de los recursos públicos y recuperar la confianza ciudadana y el respeto por lo público, se adicionó el artículo 34-7 a la Ley 1474 de 2011, a través del artículo 9 de la Ley 2195 del 18 de Enero de 2022, estableciendo la obligatoriedad de adoptar *"programas de transparencia y ética empresarial, que incluyan mecanismos y normas internas de auditoría"*. Así mismo, fijo en el *parágrafo 1 de artículo 9 de la Ley 2195 de 2022*, que *"aquellas personas jurídicas en las que se tenga implementado un sistema integral de administración de riesgos, éste podrá articularse con el programa de transparencia y ética empresarial de forma tal que incluya los riesgos que mediante el mismo se pretenden mitigar"*.



Qué la Superintendencia Nacional de Salud, acogiendo lo fijado en la Ley 2195 de 2022, expidió la Circular Externa 2022151000000053-5 del 5 de agosto 2022, dirigida entre otros a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, estableciendo los lineamientos para la adopción por parte de los vigilados del **Programa de Transparencia y Ética Empresarial**, como principal medida de prevención y control de los riesgos de soborno, corrupción, opacidad y fraude, los cuales hacen parte de los riesgos priorizados para ser gestionados por los actores del SGSS y el cual hará parte de las Políticas de Gobierno Organizacional (Código de Conducta y de Buen Gobierno). y cuyo plazo de implementación.

Que la medida 112 establecida por la Supersalud en el numeral 3.4.2 de la Circular Externa 2022151000000053-5 de agosto 2022, "la entidad diseña el PTEE con fundamento en una evaluación exhaustiva de los riesgos COF (corrupción opacidad y Fraude) y Soborno, y, otras prácticas que cada entidad tenga intención de mitigar.

Que desde el 2013 la ESE Hospital Manuel Uribe Angel ha formulado anualmente el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-PAAC, donde a partir de los principios de Ética e Integridad que rigen a los servidores públicos y las políticas Institucionales, entre ellas, la de Gestión del Riesgo, establece en sus 5 componente, estrategias encaminadas a fomentar los principios y valores, velar por cumplimiento de los controles y acciones anticorrupción, opacidad y antifraude, definidas en la matriz de riesgos de cada proceso; fijar mecanismos para promover y verificar el cumplimiento de los lineamientos frente a los riesgos LAFT y los fijados en la Ley de transparencia y el acceso a la información, así como las directrices definidas por la Función Pública en relación a la participación ciudadana, la racionalización de trámites y la mejoras en los servicio al ciudadano, que van en armonía con las medidas y pautas fijadas por la Superintendencia de Salud en las Circulares externas enunciada en el primer considerando y, la Guía de la Función Pública para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas, versión-5.

Que la representanta legal de la ESE HMAU, por medio de la Resolución 3077 de septiembre 2022, adopta el Sistema Integral de Gestión de Riesgos (SIGR) que se integra al Modelo Institucional de Planeación y Gestión-MIPG y se articula con el Modelo Estándar de Control Interno-MECI, adoptando la política y metodología para la gestión de los 10 subsistemas de riesgos que le aplican a la ESE, entre ellos el Sistema SICOF (corrupción, opacidad y fraude) y el Sistema SARLAFT/FPADM, a los cuales les hace seguimiento las cuatro (4) líneas de defensa, a través de la matriz de riesgos y la evaluación cuatrimestral a las estrategias formuladas anualmente en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-PAAC, por lo tanto, de acuerdo al parágrafo 1 del artículo 9 de la Ley 2195 de 2022, por tanto el Programa de Transparencia y Ética Empresaria-PTEE de la Institución se puede integrar a las estrategias del PAAC-Institucional.



Qué la Gerente de la E.S.E. Hospital Manuel Uribe Angel emitió la Resolución No. 157 del 27 de Enero de 2023, que aprobó el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC de la vigencia 2023, que fue publicado la página web de la entidad el día 31 de enero de 2023, el cual, luego de revisarlo con detenimiento con la comunidad hospitalaria y cada uno de los integrantes del Comité de Control Interno y Calidad, se concluye que requiere modificarse tanto las actividades, como las metas y fechas para la ejecución.

Por lo antes expuesto,

RESUELVE

Artículo Primero: Aprobación modificación PAAC2023: Aprobar la modificación al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC vigencia 2023 incorporando las actividades, metas, fechas y responsables aprobadas por los integrantes del Comité Coordinador de Control Interno y Calidad de la Institución, las cuales se implementarán desde febrero 2023.

Artículo Segundo: Articulación y adopción del PTEI: Adoptar el Programa de Transparencia y Ética Institucional – PTEI, integrado al Sistema Integral de Gestión de Riesgos- SIGR de la ESE, el cual fue aprobado mediante Resolución HMUA No. 3077 de septiembre 2022, gestionando a través del SIGR las medidas de control de los riesgos de soborno, corrupción, opacidad y fraude que promueve el PTEI, que hacen parte de los riesgos priorizados para ser gestionados por la ESE HMUA en el 2022 y 2023, a través de la matriz de riesgos digital; y cuyas estrategias de seguimiento y control se implementan e integran bajo las acciones definidas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE HMUA para la actual vigencia, el cual, se formuló acogiendo la metodología definida en los documentos "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano" y el "Manual Único de Rendición de Cuentas" de por la Función Pública.

Artículo Tercero: Implementación y monitoreo: La implementación de las acciones y seguimiento al PAAC-PTEI, está bajo la responsabilidad de la 1ra y 2da línea de defensa; el monitoreo y consolidación de los resultados se hará de forma cuatrimestral, y se realizará por parte del Jefe de Planeación y Proyectos de la E.S.E. o quien haga sus veces, como 2da línea de defensa, quien en conjunto con los responsables de las actividades de cada componente del Plan les harán monitoreo periódico a las acciones definidas. (Artículo 2.1.4.6 Decreto 124 de 2016)

Artículo Cuarto: Evaluación y Control. La oficina de Control Interno de la ESE, como 3ra. línea de defensa, en su evaluación independiente, tendrá como función implementar los mecanismos para la verificación de la elaboración y publicación del PAAC-PTEI, así como, de la evaluación al cumplimiento de las actividades y metas formuladas, generando orientaciones y recomendaciones, de acuerdo con la



Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
Programa de Transparencia y Ética Institucional-
PAAC-PTEI
Vigencia 2023



metodología definida por la Función Pública (DAFP) y la Superintendencia de Salud, tal como se plasman en los documentos aprobados y adjunto a la presente resolución.

Parágrafo: De acuerdo a lo establecido por el DAFP en numeral V del documento "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-Versión2", la Oficina de Control Interno realizara seguimiento al cumplimiento de las acciones del PAAC-PTEI, tres (3) veces al año así: a corte de 30 de abril, 31 de agosto y 31 de diciembre y la publicación de los resultados la hará en la página web de la ESE, dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes siguiente al corte (mayo, septiembre y enero). En caso de detectar algún tipo de incumplimiento o retrasos en las fechas establecidas, informará al responsable para que realice las acciones orientadas a cumplir o redefinir las mismas, e informará al Comité de Control Interno y Calidad de la ESE, sobre los resultados y recomendaciones para su cumplimiento.

Artículo Quinto: Compromiso. La alta dirección asume el compromiso de realizar al menos una vez al año la rendición de cuentas participativa con la comunidad, así mismo entablar un diálogo abierto con los ciudadanos en relación con los resultados y decisiones, considerando en la planeación aquellas acciones propositivas presentadas por parte de la población, que contribuyan al crecimiento de la Institución y mejoramiento de los procesos, de acuerdo con los lineamientos normativos y disponibilidad de recursos.

Artículo Sexto: Elaboración y publicación. La modificación al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC-2023, que a partir de la expedición de la presente resolución estará integrando el Programa de Transparencia y Ética Institucional- PTEI, y que podrá simplificar su nombre como PAAC-PTEI, será publicado en la intranet y página Web de la ESE HMUA, como medios de fácil acceso y consulta para la comunidad hospitalaria y el ciudadano.

Artículo Séptimo: Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Dado en Envigado a los 22 días del mes de febrero de 2023.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

MARTHA LUCIA VÉLEZ ARANGO
Gerente

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	17
1. CONTEXTO ESTRATÉGICO	18
1.1 VISIÓN	18
1.2 MISIÓN	18
1.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	18
1.4 MAPA DE PROCESOS O CADENA DE VALOR	19
1.5 CÓDIGO DE ÉTICA E INTEGRIDAD DE LA ESE HMUA.....	19
<i>NUESTROS PRINCIPIOS INSTITUCIONALES Y VALORES DE INTEGRIDAD</i>	19
1.6 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 2020-2023.....	21
1.7 DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL RELACIONADA	23
2. OBJETIVO GENERAL	25
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3. COMPONENTES Y ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO - PAAC Y PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA INSTITUCIONAL- PTEI VIGENCIA 2023	26
3.1 COMPONENTE 1: GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.	26
3.1.1. <i>Contexto para la Gestión de los Riesgos en la ESE HMUA</i>	30
3.1.2. <i>Diagnóstico del avance en la Gestión de los Riesgos:</i>	31
3.1.3. <i>Enfoque del Plan Anticorrupción para la administración de riesgos de corrupción y de lavado de activos y financiación del terrorismo</i>	35
3.2 COMPONENTE 2: ANTI TRÁMITES - RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	37
3.3 COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS	44
3.4 COMPONENTE 4: MECANISMOS PARA MEJORAR EL SERVICIO AL CIUDADANO	51
3.5 COMPONENTE 5: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.	56
3.6 COMPONENTE 6: INTEGRIDAD (COMPONENTE ADICIONAL).....	60
4. ÁREAS RESPONSABLES Y FECHA	62
5. PRESUPUESTO:	62
6. INDICADORES	62
7. MONITOREO Y SEGUIMIENTO	63

Introducción

La E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel como entidad pública, al servicio de la comunidad Envigadeña y de toda aquella que requiera de la atención en salud, fundamenta su accionar en los principios y valores que rigen al servidor público, fomentando la atención humanizada, la legalidad y transparencia en todas sus actuaciones y el uso racional y eficiente de los recursos de la Entidad, con el fin de lograr los objetivos y metas definidas en los Planes y Proyectos Institucionales, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y la normatividad vigente.

La formulación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano –PAAC, de la ESE HMUA da continuidad a las acciones que se vienen trabajando desde 2013 de acuerdo a la metodología definida por el DAFP en el documento “*Estrategias para la construcción del PAAC- Versión 2 del 2015*” bajo **cinco (5) componentes** autónomos e independientes cuyo eje principal busca combatir la corrupción con estrategias que apunten al cumplimiento del Estatuto Anticorrupción, Ley 1474 de 2011; por ello se ha incorporado la metodología definida por la Superintendencia de Salud en la Circular 09 de 2016, para prevenir los riesgos del lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) que infiltra al sector salud.

Este Plan, tal como lo establece el Decreto 1083 de 2015, en su artículo 2.2.22.1 y siguientes, hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión actualizado mediante Decreto 1499 de 2017 del DAFP, por lo cual *atiende a las 7 dimensiones y 16 políticas de gestión y desempeño*

Para el cierre del primer semestre de cada vigencia se actualiza este Plan documentándose los resultados de la gestión de los riesgos del 2021-2022, así como los nuevos lineamientos de la Superintendencia de Salud mediante las Circulares externas 20211700000004-5 de 2021 que impartió instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, y sistema de gestión de riesgos para IPS, así como por la 20211700000005-5 de 2021 esta última que definió medidas preventivas para evitar actos de corrupción, opacidad o fraude dentro de las instituciones que son objeto de vigilancia por parte de la Supersalud, con las acciones y controles a implementarse para la prevención de los mismos.

Los otros cuatro (4) componentes que se trabajan, fortalecen las estrategias anticorrupción a través de la revisión y racionalización de los tramites que permitan el acceso a la información y la continuidad en la prestación de los servicios; con acciones de legalidad, transparencia y racionalización de los recursos públicos, así como la consolidación de los espacios de participación y concertación ciudadana.

El Plan será publicado en la página web de la ESE, en cumplimiento al art.9 Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia y Acceso a la Información.

1. Contexto estratégico

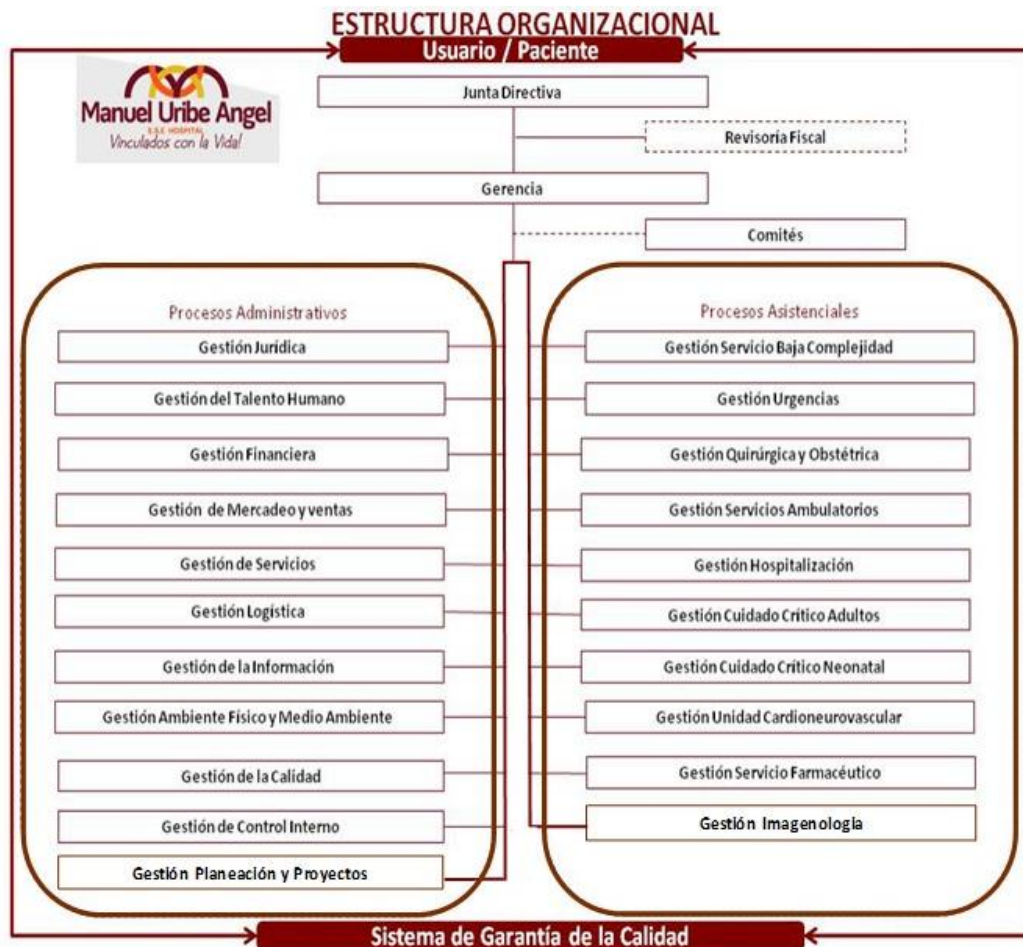
1.1 Visión

Seremos reconocidos como una de las mejores opciones en servicios integrales de salud, referente de un modelo público de excelencia y autosostenibilidad, que está comprometido con el bienestar del ser humano y que se encuentra en permanente crecimiento y conquista de nuevos mercados.

