

GESTIÓN ESTRATÉGICA

Edición N°: 7

Revisión N°:

Fecha: Enero de 2022

Fecha:

Responsable: Jefe de Planeación y Proyectos

Área: Gestión Estratégica

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Manuel Uribe Angel

E.S.E HOSPITAL

Vinculados con la Vida!

Elaboró: Laura Yesenia Lopez Herrera –
Profesional Universitaria de Planeación y
proyectos

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

Firma:

Firma:

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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 de Atención al Ciudadano y del Mapa de Riesgos de Corrupción.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



3		19 de Enero de 2017	José Sneider Rodríguez Vásquez (Líder de Planeación y Proyectos)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucia Vélez Arango (Gerente)	Actualización de las estrategias del Plan para el año 2017
3	1	15 de junio de 2017	Gloria Patricia Rios Amaya		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
4		30 de enero de 2018	Lucelly Alzate Ríos (Jefe Calidad)	Gloria Patricia Rios 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		30 de enero de 2019	Lucelly Alzate Ríos (Jefe Calidad)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucia Vélez Arango (Gerente)	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	1	Junio 2019	Lucelly Alzate Ríos (Jefe Calidad y Planeación)	Gloria Patricia Rios 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 2 actividades subsiguientes. Se revisará nuevo ajuste ya aprobado en Comité

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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 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
5	3	Mayo de 2020	Laura Yesenia López Herrera (Líder de planeación)	Gloria Patricia Ríos Amaya (Jefe de Control Interno)	Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	<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 Ríos Amaya (Jefe de Control Interno)	Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	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

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



						<p>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>
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 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 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>

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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	<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> <p>Se excluye actividad 1.5 del componente 4, ya que la misma actividad está contemplada en la actividad 1.5 del componente 3.</p> <p>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</p>
---	---	---------------	---	--	--	--

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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	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. Se actualizan los riesgos de procesos y riesgos de corrupción de acuerdo a los identificados en la vigencia 2021
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 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

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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 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

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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 131 (27 de enero de 2022)

Por medio de la cual se aprueba en la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel Envigado el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - 2022, de acuerdo a los lineamientos dados por la Secretaría de Transparencia del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República y Departamento Administrativo de la Función Pública.

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

CONSIDERANDO

Que el 12 de julio de 2011, el Presidente de la República sancionó la Ley 1474 de 2011 "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública".

Que en virtud de lo previsto en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, "cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano", asignando al Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, señalar la metodología para diseñar y hacerle seguimiento a la estrategia.

Que igualmente el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, establece que "en toda entidad pública, deberá existir por lo menos una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen, y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la entidad." Correspondiéndole al Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción señalar los estándares que deben cumplir las entidades públicas para dar cumplimiento a lo allí establecido.

Que de acuerdo al artículo 78 de la ley en mención, todas las entidades "tienen la obligación de desarrollar su gestión acorde con los principios de democracia participativa y democratización de la gestión pública. (...) con el objeto de involucrar a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión pública. (...)y tendrán que rendir cuentas de manera permanente a la ciudadanía, bajo los lineamientos de metodología y contenidos mínimos establecidos por el Gobierno Nacional, los

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



cuales serán formulados por la Comisión Interinstitucional para la Implementación de la Política de rendición de cuentas creada por el CONPES 3654 de 2010".

Que mediante el Decreto número 4637 de 2011 se suprimió el Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, y se creó a su vez en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República la Secretaría de Transparencia, a la que se le asignó dentro de sus funciones, "3. Diseñar, coordinar e implementar directrices, mecanismos y herramientas preventivas para el fortalecimiento institucional, participación ciudadana, control social, rendición de cuenta, acceso a la información, (...). 10. Señalar la metodología para diseñar y hacer seguimiento a las estrategias de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano que deberán elaborar anualmente las entidades del orden nacional y territorial, de conformidad con lo señalado en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 (...). 11. Señalar los estándares que deben tener en cuenta las entidades públicas para la organización de las unidades o dependencias de quejas, sugerencias y reclamos...".

Que la Secretaría de Transparencia del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República elaboró el documento "*Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano*", conforme a los lineamientos establecidos en los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011, y fue adoptada mediante el Decreto 2641 de 2012 como la metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011; siendo esta metodología objeto de revisión y actualización en el año 2015, entre otros aspectos, se le incorporaron las acciones de transparencia y acceso a la información pública y se actualizaron las directrices para diseñar y hacer seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción.