1.2 Misión

Somos una institución prestadora de servicios de salud con énfasis en la alta complejidad, caracterizado por su calidad técnica e innovación y su compromiso con el ser humano, que cuenta con un capital humano que enfoca sus esfuerzos al bienestar del paciente, el mejoramiento continuo y la responsabilidad económica y social de la organización.

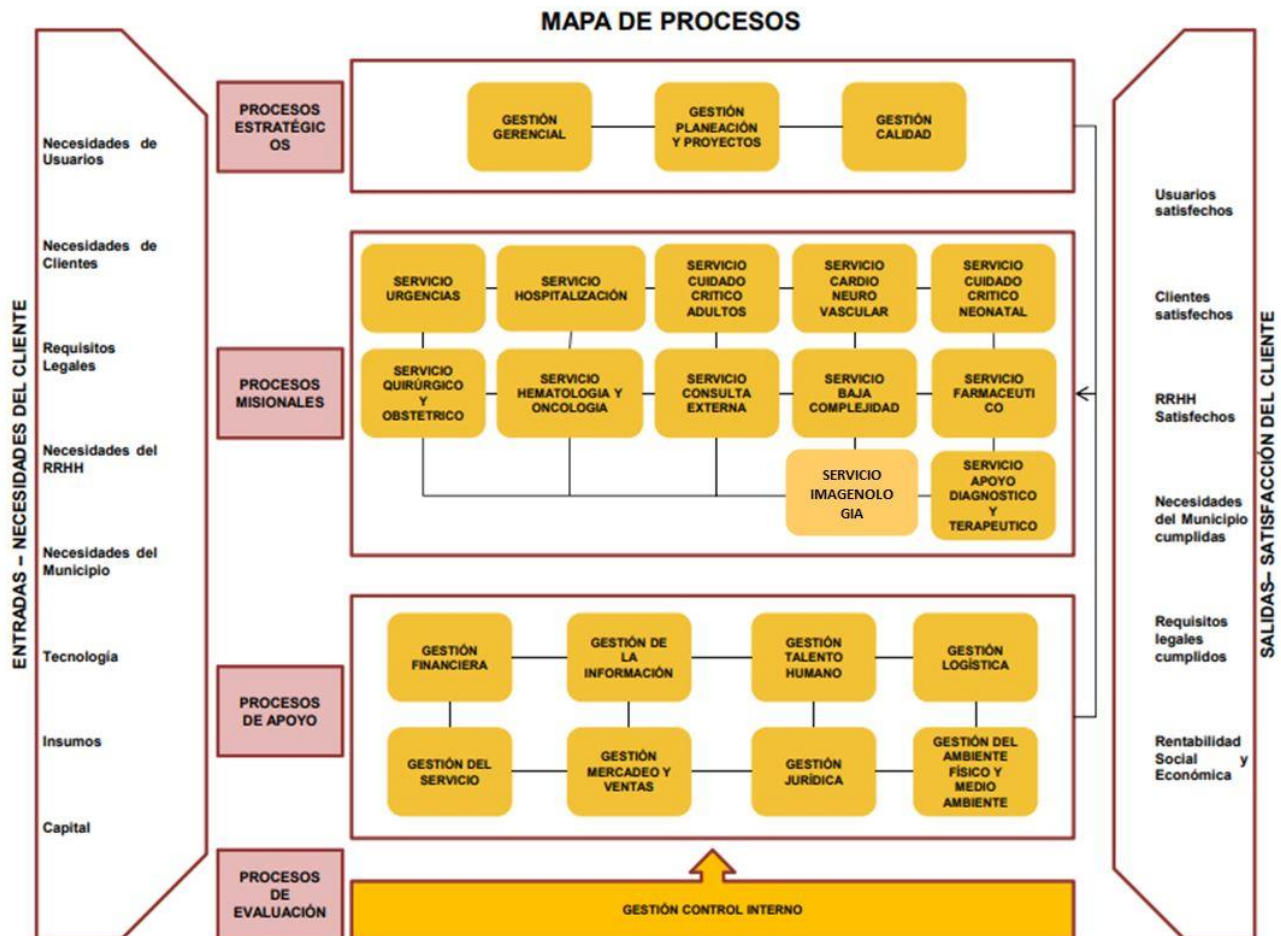
1.3 Estructura organizacional



Aprobado mediante Acta N° 006 del 15 de diciembre de 2022

1.4 Mapa de Procesos o Cadena de Valor

El Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y sus componentes aplica transversalmente a todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación definidos por la ESE HMUA, los cuales se representan en el siguiente diagrama, actualizado en 2022 incorporando los procesos de primer nivel de atención y servicio de imagenología:



1.5 Código de Ética e Integridad de la ESE HMUA

Nuestros Principios Institucionales y Valores de Integridad

Principios Institucionales

- **Compasión:** Compartir y participar de los tropiezos materiales, personales y espirituales que aquejan a los demás, con el interés y la decisión de emprender acciones que les faciliten y ayuden a superar las condiciones adversas.
- **Lealtad:** Compromiso de defender lo que creemos y en quién creemos.
- **Prudencia:** Reflexionar y a considerar los efectos que pueden producir nuestras palabras y acciones
- **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
- **Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición

Valores Institucionales: Incluyen los valores de Integridad definidos por la Función Pública para los servidores públicos del país.

- **Compromiso:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
- **Diligencia:** Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimiza el uso de los recursos del Estado
- **Justicia:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.
- **Liderazgo:** Capacidad de aceptar cambios y desarrollar el potencial del equipo de trabajo con énfasis a la innovación y el cumplimiento de los objetivos institucionales
- **Aprendizaje continuo:** Compromiso continuo de cada una de las personas de la organización, de actualizar sus conocimientos para el logro de las metas individuales e institucionales.
- **Actitud de servicio:** Sensibilidad para entender y responder a las necesidades de los usuarios con calidez, amabilidad, consideración y empatía
- **Responsabilidad:** Asumir el compromiso con el cumplimiento de los objetivos institucionales y las consecuencias de nuestras actuaciones y decisiones

“Este Código de Ética e Integridad se aplicará a cualquier funcionario o empleado de la E.S.E o de sus entidades contratistas, incluidos los que han sido seleccionados o designados para desempeñar actividades o funciones en nombre del Hospital o a su servicio, en todos sus niveles jerárquicos.

El ingreso a la E.S.E implica tomar conocimiento del presente Código y asumir el compromiso de su debido cumplimiento”.

1.6 Planeación Estratégica 2020-2023

Teniendo en cuenta la estrategia global y la metodología las 4 perspectivas del Modelo Balanced Score Card, se definen las siguiente Líneas y Objetivos Estratégicos para la vigencia 2020 – 2023

DIMENSIÓN ESTRATÉGICA BSC	LINEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO
APRENDIZAJE	LINEA ESTRATÉGICA 1. Aprendizaje, transferencia del conocimiento, bienestar y cultura organizacional	1. Impulsar la excelencia y la innovación a través de la alineación de los componentes que integran la gestión del Talento Humano con los objetivos institucionales y los lineamientos de la cultura organizacional, mediante acciones de mejoramiento continuo en el desarrollo, el reconocimiento, el bienestar y la motivación de los servidores
CLIENTE	LÍNEA ESTRATÉGICA 2 Atención con Calidad Centrada en Usuario y Familia	2. Consolidar a la E.S.E como una institución competitiva fundamentada en principios y valores, que ofrece servicios integrales de salud con énfasis en la excelencia, humanizados, seguros y con resultados clínicos que impacten positivamente en la satisfacción y fidelización de nuestros pacientes, familia y EAPB.
FINANCIERA	LINEA ESTRATÉGICA 3 Gobernabilidad, Sostenibilidad y creación de valor	3. Orientar a la organización como empresa socialmente responsable, hacia una gestión eficaz y eficiente, que genere valor en todas sus partes interesadas, manteniendo la sostenible y rentabilidad financiera, mediante estrategias que conlleven a la optimización de los recursos, la conquista de nuevos mercados y el mejoramiento continuo de la operación institucional.
PROCESOS INTERNOS	LINEA ESTRATÉGICA 4 HMUA competitivo con ambientes seguros, innovación tecnológica e información oportuna y confiable	4. Gestionar los recursos físicos, tecnológicos y medio ambientales necesarios, para lograr ambientes seguros favorables a la prestación de servicios de salud con excelencia, consolidando a la E.S.E como institución competitiva y socialmente responsable

Estas son el referente para la planeación de 4 años consecutivos enfocados en prestar servicios integrales de salud orientados a la excelencia y centrados en el ser humano, una atención con calidad de cara al usuario y su familia, brindando información clara, oportuna y confiable, inculcando el cumplimiento de nuestros principios y valores a través del aprendizaje continuo.

Los objetivos estratégicos están fundamentados en los Principios y Valores Corporativos y son la base para el trabajo y desarrollo de las acciones formuladas en el PAAC - 2023

Para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, se implementarán los siguientes programas y proyectos:

DIMENSIÓN ESTRATÉGICA	LÍNEA ESTRATÉGICA	PROGRAMA	PROYECTO
APRENDIZAJE	LÍNEA ESTRATÉGICA 1. Aprendizaje, transferencia del conocimiento, bienestar y cultura organizacional	Programa 1 Sumamos a la excelencia a través de un talento humano satisfecho, competente y orientado a la innovación	Proyecto 1 Gestión estratégica del TH
			Proyecto 2 Gestión de servicios para la integralidad de la atención
CLIENTE	LÍNEA ESTRATÉGICA 2 Atención con Calidad Centrada en Usuario y Familia	Programa 2 Nos sumamos como Institución al servicio de los pacientes y ciudadanos	Proyecto 3 Gestión de servicios orientados al ciudadano
			Proyecto 4 Le sumamos a la excelencia en salud
FINANCIERA	LÍNEA ESTRATÉGICA 3 Gobernabilidad, Sostenibilidad y creación de valor	Programa 3 Desde la gobernanza nos sumamos a una gestión pública eficiente y eficaz, orientada a la sostenibilidad financiera, la creación de valor y la conquista de nuevos mercados	Proyecto 5 Gobernabilidad y Gestión Administrativa y de recursos Financieros
PROCESOS INTERNOS	LÍNEA ESTRATÉGICA 4 HMUA competitivo con ambientes seguros, innovación tecnológica e información oportuna y confiable	Programa 4 Nos sumamos a la gestión Estratégica de los sistemas de información	Proyecto 6 Gestión Estratégica de la Tecnología de la Información y la comunicación
			Proyecto 7 Gestión Documental
		Programa 5 Gestión Estratégica de la Tecnología y la infraestructura hospitalaria	Proyecto 8 Gestión de la tecnología biomédica e industrial
			Proyecto 9 Gestión y fortalecimiento del Ambiente Físico Hospitalario
		Programa 6 Cuidando nuestro mundo	Proyecto 10 Nos sumamos a la sostenibilidad medio ambiental
Programa 7 Bienes y servicios para un ambiente hospitalario seguro	Proyecto 11 Gestión Transparente de Bienes y Servicios		

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
Programa de Transparencia y Ética Institucional
PAAC – PTEI vigencia 2023



En la consolidación de los avances del Plan de Acción Institucional para la vigencia 2023 con 84 indicadores de gestión, cobertura y satisfacción, tuvo un cumplimiento del 97.83%, así:

LINEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMAS	PROYECTOS	METAS ESTRATÉGICAS	INDICADORES DE GESTIÓN, COBERTURA Y SATISFACCIÓN	% CUMPLIMIENTO PLANEACIÓN
Aprendizaje, transferencia del conocimiento, bienestar y cultura organizacional	Programa 1: Sumamos a la excelencia a través de un talento humano satisfecho, competente y orientado a la innovación	Proyecto 1: Gestión estratégica del TH	Talento Humano Competente y satisfecho, comprometido con la excelencia en salud y en la gestión de los procesos y orientado a la innovación	11	99.0%
		Proyecto 2: Gestión de servicios para la integralidad de la atención	Fortalecimiento de la integralidad en la prestación de servicios de salud, que propicien la apertura a nuevos mercados y nuevos modelos de contratación	3	100.0%
Atención con Calidad Centrada en Usuario y Familia	Programa 2: Nos sumamos como Institución al servicio de los pacientes y ciudadanos	Proyecto 3: Gestión de servicios orientados al ciudadano	Gestión transparente y promoción de una cultura de servicio público fundamentado en la integridad y la legalidad; que logre satisfacer las necesidades del usuario y otras partes interesadas	11	100.0%
		Proyecto 4: Le sumamos a la excelencia en salud	Fortalecimiento de la participación ciudadana Racionalización del trámite de consulta externa, a través del uso de tecnologías de información Servicios integrales de salud caracterizados por la calidad técnica y humana que superen las expectativas de nuestros pacientes y generen confianza en otras partes interesadas Recertificación de la central de producción de aire medicinal, por parte del INVIMA Fortalecimiento en la implementación de las RIAS		
Gobernabilidad, Sostenibilidad y creación de valor	Programa 3: Desde la gobernanza nos sumamos a una gestión pública eficiente y eficaz, orientada a la sostenibilidad financiera, la creación de valor y la conquista de nuevos mercados	Proyecto 5: Gobernabilidad y Gestión Administrativa y de recursos Financieros	Organización eficiente de procesos, con una administración responsable de recursos y el cumplimiento de las metas institucionales	15	98.3%
			Sostenibilidad financiera		
Apertura a nuevos mercados y nuevos modelos de contratación					
Fortalecimiento en la implementación del Sistema Integral de Garantía de la Calidad					

LINEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMAS	PROYECTOS	METAS ESTRATÉGICAS	INDICADORES DE GESTIÓN, COBERTURA Y SATISFACCIÓN	% CUMPLIMIENTO PLANEACIÓN
HMUA competitivo con ambientes seguros, innovación tecnológica e información oportuna y confiable	Programa 4: Nos sumamos a la gestión Estratégica de los sistemas de información	Proyecto 6: Gestión Estratégica de la Tecnología de la Información y la comunicación	Gestión Estratégico de Tecnología y Sistemas de Información que esté alineado a las estrategias institucionales y que genere valor público y habilite las capacidades y servicios de tecnología necesarios para impulsar las transformaciones y la toma de decisiones de la organización	9	99.5%
		Proyecto 7: Gestión Documental	Gestión archivística y el manejo adecuado de la información que permite identificar, analizar e intervenir aspectos de mayor relevancia en la gestión de la información	4	99.7%
	Programa 5: Gestión de la tecnología y la infraestructura hospitalaria	Proyecto 8: Gestión de la tecnología biomédica e industrial	Disponer de tecnología biomédica e industrial acorde con las necesidades, que se asegure la satisfacción del usuario y la prestación de un servicio innovador, seguro y con calidad.	5	100.0%
		Proyecto 9: Gestión y fortalecimiento del Ambiente Físico Hospitalario	Disponer de instalaciones locativas seguras confortables e incluyentes, que generen bienestar para los pacientes Fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria, de acuerdo a los requisitos de la resolución 3100 de 2019 - Sistema Único de Habilitación Apertura de 120 camas nueva torre de hospitalización	4	100.0%
	Programa 6: Cuidando nuestro mundo	Proyecto 10: Nos sumamos a la sostenibilidad medio ambiental	Consolidar un programa de gestión ambiental que contribuya al cuidado del medio ambiente y a la generación de espacios saludables Fortalecer la cuantificación de la ejecución presupuestal de las acciones institucionales, orientadas a la protección del medio ambiente	5	98.2%
	Programa 7: Bienes y servicios para un ambiente hospitalario seguro	Proyecto 11: Gestión Transparente de Bienes y Servicios	Gestionar plan de adquisiciones de bienes y servicios	4	96.3%
	Total General				84