Que el Decreto 1081 de 2015, mediante el cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República", donde se compiló el Decreto 2641 del 17 de diciembre de 2012 reglamentario de los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011, fue modificado por el Decreto 124 de 2016, en lo relativo al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, señalando como nueva metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y atención al ciudadano, será la contenida en el documento "*Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-Versión2 del 2015*" con estándares que deben seguir y publicar antes del 31 de enero, las entidades públicas. Y señala como metodología para diseñar y hacer seguimiento al Mapa de Riesgo de Corrupción de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el documento del DAFP "*Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción*".

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022

Que en desarrollo a la Política de Rendición de Cuentas establecida en el documento Conpes 3654 de 2010, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), recopilan en el "Manual Único de Rendición de Cuentas" los lineamientos metodológicos con las orientaciones básicas para el diseño de la estrategia de rendición de cuentas, permitiendo a las entidades explorar diferentes opciones que pueden ajustarse de acuerdo con sus requerimientos y características, atendiendo el marco general de la política nacional. Y se adelanten acciones concretas que se conviertan en instrumentos de participación ciudadana, control social, transparencia y lucha contra la corrupción".

Que la Rendición de Cuentas es el tercer componente del PAAC-2022 y de acuerdo a las directrices y lineamientos metodológicos, se requiere del compromiso y la voluntad política de gobernantes y servidores para garantizar la efectividad de ésta y el engranaje entre el ejercicio de este derecho por parte de la sociedad civil y la gestión administrativa de la entidad.

En cumplimiento a lo anterior,

RESUELVE

Artículo Primero: Aprobación: Aprobar para ser implementados por los colaboradores de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel Envigado el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano versión 2022 que obra en documento anexo a la presente resolución, construidos conforme con 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" respectivamente.

Artículo Segundo: Elaboración y publicación. El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), será elaborado con la participación de los diferentes procesos y publicado a más tardar el 31 de enero de cada año en la intranet y página Web de la ESE HMUA, como medios de fácil acceso a la comunidad hospitalaria y al ciudadano.

Parágrafo: La elaboración y consolidación del PAAC y del Mapa de Riesgos de Corrupción y su publicación anual antes del 31 de enero, estarán a cargo del líder de Planeación y Proyectos de la ESE o quien haga sus veces, quien en conjunto con los responsables de cada componente del Plan le harán monitoreo periódico a las acciones definidas. (*Artículo 2.1.4.6 Decreto 124 de 2016*)

Artículo Tercero: Evaluación y Control. La oficina de Control Interno de la ESE tendrá como función implementar los mecanismos para la verificación de la elaboración y publicación del PAAC, y del cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas en los documentos aprobados con la presente resolución.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022

Parágrafo: De acuerdo a lo establecido 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, 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.

Artículo Cuarto: 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 a 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 a los lineamientos normativos y disponibilidad de recursos.

Artículo Quinto: Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha.

Dado en Envigado a los 27 días del mes de enero de 2022.



MARTHA LUCÍA VÉLEZ ARANGO
Gerente

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	16
1. CONTEXTO ESTRATÉGICO	17
1.1 VISIÓN	17
1.2 MISIÓN.....	17
1.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	17
1.4 MAPA DE PROCESOS O CADENA DE VALOR.....	18
1.5 CÓDIGO DE ÉTICA E INTEGRIDAD DE LA ESE HMUA	18
<i>NUESTROS PRINCIPIOS INSTITUCIONALES Y VALORES DE INTEGRIDAD</i>	<i>18</i>
1.6 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 2020-2023 Y PLAN DE ACCIÓN 2020.....	20
1.7 DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL RELACIONADA.....	22
2. OBJETIVO GENERAL.....	23
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3. COMPONENTES Y ESTRATEGIAS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO-2022	24
3.1 COMPONENTE 1: GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.....	31
3.1.1. <i>Contexto para la Gestión de los Riesgos en la ESE HMUA</i>	<i>31</i>
3.1.2. <i>Diagnóstico del avance en la Gestión de los Riesgos:</i>	<i>33</i>
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>	<i>34</i>
3.1.4. <i>Riesgos de Corrupción-2021.....</i>	<i>36</i>
3.2 COMPONENTE 2: ANTITRÁMITES - RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	54
3.3 COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS.....	57
3.4 COMPONENTE 4: MECANISMOS PARA MEJORAR EL SERVICIO AL CIUDADANO	61
3.5 COMPONENTE 5: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.	64
3.6 COMPONENTE 6: INTEGRIDAD (COMPONENTE ADICIONAL).....	65
4. ÁREAS RESPONSABLES Y FECHA	66
5. PRESUPUESTO:	67
6. INDICADORES	67
7. MONITOREO Y SEGUIMIENTO.....	67
8. ANEXOS	68