1.7 Documentación institucional relacionada.

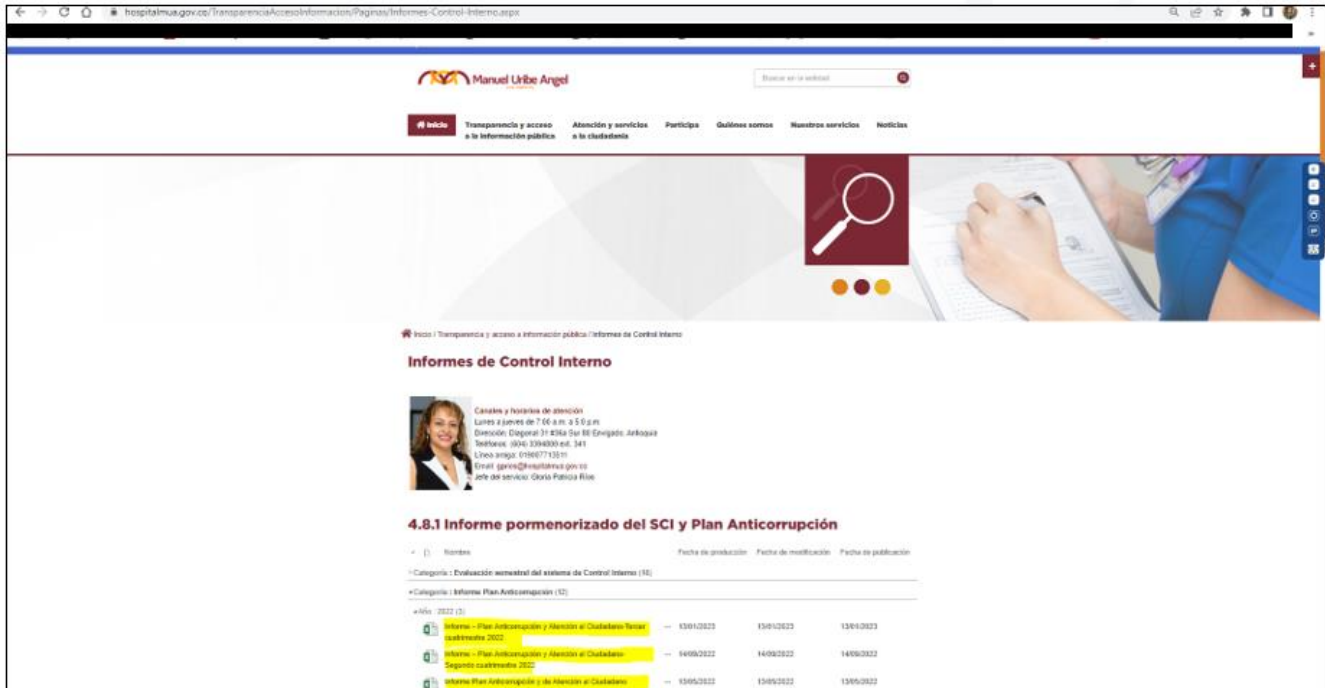
El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano como herramienta de gestión se enmarca en la planeación estratégica Institucional, los lineamientos y políticas corporativas, así como los

diferentes manuales, guías y modelos definidos en la ESE HMUA, los cuales se encuentran publicados en la intranet y pagina web, siendo éstos:

- Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023
- Plan de Acción Institucional 2023
- Código de Ética e Integridad
- Manual de Comportamiento y Buen trato
- Manual de Políticas o de Buen Gobierno.
- Manual de Participación Ciudadana
- Política corporativa de gestión general del riesgo
- Proceso de Gestión de la Administración del Riesgo
- Manual y Plan para la Administración del Riesgo
- Manual de Rendición de Cuentas
- Manual de Comunicaciones Internas y Externas
- Guía rendición informes a Entes de Vigilancia y Control
- Modelo Institucional de Mejoramiento Continuo
- Manual de Gestión Integral por Servicios (GIS)
- Normograma Institucional
- Matriz de Riesgos
- Manual de Procesos y Procedimientos: Gestión de Peticiones Quejas y Reclamos, sugerencias y felicitaciones.
- Manual SARLAFT.
- Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia anterior 2022:
 - El Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano de la vigencia 2022 contó con 60 actividades e indicadores a gestionar a través de sus seis componentes, con un cumplimiento del 97.94% en 58 actividades de las cuales 53 que tuvieron una calificación superior al 90% respecto a las metas previstas para la vigencia y 5 con calificación mayor al 65%. Contó con el seguimiento cuatrimestral a través de las 3 líneas de defensa y su publicación en la página web institucional.
 - También se realizó validación en el cumplimiento del reporte SUI (Sistema Único de Información de Trámites) que se realiza al Departamento Administrativo de la Función Pública de manera trimestral respecto a los datos de operación y de los trámites de racionalización, que cumplieron con las estrategias de habilitación SST en página web para iniciar solicitud de trámites en línea. se encontró y registró en dicha plataforma, un cumplimiento del 100% para las 6 estrategias ejecutadas de las 6 propuestas, para los 3 trámites inscritos en el SUI a racionalizar, considerando la tres (3) de las estrategias que no se habían implementado en la vigencia 2021.

La información relacionada con su cumplimiento se encuentra publicada en la página web en formato de Excel con criterios de accesibilidad y disponible en la

sección Inicio / Transparencia y acceso a la información pública / Informes de Control Interno. En la categoría Informe Plan Anticorrupción <https://www.hospitalmua.gov.co/TransparenciaAccesoInformacion/Paginas/Informes-Control-Interno.aspx>



2. Objetivo General

Establecer las estrategias a ser implementadas por la ESE HMUA durante la vigencia 2023, encaminadas a fortalecer las acciones de transparencia y legalidad, involucrando para ello a los grupos de interés, afianzando la confianza en la Institucionalidad a través de acciones que contribuyan a la prevención y control de los riesgos, la mejora continua de los servicios a través de la disminución de los trámites, el fácil acceso a los servicios y a la información Institucional, el compromiso democrático por un dialogo abierto y participativo y el fortaleciendo los principios éticos y de integridad de los servidores públicos contribuyendo así a mejorar la satisfacción de los usuarios y las parte interesadas y al logro de los objetivos del Hospital y del Estado.

2.1 Objetivos Específicos

- Identificar y controlar los riesgos de corrupción y del lavado de activos y financiación del terrorismo, que puedan afectar el adecuado cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, la confianza y credibilidad de los usuarios; aplicando mecanismos y

herramientas de gestión para el tratamiento, manejo, seguimiento y evaluación de los mismos.

- Definir estrategias que contribuyan a la disminución de trámites, costos, tiempos, pasos y contactos innecesarios que adelantan los usuarios para acceder a los servicios de salud, generando mayor accesibilidad, aumento de la seguridad en la atención, uso adecuado de tecnologías de la información para la gestión de las PQRSD y acceso a la información, incrementando la satisfacción del usuario y mejorando la eficiencia en la gestión pública.
- Fortalecer los espacios de participación ciudadana en la Rendición de Cuentas Públicas, promoviendo el diálogo continuo con los grupos de interés, con acceso oportuno y claro a los informes de gestión y al trámite de las inquietudes de la comunidad.
- Diagnosticar, mejorar e implementar los servicios y procedimientos, que optimicen el proceso de atención y generen confianza en el manejo de la información confidencial de los usuarios y grupos de interés.
- Implementar acciones para el ejercicio y garantía del derecho al acceso y publicación de la información, utilizando los diferentes medios de comunicación con los que cuenta la entidad para difundir datos e informes claros, veraces y oportunos.
- Fomentar el conocimiento y aplicabilidad de los principios de integridad y valores del servidor público, difundiendo éstos desde el ingreso de los funcionarios, docentes y estudiantes que rotan por la entidad, identificando factores en los cuales mejorar.

3. Componentes y Estrategias del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC y Programa de Transparencia y Ética Institucional- PTEI Vigencia 2023

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC y Programa de Transparencia y Ética Institucional- PTEI de la vigencia 2023, se desarrolla a partir de los cinco (5) componentes autónomos e independientes de acuerdo a los lineamientos definidos por el DAFP y un sexto componente adicional, para un total de 6 componentes, también se desarrolla a partir de la actualización del Manual y Plan para la Administración de los Riesgos, ajustada de acuerdo a la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5” del DAFP publicada en diciembre de 2020 y la Guía de MinTIC para la administración de los riesgos de seguridad de la información.

Se presenta el plan completo con las actividades, indicadores, responsables y fechas para cumplir las mismas, y luego se hace una breve descripción por cada componente de los avances y trabajo realizado en los últimos años y la forma como se trabajarán para el 2023.

3.1 Componente 1: Gestión de los Riesgos de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
Programa de Transparencia y Ética Institucional
PAAC – PTEE vigencia 2023



Subcomponente / proceso	Actividades		Indicador y Meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente /proceso 1 Política de Administración de Riesgos de Corrupción	1.1.1	Revisar y actualizar el Código de Ética e Integridad , en relación al Código de Buen Gobierno , incluyendo las política según normatividad que aplique, incorporando los lineamientos de la Circular 4-5, 5-5 de 2021 y la 53-5 de 2022 de la Supersalud . Y socializar en Comité Coordinador de Control Interno y Calidad-CCCIC	Los 2 Manuales actualizados (Codigo de Ética e Integridad y el Código de Buen Gobierno. Socializado al menos al 90% de los integrantes del CCCIC de la ESE.	Jefe de Planeación. Jefe de Talento Humano- (2da Línea de Defensa)	Abril a Junio de 2023
	1.1.2	Revisar y de ser necesario actualizar el Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos-SIGR , incluido en este la Politica de Gestión del Riesgo , de acuerdo a los 10 Subssistemas a fin de articularse con el Programa de Transparencia y Ética Empresarial-PTEE , que hace parte de las Politicas del Codigo de Buen Gobierno, de acuerdo a los lineamiento de la Ley 2195 de enero 2022 y las Circulares externas 5-5 de 2021, 53-5 de 2022 de la Supersalud, , socializando los principales cambios al CCCIC.	Manual y Política del SIGR según guía de Admon de Riesgos y Diseño de Controles del DAFP versión 5, articulado con el PTEE , Socializado al menos al 90% de los integrantes del CCCIC de la ESE.	Jefe de Planeación <i>2da Línea de Defensa</i>	Marzo a Agosto de 2023
Subcomponente/ proceso 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción y Actualización del Plan	1.2.1	Realizar ejercicio participativo con clientes internos y externos para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC, publicando propuesta en la página web y promoviendo con los diferentes grupos de valor su revisión y envío de sugerencia de ajustes, antes de la publicación de la versión final	Total medios por los cuales se difundió el Proyecto del Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano-2022. (mínimo 3 medios, entre ellos uno virtual)	Jefe de Planeación <i>2da Línea de Defensa</i> Jefes de Procesos Jefe de mercadeo y ventas - Comunicadora	Enero de 2023
Subcomponente/ proceso 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción y Actualización del Plan	1.2.2	Actualizar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2023 , incorporando los componentes sugeridos por la función pública: 1. gestión de los riesgos de corrupción, 2. acciones antitramites, 3. rendición de cuentas, 4. servicio al ciudadano, 5 transparencia y acceso a la información, 6. iniciativas adicionales (integridad entre otras). Presentar para aprobación a la Gerencia.	Oportunidad en Plan elaborado y presentado a la Gerencia para su aprobación, donde se identifiquen todos componentes definidos por la Función Pública: Meta: Total componentes del Plan (mínimo 6) y Resolución previa a su publicación.	Jefe de Planeación <i>2da Línea de Defensa</i>	Enero de 2023

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
Programa de Transparencia y Ética Institucional
PAAC – PTEI vigencia 2023



<p>Subcomponente/ proceso 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción y Actualización del Plan</p>	<p>1.2.3</p>	<p>Actualizar la matriz de riesgos del Subsistema SICOF (corrupción, Opacidad y Fraude), incluyendo los riesgos de Soborno y de Conflicto de Interés, y los riesgos LAFT/FPAMD a gestionarse en el 2023, según aplique a cada proceso.</p>	<p>La Matriz de riesgos de los (21) procesos de la ESE, actualizada con identificación de los Riesgos SICOF y LAFT/FPAMD (corrupción, Opacidad y fraude, soborno, y de Conflicto de Interés y lavado de activos, cuando aplique. (meta: Total procesos con Matrices de riesgos actualizada según fecha programada por la OCI, 100%</p>	<p>Jefes de procesos -1ra Línea de defensa Jefe de Planeación 2da Línea ,</p>	<p>Mayo a Julio 2023</p>
<p>Subcomponente/ proceso 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción y Actualización del Plan</p>	<p>1.2.4</p>	<p>Hacer ejercicio de identificación de riesgos de corrupción en cada uno de los equipos de trabajo de la E.S.E. y generar estrategias para la participación ciudadana en la identificación de riesgos SICOF en la entidad, (Nro.5- acción de mejora del autodiagnóstico 2.2 Plan Anticorrupción".</p>	<p>1. % de Funcionarios encuestados semestralmente que hayan evidenciado riesgos de corrupción y fraude, conflicto de intereses o sobornos. (<= 5%). 2. Total usuarios que participan en la identificación de posibles riesgos de corrupción en la ESE (>= 50 ciudadanos)</p>	<p>Jefes de procesos</p>	<p>Junio y Diciembre de 2023</p>
<p>Subcomponente/ proceso 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción y Actualización del Plan</p>	<p>1.2.5</p>	<p>Revisar metodología para identificar los factores de riesgos y contar con la matriz de segmentación de clientes y proveedores, así como el análisis de debida diligencia según priorización (después de consolidar informes supersociedades y actualización registro mercantil en cámara y comercio) y para los empleados teniendo en cuenta la declaración de bienes y rentas en julio. Acorde a los lineamientos de la Ley 2195 de 2022- PTEE</p>	<p>Documento con metodología y matriz de segmentación actualizada para el 2023.</p>	<p>Jefe de Planeación 2da Línea de <i>Defensa</i></p>	<p>Septiembre a Noviembre 2023</p>
<p>Subcomponente /proceso 3 Consulta y divulgación</p>	<p>1.3.1</p>	<p>Publicar en la intranet y página web de la ESE, el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano con las estrategias de cada componente para la vigencia 2023 y actualizar las versiones cuando se requiera.</p>	<p>Publicación oportuna del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la actual vigencia y sus actualizaciones en la página web. (meta: publicación del Plan inicial a 31 enero y total versiones publicadas oportunamente, si se requieren)</p>	<p>Jefe de Planeación 2da Línea de <i>Defensa</i></p>	<p>Enero a octubre de 2023</p>
<p>Subcomponente /proceso 3 Consulta y divulgación</p>	<p>1.3.2</p>	<p>Publicar en la página web los resultados de gestión de los riesgos de corrupción de la vigencia Junio 2022- junio 2023 y la nueva matriz de riesgos de corrupción 2023 -2024 con sus controles y acciones de mejora</p>	<p>Publicación del informe de los resultados a la gestión de riesgos de corrupción 2022-2023, así como, la nueva matriz de riesgos de corrupción 2023-2024</p>	<p>Jefe de Planeación. (2da Línea de <i>Defensa</i>) Jefe de Control Interno- (3ra línea de <i>Defensa</i>)</p>	<p>Mayo a Agosto 2023</p>

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
Programa de Transparencia y Ética Institucional
PAAC – PTEI vigencia 2023



	1.3.3	Actualizar la capacitación sobre la " Política de administración de riesgos y el plan anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia", de acuerdo a los lineamientos de la Supersalud, y la Secretaria de Transparencia de la Presidencia dadas en la Ley 2195 de 2022, para darlas a conocer al cliente interno a través de la plataforma virtual educativa o en forma presencial, y evaluar conocimiento.	Proporción de funcionarios capacitados en la política de administración de riesgos, y en las acciones a implementarse desde el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia. Calificación promedio ≥ 8.5 meta: ($\geq 50\%$) de todo el personal en ambos temas incluyendo supernumerarios y contratistas).	Jefe de Planeación. (2da Línea de Defensa)	Mayo a Agosto 2023
	1.3.4	Desplegar con los funcionarios los mapas de riesgo de los procesos y sus controles para el 2023-2024 , incluyendo los riesgos de SICOF, Sobornno, LAFT y Conflicto de Interes y los de seguridad informática aplicables al proceso	Proporción de funcionarios por proceso a los cuales el líder del mismo, le dio a conocer los controles a implementar para mitigar los riesgos del proceso. (70% funcionarios de c/proceso)	Jefes de procesos - 1ra y 2da Línea de defensa	Julio a Noviembre de 2023
	1.3.5	Reentrenar a los jefes y líderes de servicios, en el manejo del aplicativo informático para administrar y gestionar los riesgos , de acuerdo al Manual y Plan para la Administración de los Riesgos, donde se incluyen los riesgos de: corrupción, riesgos LAFT, riesgos de seguridad informática,; así como la metodología para el diseño y seguimiento a los controles.	Proporción de jefes de servicio (20) y Líderes de procesos (30), reentrenados en el aplicativo informático para la administración y gestión de la matriz de riesgos y el seguimiento al controles.	Líder de Planeación. <i>1ra línea</i> Jefe de Control Interno <i>3ra línea</i> Jefe Gestión de la Información	Mayo a Agosto de 2023
	1.3.6	Desplegar resultados de gestión del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y de la gestión de riesgos de SICOF 2023, con la asociación de usuarios	Proporción de cumplimiento de jornadas de participación con la asociación de usuario , para desplegar resultados de gestión del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y de la gestión de riesgos de corrupción 2023 (Meta: Mínimo 2 jornadas)	Líder de Planeación. - 2da Línea de Defensa	Junio a Septiembre de 2023
Subcomponente /proceso 4 Monitoreo o revisión	1.4.1	Reportar al CCCIC el resultado de la evaluación y aporte de las evidencias del cumplimiento de las acciones y los controles para los riesgos de corrupción , con énfasis en los materializados en la vigencia anterior y consolidar los resultados de la evaluación del cumplimiento de las acciones de mejora formuladas para los riesgos gestionados en la vigencia anterior (2022), identificando cuales riesgos se materializaron (efectividad de los controles)	Promedio del % de cumplimiento de los 2 indicadores en relación a: 1) cumplimiento de las acciones para mitigar los riesgos y las de mejora para los controles de la gestión 2022-2023 (\geq al 90%) y 2) Riesgos de corrupción materializados en los riesgos gestionados de junio 2022 a junio 2023.	Jefes de Procesos- <i>1ra línea de defensa</i> Jefe de Planeación <i>2da línea de defensa</i>	mayo a agosto 2023

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
Programa de Transparencia y Ética Institucional
PAAC – PTEI vigencia 2023



	1.4.2	Monitorizar el cumplimiento de las acciones formuladas en el PAAC- 2023	Total acciones a las cuales se les realiza el seguimiento en forma oportuna por el responsable de su ejecución y por el proceso de Planeación. meta: % de acciones con seguimiento por el Líder del proceso/ total acciones que le aplica.	Jefes de Procesos- 1ra línea de defensa Jefe de Planeación 2da línea de defensa	Mayo, Septbre, diciembre 2023
Subcomponente / proceso	Actividades		Indicador y Meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente/ proceso 5 Seguimiento	1.5.1.	Realizar seguimiento y evaluación al cumplimiento de las estrategias formuladas en este Plan-PAAC2022 y PAAC-2023, y publicar en la pagina web, los resultados de la gestión de las actividades en forma cuatrimestral	Total publicaciones en la web, discriminando el % de cumplimiento de cada componente y recomendaciones a partir de los resultados. meta: 3 publicaciones al año (1 con los resultados de la vigencia anterior y 2 con el seguimiento del PAAC de la actual vigencia)	Jefe de control interno 3ra Línea de Defensa.	Enero, a noviembre 2023
	1.5.2.	Informar al Comité de Control Interno y Calidad-CCCIC sobre los resultados y recomendaciones sobre la implementación de las estrategias formuladas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano del 2023,	Total Informes presentados al CCCIC (3) a partir de febrero, sobre los resultados de la implementación de las acciones del PAAC-2022, 2023, generando acciones y recomendaciones para avanzar en el cumplimiento de las mismas. Meta: (3 informes al CCCIC)	Jefe de control interno 3ra Línea de Defensa.	Febrero, a noviembre 2023
	1.5.3.	Realizar seguimiento por el comité Coordinador - CCCIC, y por Junta Directiva al seguimiento oportuno y reporte a la UIAF sobre los casos sospechosos o intentados de LAFT, y la gestión de los riesgos SICOF , de acuerdo a los informes de la Oficial de Cumpliendo.	Meta: total Informes presentados al CCCIC y Junta Directiva por la Oficial de Cumplimiento en relación a la gestión de los riesgos SICOF y LAFT (3 al CCCIC y 2 a Junta Directiva).	Oficial de Cumplimiento - 2ra Línea de Defensa.	febrero a Noviembre 2023

3.1.1. Contexto para la Gestión de los Riesgos en la ESE HMUA

La Gestión del Riesgo de Corrupción y de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo le permite a la entidad a partir del análisis de un contexto interno y externo, identificar, analizar y definir controles para posibles hechos generadores de corrupción o ser utilizada para el logro de fines ilícitos, que buscan dar apariencia de legalidad a los activos proveniente de actividades delictivas o canalizar los recursos ilícitos o lícitos con destino a la realización de actividades terroristas, conocidos como riesgos LA/FT.

A partir del 1 de enero de 2017, se fusionan la ESE Hospital Santa Gertrudis con la ESE HMUA, integrándose los servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de complejidad,

requiriendo entre otros, revisar y ajustar el proceso para la administración de los riesgos, involucrando la sede Santa Gertrudis y las cinco (5) Unidades de Atención (UBAS).

Para octubre de 2016, la ESE HMUA en cumplimiento de la Circular 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y con la aprobación por la Junta Directiva de la ESE, incorporó las Políticas y procedimiento para la administración de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo, e incorpora a partir del 2017 diferentes estrategias para la gestión de estos riesgos, los cuales de acuerdo a su naturaleza son considerados riesgos de corrupción y por lo tanto deberán incorporarse de manera sistemática a las acciones definidas para la valoración y control de los riesgos de corrupción, ajustándose tanto a la metodología definida por el DAFP como a la establecida por la UIAF (Unidad de Información y Análisis Financiero) y la Superintendencia Financiera. En la vigencia 2019, para la gestión de riesgos de procesos y riesgos de corrupción, la E.S.E ajusta el *Manual e Instructivo para la Administración de los Riesgos* y diseña e implementa un aplicativo de gestión de riesgos institucional, el cual cumple con todos los lineamientos de la *Guía del DAFP publicada en octubre 2018*. En la vigencia 2021, la E.S.E. hizo actualización del aplicativo de gestión de riesgos, con base en los lineamientos de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – Versión 5, publicada por el DAFP en diciembre de 2020, finalmente para la vigencia 2022 se incorporó el sexto componente con acciones específicas en integridad y participación social en salud.

Panorama sobre posibles hechos susceptibles de corrupción o de actos de corrupción que se han presentado en la entidad

La E.S.E. HMUA cada año identifica, analiza y evalúa los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos de la Institución de acuerdo al contexto de la empresa, estableciendo acciones de control preventivas y coyunturales para aquellos cuya valoración del riesgo residual sea Extremo y Alto, también a consideración de cada líder, aplicando para ello la Matriz de Riesgos por cada proceso, de la cual se configura la matriz de riesgos institucional y la Matriz de los Riesgos de Corrupción.

Para la identificación y priorización de los riesgos, se toman en cuenta los informes de la Oficina de Gestión Jurídica de la ESE, responsable del Control Interno Disciplinario en cumplimiento de la Ley 734 de 2002 y las sugerencias de la Oficina de Control Interno.

La matriz de riesgos de corrupción del 2022 se actualiza con base en hechos susceptibles de corrupción y por conocimientos de experiencias en otras instituciones de los funcionarios que participaron en su elaboración.

3.1.2. Diagnóstico del avance en la Gestión de los Riesgos:

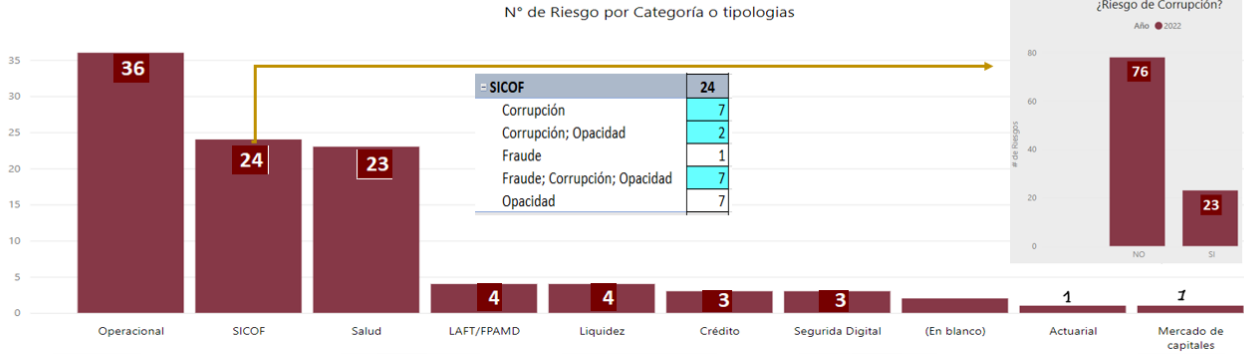
Durante el año 2022, se implementaron diferentes estrategias para el logro de los planes de acción, así como los diferentes controles y planes de mejoramiento para evitar la materialización de los riesgos, incluidos los de corrupción, destacándose la socializando permanente a través de la plataforma educativa del Código de Ética, el Manual de Comportamiento y Buen Trato, el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, el sistema de administración de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo y las Políticas Institucionales, como la de gestión de riesgos.

La evaluación conjunta entre los Líderes de los procesos administrativos y clínicos del hospital, sus equipos de apoyo, el Jefe de Planeación y Proyectos como segunda línea de defensa y la Jefe de la Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa, permitieron actualizar las clasificaciones de los riesgos por procesos según lo definió la Superintendencia de Salud, así:



Contando ahora con 10 subsistema de riesgos, dos de ellos con oficial de cumplimiento, identificar los costos en la medida que se materializan o con historial de al menos tres años, identificando indicadores de gestión y de resultados y asignando planes de contingencia.

Los 10 Subsistemas de Riesgos en los 21 Procesos Institucionales 2022



Etiquetas de fila	Gerencia	Gestión Ambiente Físico y Medio Ambiente	Gestión Cuidado Crítico Adultos	Gestión Cuidado Crítico Neonatal	Gestión de Control Interno	Gestión de la Información	Gestión de Mercados y ventas	Gestión de Servicios	Gestión del Talento Humano	Gestión Financiera	Gestión Hospitalaria	Gestión Integral de la Calidad	Gestión Jurídica	Gestión Logística	Gestión Planeación y Proyectos	Gestión Quirúrgica y Obstetricia	Gestión Servicio Farmacéutico	Gestión Servicios Ambulatorios	Gestión Servicios Baja Complejidad	Gestión Unidad Cardíovascular	Gestión Urgencias	Imagenología	Total general
Actuarial							1																1
Crédito							1	1						1									3
LAF/FPAMD										1				1	1								4
Liquidez		2						1		1													4
Mercado de capitales										1													1
Operacional	2	2	1	1	2		1		7	2	1	4	1		2	2	2	1	2	1	1	1	36
Salud	1	2	1	2			1				1			1		1	3	4	2	1	2	1	23
Segurida Digital						1	1																3
SICOF		1			1	1	2	1	2	2	2	1		1	2		1	1	1	2	1	1	24
Total general	5	6	2	4	3	3	6	4	9	7	3	4	3	5	3	4	6	6	6	3	4	3	99

Macro Procesos	¿Riesgo de Corrupción?	Subsistema o Tipologías	Subcategorías
Gestión Financiera	NO	LAF/FPAMD	Operativo
Gestión Jurídica	SI	LAF/FPAMD	Reputacional previsto
Gestión Logística	SI	LAF/FPAMD	Legal; Reputacional previsto; Corragio; Operativo
Gestión Planeación y Proyectos	NO	LAF/FPAMD	Legal

A través de una herramienta institucional tipo base de datos, se logró depurar, consolidar y diseñar los riesgos, que ascendieron a 99 riesgos identificados (23 de los cuales cumplen criterios de riesgos de corrupción) para los 10 subsistemas de riesgo y los 400 controles, en comparación, teniendo en cuenta el diseño y ejecución de controles histórico hasta la evaluación diagnóstica del periodo 2022-2023 (Julio 2022 a Junio 2023), con identificación y diseño de mayor precisión y retos que se han derivado en tiempos pre, durante y post-covid.