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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 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 y la matriz de riesgos de corrupción a gestionarse en el año 2022, 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.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



1. Contexto estratégico

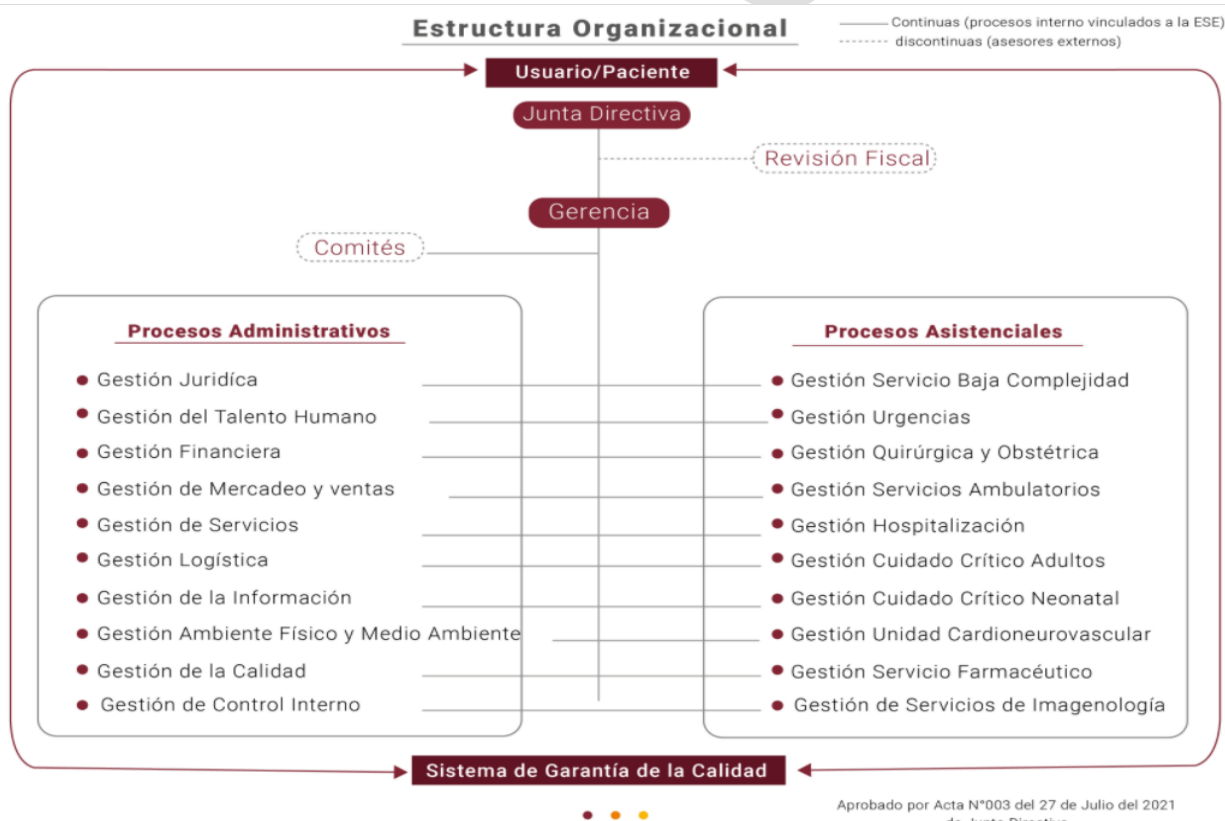
1.1 Visión

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.