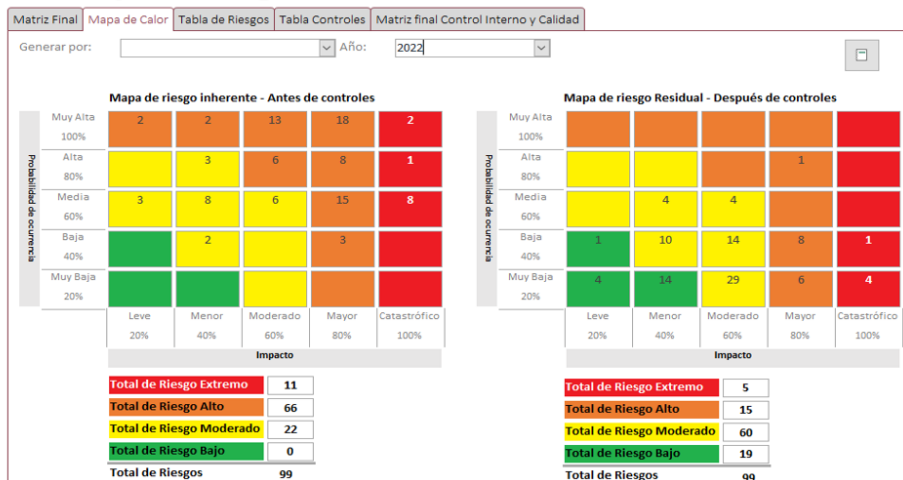
Resultado Evaluación Gestión de los Riesgos de los 21 Procesos Institucionales

Diseño/Efectividad o Eficiencia del 2019 al 2022

Nro	Resultado Evaluación del Diseño y Ejecución de Controles 20 PROCESO y ESTRATÉGICOS 2019 VS 2020	Diseño y Ejecución de Controles 2019					Diseño y Ejecución de Controles 2020					Diseño y Ejecución de Controles 2021				Diseño y Ejecución de Controles 2022			
		Diseño 2019	Ejecución 2019	Nro Riesgos 2019	Nro Causas 2019	Nro Controles 2019	Diseño 2020	Ejecución 2020	Nro Riesgos 2020	Nro Causas 2020	Nro Controles 2020	diseño 2021	Eficiencia 2021	Nro Riesgos 2021	Nro Controles 2021	diseño 2022	Eficiencia 2022	Nro Riesgos 2022	Nro Controles 2022
11	SUBTOTAL PCESOS ADMON	91.24	92.89	72	112	137	97.20	97.74	64	97	149	88,46	80,51	54	185	89,02	80,98	53	198
9	SUBTOTAL PCESOS MISIONALES	96.52	97.30	39	98	156	97.52	98.09	42	103	162	90,60	82,30	37	176	90,31	82,34	41	177
1	GESTIÓN ESTRATEGICA solo 2020	NA	NA	NA	NA	NA	96.18	96.47	4	12	17	73,41	63,86	4	22	77,60	68,00	5	25
	Total 2019 vs 2020	94.52	95.67	111	210	293	95.85	96.71	110	229	328	88,58	80,38	95	383	88,88	80,78	99	400

Resultado evaluación a la Efectividad de los Controles y Cumplimiento de los PM 2021-2022	% cumple PM a Riesgos y Controles a Diciembre 2021	% Efectivas de Controles a Junio 2022	% cumple PM a Riesgos y Controles a Junio 2022	Promedio diseño del control a 2021	Promedio de % Eficiencia del control	Nro Riesgos 2021	Nro controles 2021
Promedio de todos los procesos	99,05%	98,87%	98,04%	88,58	80,38	95	383
Total PROCESOS ASISTENCIALES	100%	98,96%	99,67%	90,60	82,30	37	176
Total PROCESOS ADMINISTRATIVOS	98,00%	98,77%	96,24%	88,46	80,51	54	185

Mapa de Riesgos de los 21 Procesos Institucionales 2022



Tipo Proceso	Nro Macroproce	Macro Procesos	Periodo de Gestión 2022-2023				Riesgos de corrupción		Riesgos de Seguridad Digital		Diseño y Ejecución de Controles 2021		Diseño y Ejecución de Controles 2022	
			Total riesgos	Nro controles	TOTAL PM al riesgo	Total acciones p Control	2021	2022	2021	2022	Calificación al diseño del control	Calificación a la efectividad del control	Calificación al diseño del control	Calificación a la efectividad del control
		Total Riesgos-Controles-PM x Procesos SIN estrategicos	94	375	116	37	19	22	13	18	88,58	80,38	89,63	81,63
		Total PROCESOS ASISTENCIALES	41	177	45	12	3	4	2	4	90,71	82,42	90,31	82,34
		Total PROCESOS ADMINISTRATIVOS	53	198	71	25	16	18	11	14	88,83	81,02	89,02	80,98
		Total Riesgos-Controles-PM x Procesos CON estrategicos	99	400	123	39	20	23	13	19	88,58	80,38	88,88	80,78

3.1.3. Enfoque del Plan Anticorrupción para la administración de riesgos de corrupción y de lavado de activos y financiación del terrorismo

La E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel basado en el documento Guía del DAFP, “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-2012” y actualizado para el 2015, establece el incorporar en el documento, “Manual e Instructivo para la Administración de Riesgos”, los pasos tanto para la Gestión de los Riesgos de Gestión como de los Riesgos de Corrupción y de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, con aspectos diferenciadores muy puntuales en la valoración del impacto.

Desde el 2017 se incorporan los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo correlacionando a la metodología de gestión de riesgos del DAFP, la expuesta en la Circular 009 del 2016 por la SNS, con la cual se identifican los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo a través de la determinación de los escenarios probables de operaciones sospechosas o inusuales con los clientes y/o contrapartes que tenga la institución y por consiguiente de la implementación de estrategias para prevenir las consecuencias legales, reputacional, operacionales y de contagio que acarrearía la materialización de éstos.

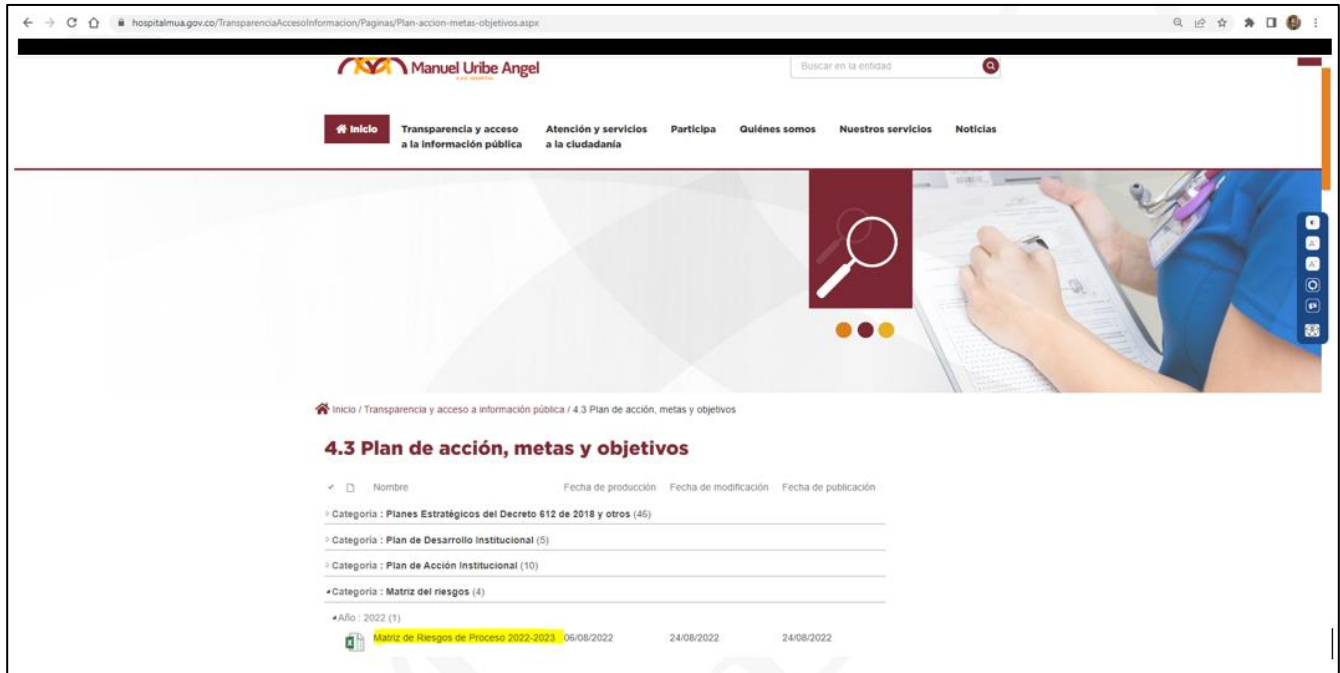
Para mayo de 2019 de acuerdo a una de las estrategias definidas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano se actualiza el Manual e Instructivo de Administración de Riesgos de la ESE, acatando en gran parte los lineamientos del DAFP dados en la *Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles*, Versión-4 de octubre 2018

Para la vigencia 2021, se actualizó el Manual e Instructivo de Administración de Riesgos de la ESE, de acuerdo a la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5” del DAFP publicada en diciembre de 2020 y la Guía de MinTIC para la administración de los riesgos de seguridad de la información. (Ver Manual en la web e intranet de la ESE).

Consecuente con la actualización del manual se define actualizar el aplicativo y automatizarlo, dejando el aplicativo en Excel, como herramienta de trabajo para la gestión de los riesgos desde el 2008 a 2018, buscando un ejercicio más dinámico e interactivo para la gestión y administración de los riesgos identificados para la vigencia 2019, 2020 y 2021, facilitando la actualización permanente, la consulta e inclusión de nuevos riesgos, factores contribuyentes o controles, por parte de los líderes de los procesos.

Para el año 2022 se realizó el cambio del oficial de cumplimiento principal, entregándose esta responsabilidad al Jefe de la oficina de planeación y proyectos, con amplia experiencia en la gestión de riesgos, incluyendo los análisis de debida diligencia a través de los componentes del análisis de la situación comercial, financiera y validación de listas cautelares, esto aunado al cambio de la base de datos de consulta, permitirá consolidar la información más fidedigna, para la segmentación de riesgos, retroalimentación a otros procesos y a entes de control.

Anexo 1: Mapa-Matriz de riesgos de corrupción por procesos 2022-2023 (Vigente entre el 01 de Julio de 2022 y el 30 de Junio de 2023), que se publica en web sección Inicio / Transparencia y acceso a información pública / 4.3 Plan de acción, metas y objetivos. En la categoría Matriz de Riesgos, como se visualiza a continuación:



hospitalmua.gov.co/TransparenciaAccesoInformacion/Paginas/Plan-accion-metas-objetivos.aspx


Manuel Uribe Angel

buscar en la entidad

Inicio Transparencia y acceso a la información pública Atención y servicios a la ciudadanía Participa Quiénes somos Nuestros servicios Noticias

Inicio / Transparencia y acceso a información pública / 4.3 Plan de acción, metas y objetivos

4.3 Plan de acción, metas y objetivos

✓ <input type="checkbox"/>	Nombre	Fecha de producción	Fecha de modificación	Fecha de publicación
+	Categoría : Planes Estratégicos del Decreto 612 de 2018 y otros (46)			
+	Categoría : Plan de Desarrollo Institucional (5)			
+	Categoría : Plan de Acción Institucional (10)			
+	Categoría : Matriz del riesgos (4)			
+	Año : 2022 (1)			
	 Matriz de Riesgos de Proceso 2022-2023	05/08/2022	24/08/2022	24/08/2022

**Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
Programa de Transparencia y Ética
Institucional-
PAAC-PTEI
Vigencia 2023**



3.2 Componente 2: Anti trámites - Racionalización de Trámites

Subcomponente	Actividades		Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 1 Planificación-Identificación y Priorización de Tramites	2.1.1	Publicar en el SUIT el Plan de Racionalización de trámites y procedimientos priorizados para el 2023.	Publicar al menos 1 tramite para ser racionalizado en ell 2023.	Jefe de Planeación. Sistamas de la información (2da Línea de Defensa)	Enero a Septiembre de 2023
Subcomponente 2 Acciones anti trámites y Controles de tramites y procedimientos	2.2.1	Realizar las acciones definidas para cumplir con el proceso de optimización de los tramites priorizados y reportados en SUIT en la vigencia-	% cumplimiento del plan de racionalización y optimización de trámites. Meta: >=80%	Jefe Sistemas de Información Jefe de Planeación	Enero a Diciembre de 2023
	2.2.2	Informe de seguimiento a los trámites en proceso de racionalización y optimización con beneficio directo al usuario.	Mínimo 3 informes en la vigencia por la Oficina de Planeación y la Oficina de Control Interno	Jefe de Planeación. (2da Línea de Defensa) Jefe de Control Interno- (3ra línea de Defensa)	Enero a Diciembre de 2023

Para la vigencia 2023 se ha definido la priorización en la gestión de racionalización en cuatro componentes, así:

DATOS TRÁMITES A RACIONALIZAR				ACCIONES DE RACIONALIZACIÓN A DESARROLLAR				
Tipo	Número	Nombre	Estado	Situación actual	Mejora a implementar	Beneficio al ciudadano y/o entidad	Tipo racionalización	Acciones racionalización
Modelo Único – Hijo	58093	Asignación de cita para la prestación de servicios en salud	Inscrito	En el año 2022 ingresaron 160886 llamas al servicio de	Implementación de modulo de software asociado al ERP que permite el agendamiento	Mejora oportunidad en el agendamiento, modificación, cancelación de	Tecnologica	Atención o asesoría virtual a través de plataformas tecnológicas

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
Programa de Transparencia y Ética Institucional
PAAC – PTEI vigencia 2023



DATOS TRÁMITES A RACIONALIZAR				ACCIONES DE RACIONALIZACIÓN A DESARROLLAR				
Tipo	Número	Nombre	Estado	Situación actual	Mejora a implementar	Beneficio al ciudadano y/o entidad	Tipo racionalización	Acciones racionalización
				call center (inhouse y outhouse) de las cuales se tuvo efectividad del 58.44% y la tasa de abandono fue del 41.56%, el AHT fue de 4:35 minutos y tiempo ASA 19:27 minutos.	web directamente por parte del usuario, dando cumplimiento a todos los requisitos de ley. Al mismo tiempo se ampliará la capacidad en infraestructura, talento humano y nivel de servicio para disminuir los días de espera para que la prestación del servicio una vez haya sido agendado.	citas web y de terapia.		
Modelo Único – Hijo	58142	Examen de laboratorio clínico	Inscrito	Usuarios deben desplazarse hacia el hospital para solicitar la impresión de los resultados de laboratorio, lo que redundo en costos de tiempo, transporte para el usuario y en otros asociados para el hospital incluyendo ahorros en papelería, personal para la atención exclusiva de esta población y evitar posibles contagios en	Implementación de un nuevo software especializado el laboratorio que tendrá un desarrollo en interoperabilidad con el ERP del hospital, y que uno de sus productos será la consulta de resultados de laboratorio vía web la población así como el riesgo inherente a la presencia en una institución hospitalaria	Resultados en línea, mayor accesibilidad de la población y disminución de tiempos de desplazamiento con sus costos asociados	Tecnologica	Atención o asesoría virtual a través de plataformas tecnológicas

DATOS TRÁMITES A RACIONALIZAR				ACCIONES DE RACIONALIZACIÓN A DESARROLLAR				
Tipo	Número	Nombre	Estado	Situación actual	Mejora a implementar	Beneficio al ciudadano y/o entidad	Tipo racionalización	Acciones racionalización
				el entorno hospitalario				
Modelo Único – Hijo	58416	Terapia	Inscrito	En el año 2022 ingresaron 160886 llamas al servicio de call center (inhouse y outhouse) de las cuales se tuvo efectividad del 58.44% y la tasa de abandono fue del 41.56%, el AHT fue de 4:35 minutos y tiempo ASA 19:27 minutos.	Implementación de modulo de software asociado al ERP que permite el agendamiento web directamente por parte del usuario, dando cumplimiento a todos los requisitos de ley. Al mismo tiempo se ampliará la capacidad en infraestructura, talento humano y nivel de servicio para disminuir los días de espera para que la prestación del servicio una vez haya sido agendado	Mejora oportunidad en el agendamiento, modificación, cancelación de citas web y de terapia.	Tecnologica	Atención o asesoría virtual a través de plataformas tecnológicas
Modelo Único – Hijo	62291	Radiología e imágenes diagnósticas	Inscrito	Usuarios deben desplazarse hacia el hospital para solicitar la impresión de los resultados de imagenes diagnósticas (rayos x, tomografía, ecografía), lo que redundo en costos de tiempo, transporte para el usuario y en	A través del software ERP que se dispone, junto con la implementación ya realizadas en PACS permitirá las conexiones para descarga de resultados web	Resultados en línea, mayor accesibilidad de la población y disminución de tiempos de desplazamiento con sus costos asociados	Tecnologica	Atención o asesoría virtual a través de plataformas tecnológicas

DATOS TRÁMITES A RACIONALIZAR				ACCIONES DE RACIONALIZACIÓN A DESARROLLAR				
Tipo	Número	Nombre	Estado	Situación actual	Mejora a implementar	Beneficio al ciudadano y/o entidad	Tipo racionalización	Acciones racionalización
				otros asociados para el hospital incluyendo ahorros en papelería, personal administrativo, de aseo y vigilancia y evitar el riesgo para la población por su interacción en entornos hospitalarios				

Aunado a lo establecido en la Ley Anticorrupción, el Decreto Ley 019 de 2012 dicta las normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública, razón por la cual la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel ha implementado algunas estrategias tendientes a mejorar los procesos de cara a los trámites que actualmente deben realizar nuestros usuarios, dichas estrategias tienen a simplificar, estandarizar, suprimir, optimizar y automatizar los trámites y procedimientos institucionales, con el fin de incrementar la eficiencia de las operaciones y la comunicación entre los procesos, facilitar el acceso y oportunidad a los requerimientos y a disminuir los costos.

En la vigencia 2018 se racionalizó el trámite de “Radiología e imágenes diagnósticas” y el OPA “Paz y Salvo. En la vigencia 2019 se racionalizaron los trámites: Terapia Respiratoria, Atención inicial de urgencias y Dispensación de Medicamentos. En cumplimiento de los criterios de la Carrera de Máxima Velocidad liderada por MinTIC, la ESE HMUA avanza en el desarrollo de las siguientes actividades:

- Caracterización de los trámites
- Elaboración del Mapa de Ruta con los 11 trámites inscritos en el SUIT.
- Diseño del Plan de Optimización de Trámites, que consolida las acciones que se realizaron en la racionalización de los trámites: Terapia Respiratoria, Atención inicial de urgencias y Dispensación de Medicamentos.
- Autodiagnóstico de los 3 trámites priorizados para racionalización con la metodología de 4 pasos del MinTIC.
- Instructivo Prototipos O Mockups De Trámites Priorizados Para Optimización

- Se cuenta con el 100% de los formatos integrados actualizados en la plataforma SUIT.
URL:
<http://www.hospitalmanueluribeangel.com/index.php/el-hospital/tramites-suit;>
<http://www.hospitalmanueluribeangel.com/index.php/mapa-de-ruta>

Adicionalmente en coordinación con el Proceso de Comunicaciones, se publican diferentes banners informativos sobre el SUIT, con acceso a través de la página web, intranet, carteleras y en redes sociales.

En la vigencia 2020 se racionaliza el trámite “Asignación de citas para prestación de servicios de Salud”, logrado la implementación del proceso de teleconsulta, con lo cual en el contexto de la Pandemia COVID se garantiza el acceso de los ciudadanos a la atención en salud, en especial para la población vulnerable minimizándoles el riesgo de contagio. En el año 2021 se implementó estrategia de racionalización respecto a la prestación de servicios de Radiología e imágenes diagnósticas mediante la reingeniería del proceso y renovación de tecnología biomédica e informática que continuó en el año 2022 con la implementación del software complementario PACS para visualización de imágenes diagnósticas en tiempo real y con asociación directa a la historia clínica, lo que permitió definir una conducta médica de manera más oportuna.

También en el año 2021 se dio inicio a los trámites para la racionalizaron los siguientes trámites de cara al ciudadano que tuvieron continuidad en su trámite y salida exitosa en la vigencia 2022, así:

- Asignación de citas: Solicitud a través de formulario digital publicado en la página web. Integración con el portal web Gov. co
- Solicitud de HC: Solicitud a través de formulario digital publicado en la página web. Integración con el portal web Gov. co
- Solicitud de paz y salvo: Solicitud a través de formulario digital publicado en la página web. Integración con el portal web Gov. Co

Necesidades orientadas a la racionalización y simplificación de trámites para el acceso a los servicios de salud

De acuerdo con la actividad de prestación de servicios de salud y la integración de las cinco (5) sedes con la ESE HMUA es tangible la necesidad de racionalizar los trámites con el fin de centralizar los procesos administrativos para evitar congestión en los servicios, retrasos en la atención, desinformación e insatisfacción en el usuario, a la vez contribuir a la disminución en los costos de tramites administrativo para el usuario que consulta en las unidades básicas, disminuyendo el riesgo de corrupción en el manejo de recurso y optimizando a través de la automatización

Relación de trámites y otros procedimientos administrativos que se han intervenido entre las vigencias 2016 - 2020

Se describe el *Requisito o Trámite intervenido* y la intervención dada desde la ESE:

De cara al Usuario:

- Solicitud copia de la Historia Clínica (HC): se tiene un formato estandarizado para la solicitud de la copia de HC, se publica en la web de la ESE, los requisitos a cumplirse para la solicitud de copia de la HC de un familiar, con los tiempos de respuesta para obtener la documentación y formato a diligenciar el cual se puede descargar de la página. (Estandarización, racionalización).
- Solicitud de fotocopias de documento de identidad, para el ingreso del paciente: se escanea el documento en la primera consulta para no requerir el mismo en las siguientes consultas. (Eliminación).
- Trámite de autorizaciones para continuar con los servicios y de órdenes de egreso donde el paciente se traslada a la EPS: se cuenta con la oficina contacto quien telefónicamente y por correo con las aseguradoras realiza el trámite logrando dar continuidad a la prestación de los servicios, bien en la ESE o en otra IPS. (Eliminación).
- Se solicita al usuario que se dirija a la aseguradora para resolver inconsistencias o problemas asociados a morosidad. Desde la oficina contacto se consulta el tipo de inconsistencia y si es por vencimiento de fechas, o información errada en el procedimiento autorizado y el requerido, se gestiona por correo electrónico o telefónicamente la autorización para continuar con el trámite. (eliminación).
- Desplazarse a registraduría para Registro Civil para recién nacidos: se cuenta con el responsable de realizar la interoperabilidad en línea con la registraduría, realizando el registro del recién nacido desde su nacimiento. (optimización).
- Gestión de afiliación a aseguradora del régimen subsidiado. Se consulta la base de datos, si uno de los padres está afiliado se afilia o se tramita por interoperabilidad con la Secretaria de Salud. (Optimización por automatización).
- Espera hasta verificación y autorización de derechos. Se verifica en línea la base de datos nacional sobre la afiliación actualizada del usuario, accediendo a los servicios, sin necesidad de esperar la confirmación telefónica.
- Asistir personalmente por los resultados de los exámenes de laboratorio: previa autorización por parte del usuario cuando asiste a la prueba de laboratorio, se les envía por correo electrónico.
- Solicitud personal de citas: en el primer nivel se asigna cita por Call-Center actividad que se extendió para la alta complejidad a partir del 2018. Durante el 2017 se implementó la solicitud de cita por correo electrónico.
- Presentación personal o correo de una PQRS: Desde abril de 2017 se cuenta con el aplicativo en línea para recibir, consolidar, y dar respuesta oportuna a las

manifestaciones de los usuarios, con radicado consecutivo que permite la trazabilidad por el usuario del estado de su manifestación.

- Evaluación escrita de la rotación por los estudiantes y docentes: a partir de mayo de 2017 se realiza en un aplicativo virtual la evaluación del HMUA como sitio de rotación en los convenios docencia-servicio, facilitando consolidar los resultados y generar acciones de mejora por la ESE y la Universidad.
- Solicitud de citas de terapia centralizadas en la sede principal: a partir de 2019 se entrenó al personal de admisiones de las unidades básicas de atención en el proceso de asignación de citas, de tal forma que desde los diferentes puntos de atención se pueda asignar, sin necesidad de que el usuario se tenga que desplazar a la sede principal.
- Tiempos de espera prolongados y entrega incompleta de medicamentos en el servicio farmacéutico de baja complejidad: A partir del mes de mayo de 2019 la atención del servicio es asumida por un tercero experto técnico “Grupo Afin”, con el cual se logra automatizar el sistema de turnos permitiendo además la priorización de usuarios; adicionalmente se logra la interoperabilidad entre el software institucional y el tercero, lo cual permite optimización de tiempos de atención.
- Tiempos de espera prolongados para la atención inicial de urgencias: A partir del mes de julio de 2019 se inicia obra de ampliación de urgencias, con lo cual se busca la mejora en la capacidad de respuesta del servicio y la oportunidad de la atención. Adicionalmente a partir del mes de septiembre se implementa sistema de triage con profesionales de enfermería, lo cual permite optimizar recurso humano y liberar horas médico para la atención y manejo clínico de los usuarios.

A nivel de los Colaboradores y procedimientos internos.

- Solicitud certificados en la oficina de talento humano: con los colaboradores se facilita la expedición en cualquier momento del certificado de ingresos y retenciones y la colilla de pago.
- Notificación telefónica de disponibilidad de cama: se cuenta con un spark- interactivo entre los procesos asistenciales, por donde se comunican internamente sobre las necesidades para traslado de paciente, solicitud o cambio de dietas, etc. lo cual repercute en los costos de la ESE, la agilidad en el proceso de atención del usuario y la eficiencia en el recurso humano.

3.3 Componente 3: Rendición de Cuentas

Subcomponente	Actividades	Indicadores	Responsable	Fecha Ejecución	
Subcomponente 1 Información de calidad y en lenguaje comprensible	3.1.1	Actualizar el Manual de Rendición de cuentas institucional, teniendo en cuenta los lineamientos definidos por la función pública en el Manual Único de Rendición de Cuentas - MURC. Versión 2	Manual de Rendición de cuentas institucional actualizado con lineamientos definidos por la función pública en el Manual Único de Rendición de Cuentas - MURC. Versión 2 .	Jefe de Planeación. - 2da Línea de Defensa	Mayo a Junio de 2023
	3.1.2	Convocar a los integrantes del Comité de Rendición de Cuentas Social con oportunidad, para definir estrategias de convocatoria, temas de interés, grupos de interés a invitar y mecanismos para incentivar la asistencia, publicando oportunamente en la pagina web de la ESE, el acta, convocatoria, formato de preguntas, informe de gestión de la Entidad de la vigencia anterior, incorporando el resultado de los tramites de la PQRS, temas normativos y de interés.	Total publicaciones (6) oportunas en la pagina web de a ESE: Acta de programación (1), Informe de Gestión (1) y formato (1- preguntas y sugerencias), convocatoria (3) (antes de cumplir los 30 días previos a la audiencia pública)	Jefe de Planeación. - 2da Línea de Defensa y comunicadora	De marzo a 25 abril 2023
	3.1.3	Divulgar por diversos canales de comunicación píldoras informativas del informe de rendición	Mínimo 5 píldoras informativas desplegadas a través de diferentes canales de comunicación	Jefe de Planeación. - 2da Línea de Defensa comunicadora	Marzo a Julio de 2023

Subcomponente	Actividades	Indicadores	Responsable	Fecha Ejecución	
	de cuentas para todos los grupos de valor,				
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	3.2.1	Participar EN las jornadas del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC, para realizar ferias de diálogo con la ciudadanía (ejercicios participativos), dando a conocer el informe de gestión, el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, e identificar necesidades informativas de los diferentes grupos de valor.	Total espacios de participación, en ferias de dialogo con la ciudadanía, donde se de a conocer el informe de gestión, el PAAC2023, y se captaron necesidades de información de los diferentes grupos de valor (meta: al menos 5 ferias de dialogo	Jefe de Planeación. - 2da Línea de Defensa comunicadora	Marzo a Diciembre de 2023
	3.2.2	Realizar audiencia pública de rendición de cuentas utilizando medios digitales y presenciales que faciliten la participación y a la vez el diálogo entre la ciudadanía y el equipo directivo de la ESE.	% de cumplimiento de las acciones planeadas para garantizar el acceso y efectiva participación de la comunidad a la(s) rendición de cuentas. (>=90% de lo programado)	Jefe de Planeación. - Mercadeo y Ventas 2da Línea de Defensa (Comunicadora, SIAU) 1ra Línea de Defensa	Febrero a abril de 2023
	3.2.3	Conocer los espacios de participación programados por la Administración del Municipio, y hacer parte activa de las salidas a otros espacios de rendición de cuentas y dialogo	Total espacios de participación y diálogo donde el hospital participa (mínimo 5 espacios, con asistencia de directivos y de otros funcionarios para	Gerencia Jefe de Mercadeo y Ventas Comunicadora	Enero a diciembre 2023

Subcomponente	Actividades	Indicadores	Responsable	Fecha Ejecución
	directo con las Juntas de Acción Comunal, Asociaciones de usuarios, veedores y publicar informe en la web.	rendición de cuentas, publicado en la web.		
Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3.3.1 Reforzar con el comité de rendición de cuentas social de la ESE, la importancia de la Audiencia de Rendición de Cuentas, socializando el Manual y reglamento de Rendición de Cuentas y los lineamientos definidos por la Supersalud para este espacio.	Proporción de integrantes del comité de rendición de cuentas que asistieron a la charla sobre el Reglamento y Lineamiento para la Rendición de Cuentas en la Audiencia Pública de la ESE (meta: al menos 7 de los 8 integrantes, 87%).	Jefe de Planeación y comunicadora	Feb a Abr 2023
	3.3.2 Entregar reconocimiento a los integrantes de los espacios de participación ciudadana y a los ciudadanos que asistan a la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas.	Porcentaje de ciudadanos que recibieron el reconocimiento por su participación en la Rendición de Cuentas en Audiencia Pública. Meta: (>90%)	Jefe de Mercadeo y Ventas Comunicadora	abril a mayo de 2023
	3.3.3 Publicar y consultar los formularios sobre la satisfacción y en la Audiencia de rendición de cuentas, presentando los resultados al Comité de Rendición de Cuentas Social,	Índice de satisfacción en la Audiencia de rendición de cuentas de acuerdo al promedio e de las 4 preguntas formuladas en el encuesta de satisfacción en la Audiencia Pública. (logrando una participación mayor o igual, que en la	Jefe de Mercadeo y Ventas Comunicadora	Abril y mayo de 2023

Subcomponente	Actividades	Indicadores	Responsable	Fecha Ejecución
		vigencia anterior (248 y un promedio de satisfacción en las 4 preguntas superior al 90%)		
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	3.4.1 Convocar Comité de Rendición de Cuentas dentro de los 10 días hábiles siguientes a la Audiencia Pública, para la evaluación de rendición realizada y cumplimiento de las acciones formuladas en la primera reunión, publicando en la página web de la E.S.E, los resultados en la audiencia pública de rendición de cuentas	Oportunidad en la publicación en el micrositio de Rendición de Cuentas de la ESE, del Acta del Comité con la evaluación de la Audiencia, así como los resultados de la encuesta de satisfacción y la respuesta a las preguntas formuladas por la comunidad. . (meta: cumplir dentro de los 15 días siguientes de realizada la audiencia la publicación del acta-2, resultado encuesta y respuesta a preguntas).	Jefe de Mercadeo y Ventas Comunicadora	Mayo de 2023
	3.4.2 Medir la satisfacción de la comunidad, frente a las acciones, capacitaciones, charlas y otras actividades ejecutadas en el Plan de Intervenciones Colectivas, el cual se trabaja con enfoque comunitario, en convenio con la	Índice de percepción de satisfacción de los usuarios asistentes a las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas- PIC. (Meta: satisfactorio >80% de los encuestados)	Jefe de la Baja Complejidad Medica lider del Programa PIC-2023	Febrero a Noviembre de 2023

Subcomponente	Actividades	Indicadores	Responsable	Fecha Ejecución
	Administración Municipal.			
3.4.3	Realizar seguimiento al Plan Operativo Anual de la vigencia y publicar en el Menu de Transparencia y Acceso a la Información el informe trimestral respecto a la Ejecución presupuestal y en forma semestral a la ejecución de las actividades y cumplimiento de los Proyectos formulados.	Total informes del cumplimiento del Plan de acción Institucional presentados al Comité Institucional de Gestión y Desarrollo y Nro de publicaciones en el Menú de Transparencia de la evaluación trimestral del POA-Institucional.	Jefe de Planeación. - 2da Línea de Defensa	Enero, Abril, Julio de 2023

La Rendición de Cuentas es la expresión del control social que comprende acciones de petición de información, diálogos e incentivos. Busca la adopción de un proceso transversal permanente de interacción entre servidores públicos —entidades— ciudadanos y los actores interesados en la gestión de los primeros y sus resultados. Así mismo, busca la transparencia de la gestión de la Administración Pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno.