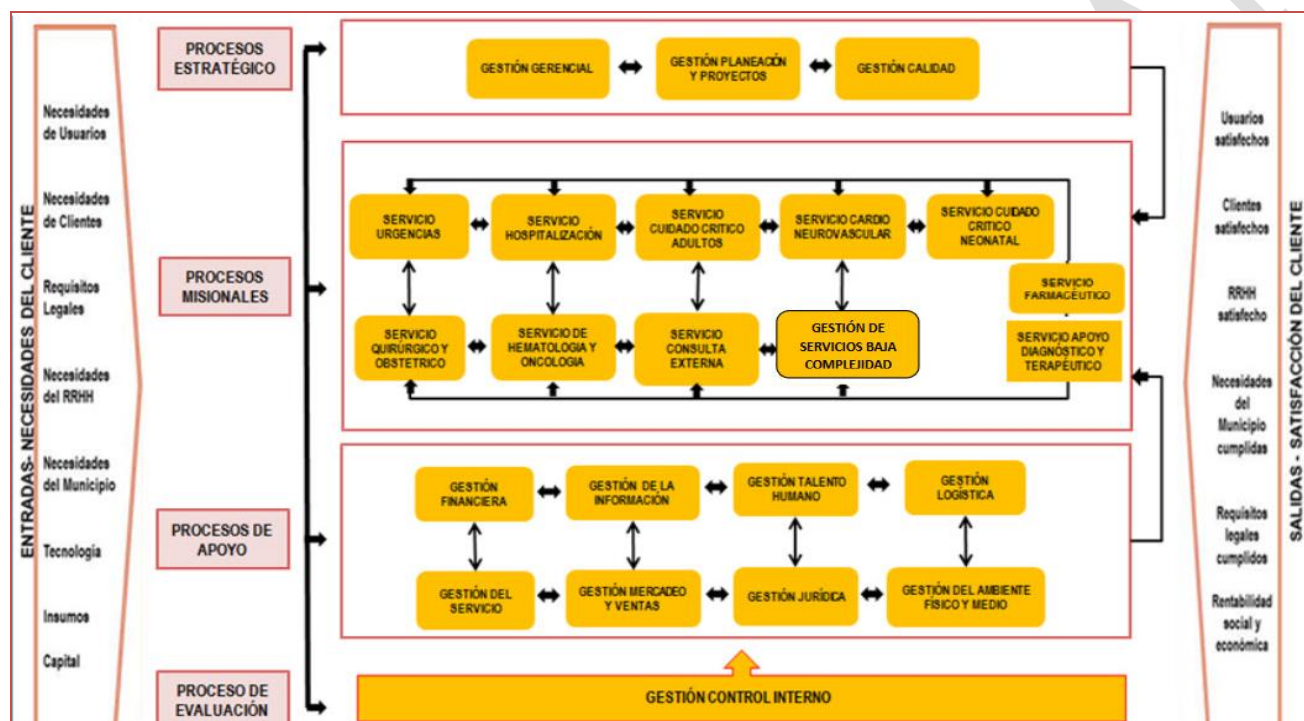
1.3 Estructura organizacional



PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 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 2017 incorporando los procesos de primer nivel de atención:



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.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



- **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

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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 Scorecard, se definen las siguiente Líneas y Objetivos Estratégicos para la vigencia 2020 – 2023

DIMENSIÓN ESTRATÉGICA BSC	LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO
APRENDIZAJE	LÍNEA 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	LÍNEA 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	LÍNEA 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.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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 - 2022

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

DIMENSIÓN ESTRATÉGICA	LINEA ESTRATÉGICA	PROGRAMA	PROYECTO
APRENDIZAJE	LINEA 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	LINEA 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	LINEA 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

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



		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

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 2022
- 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 DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



2. Objetivo General

Establecer las estrategias a ser implementadas por la ESE HMUA durante la vigencia 2022, 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.


PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



3. Componentes y Estrategias del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano-2022

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 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 2022.

 Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2022				
COMONENTE 1: GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN -MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN				
Subcomponente	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha
Subcomponente /proceso 1 Política de Administración de Riesgos de Corrupción	1.1 Revisar y de ser necesario ajustar la Política de Gestión de Riesgos , incluyendo aspectos relacionados a la gestión de los riesgos de corrupción , con los lineamientos de la Función Pública . Y socializar en Comité Coordinador de Control Interno y Calidad-CCCIC	Política de Gestión de Riesgos actualizada con los lineamientos de la función publica y publicada en la intranet meta: A 100% de los integrantes del CCCIC (21) se les socializó la política de gestión de riesgos revisada.	Jefe de Planeación. (2da Línea de Defensa) Jefe de Control Interno- (3ra línea de Defensa)	Abril a Junio de 2022
	1.2 Conformar un Grupo de Trabajo, para la revisión de la norma y formulación de un Plan de Implementación con Cronograma.	Indicador: % de cumplimiento del Plan de Implementación la Circular externa 20211700000004-5 de la Supersalud, por parte del Grupo de Trabajo definido.	Jefes de procesos	Febrero a noviembre de 2022

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Subcomponent	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha
Subcomponente/ proceso 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción y Actualización del Plan	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, en 2 ocasiones entre enero y agosto 2022)	Jefe de Planeación <i>2da Línea de Defensa</i> Jefes de Procesos Jefe de mercadeo y ventas - Comunicadora	Enero a agosto de 2022
	2.2 Actualizar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2022, 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 los 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 2022
	2.3 Evaluar el cumplimiento de las acciones y los riesgos de corrupción materializados en la vigencia anterior y actualizar la matriz de riesgos de corrupción, a gestionarse en el 2022, según aplique a cada proceso.	Matriz de riesgos de los (20) procesos actualizada con identificación de corrupción, riesgos LAFT, según aplique. (meta: Total de procesos que para la fecha programada por la OCI, cuentan con la matriz de riesgos actualizada al 100%)	Jefes de procesos -1ra Línea de defensa Jefe de Planeación <i>2da Línea de Defensa</i> Jefe de Control Interno <i>3ra Línea de defensa</i>	Mayo a Julio 2022
	2.4 Hacer ejercicio de identificación de riesgos de corrupción en cada uno de los equipos de trabajo de la E.S.E.	Funcionarios encuestados en cada uno de los procesos sobre identificación de posibles riesgos de corrupción >= 50% del total de funcionarios de cada proceso.	Jefes de procesos	Febrero a abril de 2022

Subcomponente / proceso	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente /proceso 3 Consulta y divulgación	3.1 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 2022 y actualizar las versiones cuando se requiera.	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)	Jefe de Planeación <i>2da Línea de Defensa</i>	Enero a octubre de 2022
	3.2 Publicar en la página web los resultados de gestión de los riesgos de corrupción de la vigencia 2021 y la nueva matriz de riesgos de corrupción 2022 con sus controles y acciones de mejora	Publicación del informe de los resultados a la gestión de riesgos de corrupción 2021, así como, la nueva matriz de riesgos de corrupción 2022	Jefe de Planeación. (<i>2da Línea de Defensa</i>) Jefe de Control Interno- (<i>3ra línea de Defensa</i>)	Mayo a Agosto 2022
	3.3 Actualizar la capacitación sobre la "Política de administración de riesgos y el plan anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia", teniendo en cuenta los riesgos de corrupción incluyendo las estrategias de la actual vigencia, 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 Estrategias y objetivo del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia meta: (>=50 %) de todo el personal en ambos temas incluyendo supernumerarios y contratistas) Calificación promedio >= 8.5	Jefe de Planeación. (<i>2da Línea de Defensa</i>)	Mayo a Agosto 2022