El 21 de abril 2022, el Hospital Manuel Uribe Ángel realizó la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, innovando en la forma como tradicionalmente se ha desarrollado la misma. Con la asistencia de varias personas de la comunidad, se transmitió en directo por el canal de YouTube HMUAENVIGADO, bajo el modelo de entrevista organizacional con la Gerente, quien informó a la comunidad los resultados y logros de la gestión de la vigencia 2021, apoyándose de imágenes audiovisuales y videos pregrabados, donde un equipo de líderes de las áreas misionales, socializaron las acciones ejecutadas para mitigar el impacto de la pandemia y los servicios a prestarse en la nueva torre de hospitalización. Aunado a otras estrategias como entidad incluyente, se contó con un intérprete de lenguaje de señas.

Los representantes de la comunidad por el COPACO, comité de Ética Hospitalaria, Comité de Salud de la Zona-5; del Cabildo del Adulto mayor, la Asociación de usuarios y la Junta

Directiva, formularon en directo las preguntas que inquietan a la comunidad, a las cuales, la gerente dio respuesta en forma detallada.

Se contó con la participación de 518 asistentes que accedieron al canal institucional del HMUA para la transmisión de YouTube y de las cuales 298 diligenciaron la encuesta de satisfacción, calificando en el 100% el logro de sus expectativas y la satisfacción con la información brindada. Se resaltan las siguientes acciones de mejora y avances de esa jornada: 1. La convocatoria a la comunidad para participar en la planeación y ejecución de la rendición, contribuyó al logro de los resultados. 2. Un gran avance en la forma de hacer en vivo la transmisión, dando participación a la comunidad. 3. La metodología virtual y presencial, que permite el uso de ayudas audiovisuales y acercando más al ciudadano a la ESE, haciendo posible el interactuar con ellos, en un dialogo abierto que genera credibilidad y transparencia. 4. La forma de entrevista, con apoyo de las imágenes y los videos previos, facilita el entendimiento e hizo más dinámica la entrega de la información, así mismo, despertó mayor interés por la comunidad para enterarse de la gestión de la Entidad. 5. Con la participación de los 4 líderes de procesos, explicando e informando sobre los resultados en sus servicios, investigaciones y acciones para garantizar la calidad, fue muy asertivo para generar mayor confiabilidad sobre el trabajo en equipo de toda la entidad por el bienestar de los usuarios. 6. La intervención en vivo de los representantes de la comunidad, fortalece su compromiso por participar en los espacios de dialogo y control, uno de los objetivos que se buscan fortalecer para el 2022. Con un total de 206 conectados a las 5:49 pm, llegando a 970 vistas a las 11:30 pm del 21 de abril 2022. 7. El incremento de la asistencia de los funcionarios, ciudadanos y grupos de interés, es el resultado del trabajo conjunto entre la ESE y la comunidad, liderado por el Comité de Rendición de Cuentas Social, con integrantes activos y dispuestos de la comunidad. 8. El separar el formato de la lista de asistencia de la encuesta de satisfacción, genera mayor confianza para ser diligenciado con mayor objetividad, y cumple con la observación realizada en la vigencia anterior al Comité de Rendición de Cuentas Social, por la Oficina de Control Interno de la entidad. 9. Se resalta el haber contado con el intérprete de lenguaje de señas, como una de las estrategias de la ESE, como entidad incluyente. 10. Se dio cumplimiento a las acciones planteadas en las 2 reuniones que precedieron la rendición de cuentas en audiencia pública, tanto por los colaboradores del hospital, como por los representantes de la comunidad en el comité. 11. El incentivo y reconocimiento entregado a los asistentes presenciales a la rendición de cuentas, es una forma para motivar a la ciudadanía, a que se vinculen a este tipo de eventos de dialogo e interacción entre la ESE y la comunidad. 12. El uso de diferentes medios de comunicación para difundir la información y la convocatoria del evento.

Los excelentes resultados de la gestión y la satisfacción de la comunidad, es la muestra del trabajo de todo el equipo de colaboradores, liderados por la dra. Martha Lucia Vélez Arango, quienes con pasión y dedicación, brindan servicios de salud con calidad a nuestros usuarios.

Diagnóstico en los avances de la Rendición de Cuentas y participación ciudadana.

En cumplimiento del artículo 78 de la Ley 1474 de 2011 y en concordancia con el documento CONPES 3654 del 12 de abril de 2010 y conforme al artículo 52 de la Ley 1757 de 2015 proyecto de democratización de la función pública, la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel, conformó en el 2015 el Comité de Rendición de Cuentas Social, integrado por tres (3) líderes de la comunidad y encargados de la planificación y evaluación del proceso de la rendición de cuentas en audiencia pública, convocar a la comunidad Envigadeña y difundir los mecanismos de participación en la misma, acogiendo a la Guía y Manual de Rendición de Cuentas a la ciudadanía expedida por el DAFP, bajo 3 pilares:

- a) **Información:** Está dada en la disponibilidad, exposición y difusión de datos, estadísticas, informes, etc., de las funciones de la entidad y del servidor. Abarca desde la etapa de planeación hasta la de control y evaluación.
- b) **Diálogo:** Se refiere a: (i) la justificación de las acciones; (ii) presentación de diagnósticos e interpretaciones; y (iii) las manifestaciones de los criterios empleados para las decisiones. Envuelve un diálogo y la posibilidad de que otros actores incidan en las decisiones.
- c) **Incentivos o sanciones:** Son las acciones que refuerzan los comportamientos de los servidores públicos hacia la Rendición de Cuentas; así mismo, los medios correctivos por las acciones de estímulo por el cumplimiento o de castigo por el mal desempeño.

La ESE HMUA se acoge a los lineamientos definidos por la Superintendencia Nacional de Salud para la rendición pública de cuentas para facilitar la consulta respecto a la periodicidad y destinatarios de la información de la ESE, realiza la publicación de la información en sitios web, intranet institucional, carteleras y demás, para la consulta de la comunidad, teniendo como enfoque la implementación de las estrategias de gobierno en línea y los principios de Buen Gobierno, transparencia y rendición de cuentas, gestión pública efectiva, participación y servicio al ciudadano, vocación por el servicio público, estrategias de lucha contra la corrupción, todos transversales a los cinco (5) componentes del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano que se desarrollan en el presente documento.

3.4 Componente 4: Mecanismos para mejorar el Servicio al Ciudadano

Subcomponente	Actividades	Indicador	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	4.1.1 Implementar acciones priorizadas del plan de intervención frente al autodiagnóstico de la NTC6047. Presentar informe de gestión al CIGYD	Proporción de cumplimiento de las acciones priorizadas que lleven a aumentar el porcentaje den el autodiagnóstico de la NTC6047. (>=80%). Informe presentado al CIGYD	Jefe de calidad Jefe de mercadeo Jefe de Ambiente Físico	Mayo a Noviembre de 2023
Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención	4.2.1 Mejorar, incentivar y realizar seguimiento a la efectividad del uso del aplicativo web para de gestión de PQRSD, informando al Comité de Control Interno y Calidad los resultados.	Frecuencia de uso del aplicativo virtual para el reporte de PQRSD (>= al 10% de las manifestaciones se reciban)	Mercadeo y Ventas (Oficina de Atención al Usuario)	Enero a Diciembre de 2023
Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención	4.2.2 Diseñar píldoras informáticas sobre los canales de comunicación e información que la E.S.E tienen dispuestos para la ciudadanía y desplegar con los diferentes grupos de valor	Porcentaje de cumplimiento del plan de comunicaciones para el cliente externo >=80%	Mercadeo y Ventas Comunicaciones	Enero a Diciembre de 2023
Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención	4.2.3 Reporte y seguimiento a las manifestaciones de inconformidad manifestadas por el usuario sobre los trámites inscritos en SUIT en relación al acceso a los servicios.	% de inconformidades manifiestas en relación a los trámites del total de tramites gestionados (meta: 0,5%, (total quejas / total tramites *100)	Jefe de Planeación. - 2da Línea de Defensa Oficina de Atención al Usuario.	Mayo a Noviembre de 2023

Subcomponente	Actividades	Indicador	Responsable	Fecha Ejecución	
Subcomponente 3 Talento humano	4.3.1	Capacitar al personal a través de grupos primarios de los servicios en Derechos y Deberes Diferenciales, Modelo de Inclusión y Atención Preferencial	Cobertura de funcionarios capacitados en Derechos y Deberes Diferenciales, Modelo de Inclusión y Atención Preferencia, por cada proceso. (Meta: de acuerdo a la programación del plan institucional de capacitaciones)	Mercadeo y Ventas (Oficina de Atención al Usuario)	Abril a Diciembre de 2023
	4.3.2	Estructurar un Plan Integral de Capacaciones para el Cliente Interno, donde se involucre capacitaciones virtuales y presenciales que lleven a fortalecer las competencias del Recurso Humano en el proceso de atención, alineado a las estrategias del proyecto 1 y 3 del POA-Institucional.	Proporción de cumplimiento del Plan de Capacitaciones Institucional- PIC-I 2023.)cumplimiento en temas proyectados y cobertura de funcionarios, según meta del PIC-I)	Jefe de Talento Humano	Febrero a Diciembre de 2023
Subcomponente 4 Normativo y procedimental	4.1.1	Actualizar y publicar el Normograma Institucional, respecto a los temas de participación ciudadana, derechos y deberes, gobierno digital, modelo de planeación y gestión, tramite de PQRS, rendición de cuentas, protección de datos, antitramites, gestión de los riesgos y transparencia.	Normograma actualizado, publicado con acceso a colaboradores y comunidad en forma cuatrimestral	Oficina de jurídica	Enero, Mayo, Septiembre 2023

Subcomponente	Actividades	Indicador	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 5 Relacionamiento con el ciudadano	4.5.1 Publicar en la web el informe trimestral de las PQRSD-F, donde se identifique los tiempos promedio de respuestas a las manifestaciones de los usuarios, incluyendo el total de peticiones negadas y trasladadas que no son de competencia de la E.S.E. según reporte del aplicativo digital y análisis previo por la Oficina de Atención al Usuario de la ESE, en cumplimiento a la normatividad vigentes y procedimientos institucionales.	Total informes publicados en la web con reporte en la oportunidad en respuesta de peticiones, quejas y reclamos - PQRSD incluyendo el total de peticiones negadas y las trasladadas al no ser de competencia de la E.S.E. (meta: 4 informes trimestrales)	Jefe de Mercadeo y Ventas (Oficina de Atención al Usuario) Oficina d control Interno	Febrero, abril, julio, octubre, 2023
	4.5.2 Hacer seguimiento trimestral de la satisfacción del usuario, luego de los servicios recibidos, desde los procesos asistenciales-misionales	Promedio de la Satisfacción Global del paciente en cuanto al servicio recibidos según encuesta de satisfacción (meta >=95%)	Jefe de Mercadeo y Ventas (Oficina de Atención al Usuario)	Enero, abril, Julio, octubre 2023

Mecanismos que mejoran la atención y las relaciones con el ciudadano con el objetivo de mejorar la calidad en los servicios que se prestan, la accesibilidad a la información, instalaciones y servicios de salud, satisfaciendo las necesidades de la ciudadanía. Este se desarrolla a través de cinco (5) subcomponentes así:

- Estructura administrativa y direccionamiento estratégico
- Talento Humano: Afianzar la cultura de servicio al ciudadano en los servidores públicos.

- c) Fortalecimiento de los canales de atención.
- d) Normativo y procedimental
- e) Relacionamiento con el ciudadano

La institución cuenta con diversos mecanismos de comunicación con el usuario, a través de la Oficina de Atención al Usuario, los buzones físicos y virtuales, la liga de usuarios, la línea amable, redes sociales, entre otros.

Diagnóstico de la estrategia de servicio al ciudadano.

Se actualizan los procesos de atención al usuario, comunicaciones y el de seguridad, se evalúan aspectos como los mecanismos para difundir los derechos y deberes, portafolio de servicios y la información de la ESE a ser publicada en la Web conforme a los requisitos de ley, así como a los medios de comunicación con que cuenta la ESE para recibir, tramitar y dar respuesta a las quejas, peticiones, reclamos, sugerencias y denuncias. Se encuentra la definición de la estrategia del servicio con el modelo de humanización en la institución con fin de fortalecer la atención de los usuarios.

Se evidencian avances en la política de responsabilidad social empresarial, la política de protección de datos, seguridad y confiabilidad en la información y la de atención integral, la de administración de los riesgos, donde se definen los seguimientos a la gestión de riesgos de seguridad en la atención, riesgos laborales, contractuales, y de operación.

Se involucra a la comunidad en general y a otros entes del municipio a participar en las campañas de “Más por Menos” (uso racional de recursos), “PILOSA” (programa de imagen, limpieza, organización, seguridad y ambiente laboral), “Castorín”, en relación a una producción más limpia y el cuidado del medio ambiente.

Se hace partícipe a los estudiantes en el proceso de inducción y evaluación del centro de práctica.

Con seguimientos a la ejecución del plan de comunicaciones tanto interna como externa, la rendición de cuentas, las acciones relacionadas al comité de emergencias y simulacros, haciendo partícipe a la comunidad Envigadeña, el programa camino a la humanización y avances en los tramites de la documentación con la aprobación de las tablas de retención documental.

En cuanto a la política de Participación Ciudadana y se dio continuidad al Plan de Participación Social en salud, con un cumplimiento durante la vigencia 2022 del 100% que contó con la participación de 997 personas capacitadas en los ciclos de formación, superando el número de personas capacitadas en el año 2021, con las siguientes gestiones

* Para el primer semestre en encuentro de PPSS, del que hace parte la rendición pública de cuentas, se contó con la participación de 520 personas que accedieron al canal .
<https://www.hospitalmua.gov.co/SaladePrensa/Paginas/Rendicion-de-Cuentas-2022.aspx>

* También el 27 de Mayo de 2022 se participó a través del PIC con la asistencia de 10 personas En este primer ciclo 60 personas fueron capacitadas en el primer ciclo, la evidencia se encuentra disponible en <https://hospitalmanueluribeangel.sharepoint.com/sites/POAMERCADEO/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FPOAMERCADEO%2FDocumentos%20compartidos%2FPROYECTO%203%2F6%2E2%20Asistentes%20a%20capacitaciones&viewid=f74f470a%2D7724%2D4c43%2Db082%2D8be48b48e8d5>

Durante el segundo semestre se realizó el segundo ciclo de capacitaciones enfocadas en participación ciudadana, así: Atención diferencial enfoque discapacidad, Comité ética hospitalaria, Control Social y veedurias, Ley estatutaria de salud 1751, Resolución 229, SECOP II, Sisben IV, Para un total de 271 asistentes capacitados en el segundo ciclo de formación ciudadana. Se realizó participación del PIC, Secretaria de Salud y Hospital en TRIAGE EN URGENCIAS realizada el 3 de noviembre, que contó con la participación de 28 personas

También se participó en la actividad de RCP realizada en el parque de Envigado el 24 de Septiembre en la que participaron 136 personas

3.5 Componente 5: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información.

Subcomponente	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	5.1.1	Actualizar el conjunto de datos abiertos , publicados en la WEB de la E.S.E.	Proporción de conjunto de datos abiertos actualizados (Meta: 5 conjuntos de datos abiertos actualizados = 100%)	Jefe Sistemas de información Septiembre a Dic de 2023
	5.1.2	Implementar acciones priorizadas para la vigencia de la política de Gobierno digital , reportando su cumplimiento a la Submesa de Gobierno Digital y Comité Institucional de Gestión y Desempeño-CIGyD	Actualización de autodiagnóstico y Total reportes de seguimiento a los resultados a la submesa y al CIGyD (3 informes=100%) Proporción de cumplimiento de las acciones priorizadas para la vigencia 2022 en política de gobierno digital (>=90%)	Jefe Sistemas de información Líder de Planeación. Calidad -2da Línea de Defensa Mayo a Dic de 2023
Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	5.2,1	Producir y difundir en la pagina web y redes sociales comunicados, piezas informativas, materiales periodísticos o investigativos de interés para la comunidad, así como los eventos académicos para la ciudadanía, entre otros.	Total de material informativo diseñado y publicado en la web, adicionales a los normativos, (meta: al menos 4 por semestre)	Jefe de mercadeo y ventas Comunicaciones Febrero a Diciembre de 2023

Subcomponente	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 3 Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	5.3.1 Revisar y de ser necesario actualizar los Instrumentos de Gestión de la Información (registro de activos, PGD, PETI etc.), según modelo de seguridad del MinTIC, siendo presentada la propuesta de modificación a la Submesa de Archivo y/o Gobierno Digital según aplique y al CIGyD para su aprobación.	Total documento revisado y de ser necesario actualizado y aprobado por las submesa correspondiente y el CIGyD (meta 100% de los que se identifiquen para actualizar aprobados por Submesa y CIGyD. Para la vigencia 2022 se tienen programados los siguientes: Registro de Activos de Información e Índice de Información Clasificada y Reservada	Jefe Sistemas de Información-Submesa de Archivo Administrativo y Gobierno Digital	Abril a Noviembre de 2023
Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	5.4.1 Dar continuidad a la actualización de la información publicada en el link " Atención y Servicio a la Ciudadanía " de la página web de la ESE, con criterios de lenguaje claro	Total de actualizaciones de la documentación publicada que cumple con lenguaje claro en el link "Participa" (meta: >=50%)	Jefe de mercadeo y ventas SIUA Jefes de Procesos	Febrero a Diciembre de 2023
	5.4.2 Dar continuidad a la actualización de la información publicada en el menú " Transparencia y Acceso a la Información " de la página web de la ESE, con criterios de accesibilidad .	Total de actualizaciones de la documentación publicada en el 2022 y 2023 que cumple con criterios de accesibilidad en el Menú " Transparencia y Acceso a la Información " (meta: >=85%)	Jefes de Procesos de Comunicaciones	Enero a diciembre de 2023

Subcomponente	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	5.4.3 Actualizar la página web con nueva tecnología facilitando la consulta por todos los usuarios entre ellos a las personas con discapacidad auditiva.	Página web actualizada con herramientas para la consulta por personas con discapacidad auditiva. (al menos 1 funcionalidad)	Jefe de mercadeo y Comunicaciones	Julio a Diciembre de 2023
Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.5.1 Actualizar en la página web el esquema de publicaciones con seguimiento cuatrimestral y Presentar a la Submesa de Gobierno Digital en forma cuatrimestralmente el resultado, reportando al CCCIC la oportunidad en su publicación en la web.	Total informes presentados a la Submesa de Gobierno Digital (cuatrimestral) sobre el cumplimiento en la actualización, estado de la información a publicar en la web y al CCCIC o al CIGyD (semestral) la oportunidad del esquema de publicación actualizado en la web	Jefe de mercadeo - Comunicadora	Junio y Noviembre 2023
Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.5.2 Reporte matriz ITA-Índice de Transparencia y Acceso a la Información, en la página web de la ESE de acuerdo a la fecha dispuesta por la Procuraduría. Y presentación de resultados al CIGYD o CCCIC.	Informe de la Matriz ITA publicado oportunamente de acuerdo a la fecha establecida por la Procuraduría General de la Nación (100%, 162 ítems publicados) <i>Nota: depende de la programación de la Procuraduría</i>	Jefe de mercadeo - Comunicadora	Mayo y Noviembre de 2023

Recoge los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de acceso a la información pública, según el cual toda persona puede acceder a la información pública en posesión o bajo el control de los sujetos obligados de la ley, excepto la información y los documentos considerados como legalmente reservados.

Diagnóstico del avance en la implementación de la Ley de Transparencia y otra.

La ESE HMUA en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011, Capítulo VI, Artículos 73, 74, 75, 76, 77 y 78, realiza la publicación en la página web institucional, de forma oportuna.

En la página Web de la ESE, se han creado diferentes enlaces, favoreciendo la consulta de la información de interés general, así como el seguimiento y control ciudadano; además de implementar a través de esta misma, mecanismos para la entrega de hojas de vida y notificación de trámites judiciales.

Durante el año 2016 y 2017 se adelanta la actualización del Programa de Gestión Documental y se logra la aprobación de la actualización de las Tablas de Retención Documental.

En el último año 2022 el cumplimiento a la gestión de las TRD-FUID fue del 99.49%, de acuerdo a la auditoría de sistemas de información realizada en el 1er semestre a los contratos y convenios administrativos del 2021, se llevaba un cumplimiento del 100%, entre octubre y noviembre 2022, se realiza la 2da evaluación a todas las series documentales, con un cumplimiento de las TRD-FUID reportado por la sub-mesa de archivo Administrativo (Adscrita el Comité Institucional de Gestión y Desempeño), así: sobre un total de 680.544 carpetas se cumple con 489.597, incluye archivo central y el de gestión, con un cumplimiento del 71.9% (en las unidades documentales, que sobre la meta (518.461) representa el 94.4% .cubriendo un total de 20 procesos; sobre la meta (95%) se cumple en el 99.36% La gestión en promedio de todos los procesos incluyendo archivo central administrativo y clínico fue del 99.49%, (se incluye gestión de archivo clínico y administrativo central con el 100%, que no se incluyo en la meta y proyección en el 2021, donde se dio un cumplimiento sin incluir este del 99.07%. evidenciando el trabajo que para el 2022., se tuvo en el archivo central aportando a un cumplimiento promedio del 99.49%,

3.6 Componente 6: Integridad (componente adicional).

Subcomponente	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha Ejecución	
Subcomponente 1 Implementación del código de integridad	6.1.1	Implementar acciones prioritizadas para la vigencia del autodiagnóstico "1.2- Integridad" propuesta por el DAFP para avanzar en el implementación del MIPG -	Porcentaje de cumplimiento de las acciones prioritizadas a implementarse para el 2023, en el autodiagnóstico "3.5 "Integridad " del MIPG (>=90%)	Jefe de talento humano Jefe de Planeación	Marzo a Dic de 2023
	6.1.2	Adoptar estrategias de la caja de herramientas de integridad de la función pública, para fortalecer el despliegue e implementación del código de integridad	Total de estrategias implementadas para evaluar el código de ética e integridad (Mínimo 2 estrategias nuevas implementadas)	Jefe de talento humano	Febrero a Diciembre de 2023
	6.1.3	Diseñar e implementar capacitación en Integridad y ética de lo público , para clientes internos nuevos y antiguos.	Proporción de funcionarios capacitados en integridad y ética de lo público (>=80% del total de funcionarios y contratistas) Calificación promedio >=8.5	Jefe de talento humano	Febrero a 15 Noviembre de 2023
Subcomponente 1 Implementación del código de integridad	6.1.4	Diseñar e implementar capacitación en SICOF y conflicto de interés para clientes internos	Proporción de funcionarios capacitados en conflictos de interés y SICOF (>=40 % del total de funcionarios y contratistas) Calificación promedio >=8.5	Jefe de talento humano Jefe de Planeación	Febrero a Diciembre de 2023

Subcomponente	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha Ejecución
	<p>6.1.5 Realizar seguimiento para que los contratistas de conformidad a la lista de chequeo para la suscripción de contratos de prestación de servicios de la entidad realicen el diligenciamiento del aplicativo o formato por la integridad, y el formato del reporte del SARLAFT para la debida diligencia, cuando aplique, de acuerdo a la Ley 2013 del 2019 antes de la suscripción del contrato</p>	<p>Proporción de Contratistas que cumplen con el diligenciamiento del formato o aplicativo definido "por la Integridad" y el formato SARLAFT a los que aplique ($\geq 80\%$ del total de contratistas)</p>	Jefe de talento humano	Febrero a Diciembre de 2023
	<p>6.1.6 Actualizar el manual de contratación con la normatividad vigente aplicada a la contratación estatal, aprobado por acto administrativo.</p>	Manual Actualizado, aprobado y publicado en la pagina web de la ESE	Jefe de Juridica	Mayo a Agosto de 2023
	<p>6.1.7 Realizar seguimiento al registro y actualización por parte del personal de planta permanente y temporal inscritos en el SIGEP, en relación al registro y actualización de la declaración de bienes y rentas y de conflictos de interes cuando aplique.</p>	<p>Minimo 3 seguimientos cuatrimestrales Soporte de gestión realizada con los jefes de servicio y de Talento Humano frente a desviaciones observadas</p>	Jefe de talento humano Jefes de procesos	Febrero a Diciembre de 2023

La E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel consciente de la importancia de la política de integridad que hace parte de dimensión de talento humano eje fundamental de MIPG, continua con su

implementación y apropiación por parte de los servidores apostándole a la integridad de quienes laboran con la entidad.

Para el componente de iniciativas adicionales se ha emitido lineamientos para su implementación, a través del Decreto 118 de 2018, en su artículo 2 determina que estas formularán y desarrollarán un Plan de Gestión de la Integridad, el cual se incorpora en el PAAC, como componente adicional como estrategia que contribuya a combatir y prevenir la corrupción y a consolidar un gobierno legítimo y transparente.

Es importante señalar que la incorporación de los Planes de Gestión de Integridad de las entidades distritales en el PAAC es una estrategia de articulación de iniciativas que se promueven desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión con el liderazgo desde la Dimensión de Talento Humano, dispuesto para fortalecer el liderazgo y la cualificación de los servidores bajo los principios de integridad y legalidad como motores de la generación de resultados de las entidades públicas.

4. Áreas Responsables y Fecha

En cada uno de los componentes y actividades de los subcomponentes se asigna el responsable de la gestión y la fecha o rango de tiempo para la ejecución y cumplimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

5. Presupuesto:

El presupuesto de la ESE está inmersa en la propia operación de los procesos, para ello los líderes responsables de las actividades tiene definidas las acciones que dentro de la gestión del proceso irán incorporando y aplicando con sus equipos de trabajo.

- La mano de obra: se cuenta con el personal vinculado quienes en sus funciones implementaran las estrategias, el seguimiento, monitoreo y evaluación a las mismas.
- Gastos de mantenimiento y actualización de los sistemas de información, que incluye también los gastos para la implementación de las estrategias de gobierno en línea como espacio para la información, interacción, transacción, transformación y democratización de la información institucional de acuerdo con las acciones priorizadas para la vigencia en el Plan Operativo Institucional de la vigencia 2023.

6. Indicadores.

Los indicadores de evaluación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano son:

- 7.1 Porcentaje de cumplimiento de las acciones definidas por cada componente
- 7.2 Cobertura poblacional al cual se le socializa el PAAC anual
- 7.3 Calificación promedio en el conocimiento de las estrategias del Plan.

7. Monitoreo y Seguimiento

El monitoreo de las acciones del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia, estará a cargo del Comité de Control Interno y Calidad-CCCIC, siendo la Oficina de Planeación y Proyectos la encargada de facilitar, articular y consolidar la formulación de éste, e igualmente realizar el seguimiento a las acciones e indicadores y al igual que la Jefe de Control interno brindar asesoría a la primera línea de defensa en la implementación de los controles y acciones establecidos en la matriz de riesgos.

Así mismo en concordancia con la cultura del autocontrol, los líderes de los procesos como primera línea de defensa, en conjunto con sus equipos de trabajo deben monitorear y revisar periódicamente el documento del Mapa de Riesgos, con énfasis en los riesgos de Corrupción, Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, dejando registro por escrito de su justificación.

El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces es la encargada de verificar y evaluar la elaboración, publicación, socialización, seguimiento y control del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Cuando corresponda podrá solicitar la inclusión de las actividades no cumplidas en los planes de mejoramiento, dejando evidencia de ello en el informe de seguimiento y control, así como en el formato institucional definido para tal fin.

Fechas de seguimientos y publicación: La Oficina de Control Interno realizará seguimiento (tres) 3 veces al año, así:

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.

Segundo seguimiento: Con corte al 31 de agosto. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de septiembre.

Tercer seguimiento: Con corte al 31 de diciembre. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero.

Para efectos del seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno se adopta: a) el formato de seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano, b) el formato de seguimiento al Mapa de Riesgos y c) el formato institucional de seguimiento a rendición de informes de ley por la ESE HMUA a los entes de vigilancia y control.

Retrasos: En caso de que la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, detecte retrasos o demoras o algún tipo de incumplimiento de las fechas establecidas en el cronograma del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, deberá informarle al responsable para que se realicen las acciones orientadas a cumplir la actividad de que se trate.