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Subcomponente / proceso	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente /proceso 3 Consulta y divulgación	3.4 Desplegar con los funcionarios los mapas de riesgo de los procesos y sus controles para el 2022-2023 , incluyendo los riesgos de corrupción y 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 administrativo y 40% de los funcionarios de procesos asistenciales)	Jefes de procesos - 1ra y 2da Línea de defensa	Julio a Noviembre de 2022
	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 (20), reentrenados en el aplicativo informático para la administración y gestión de la matriz de riesgos y el seguimiento al controles.	Líder de Planeación. 1ra línea de defensa Jefe de Control Interno 3ra línea de defensa Jefe Gestión de la Información	Mayo a Agosto de 2022
	3.6 Realizar ejercicio de participación con los equipos de trabajo de los procesos, para identificar nuevos riesgos de corrupción o nuevos controles	meta: (20 Jefe y 25 líderes de subprocesos, participan en la construcción de sus matrices de riesgos y definen los riesgos de corrupción de sus procesos según les aplique)	Jefes de procesos -1ra Línea de defensa Jefe de Planeación 2da Línea de Defensa Jefe de Control Interno	Marzo a Octubre 2022
Subcomponente / proceso	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente /proceso 4 Monitoreo o revisión	4.1 Consolidar los resultados de la evaluación del cumplimiento de las acciones de mejora formuladas para los riesgos gestionados en la vigencia anterior (2021), identificando cuales riesgos se materializaron (efectividad de los controles)	Socializar al CCCIC el cumplimiento de las acciones de mejora formuladas en la matriz de riesgos para el 2021, así como la efectividad de los controles para evitar los riesgos de corrupción identificados en 2021. meta: Promedio del cumplimiento de los 2 indicadores en relación a: cumplimiento de las acciones para los riesgos y mejora de los controles de la gestión 2021-2022 (>= al 90%) y total de riesgos de corrupción materializados (0%).	Jefes de Procesos- 1ra línea de defensa Jefe de Planeación 2da línea de defensa	mayo a agosto 2022
	4.2 Monitorizar el cumplimiento de las acciones formuladas en el PAAC- 2022	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 2022
Subcomponente / proceso	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente/ proceso 5 Seguimiento	5.1 Realizar seguimiento y evaluación al cumplimiento de las estrategias formuladas en este Plan, y publicar en la página 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.	Febrero, a noviembre 2022
	5.2 Informar al Comité de Control Interno y Calidad sobre los resultados de la implementación de las estrategias formuladas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano del 2021, y los avances en el Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano-2022	Total Informes presentados al CCCIC (3) a partir de febrero, sobre los resultados de la implementación de las acciones del PAAC-2021, 2022, generando acciones y recomendaciones para avanzar en el cumplimiento de las mismas. Meta: total informes presentados al comité, y % de cumplimiento de las acciones del PAAC.	Jefe de control interno 3ra Línea de Defensa.	Febrero, a noviembre 2022
	5.3 Realizar seguimiento por el comité Coordinador - CCCIC, al seguimiento oportuno y reporte a la UIAF sobre los casos sospechosos o intentados de LAFT, de acuerdo a los informes de la Oficial de Cumplimiento.	Meta: total Informes presentados al CCCIC, por la Oficial de Cumplimiento en relación a la gestión de los riesgos LAFT (3 al año)	Oficial de Cumplimiento - 2ra Línea de Defensa.	febrero a Noviembre 2022

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



COMPONENTE 2: ANTITRAMITES

Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 1 Planificación- Identificación y Priorización de Tramites	1.1 Publicar en el SUIT el formulario de identificación de trámites y procesos	Publicación en el SUIT	Planeación	Enero a Diciembre de 2022
	1.2 Trámites y procedimientos publicados en la WEB con link que vincule a los trámites registrados en SUIT	Publicar el 100% de los trámites en la WEB con link que redirecciona a los trámites del SUIT.	Calidad	Enero a Diciembre de 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha
Subcomponente 2 Acciones antitramites y Controles de tramites y procedimientos	2.1 Total tramites en proceso de racionalización u optimización publicados en SUIT	% cumplimiento del plan de racionalización y optimización de trámites. Meta: >=80%	Calidad	Enero a Diciembre de 2022
	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	Calidad	Enero a Diciembre de 2022
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO SEGUNDO COMPONENTE - ANTITRÁMITES				

COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS

Subcomponente	Actividades	Indicadores	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 1 Información de calidad y en lenguaje comprensible	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	Líder de Planeación. Calidad- 2da Línea de Defensa	Mayo de 2022
	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, concretar las fechas para cumplir cada actividad	Acta de comité con mínimo 30 días de anticipación a la rendición, con estrategias definidas.	Jefe de Mercadeo y Ventas Comunicadora	Feb a Abr 2022
	1.3 Publicar oportunamente en la página web de la ESE, el informe de gestión de la Entidad de la vigencia anterior, incorporando el resultado de los tramites de la PQRS, temas normativos y de interés.	Informes (1) y formatos publicado oportunamente (<30 días de la audiencia pública)	Líder de Planeación - Calidad y comunicadora	Antes de 30 de abril 2022
	1.4 Divulgar por diversos canales de comunicación píldoras informativas del informe de rendición de cuentas para todos los grupos de valor.	Mínimo 5 píldoras informativas desplegadas a través de diferentes canales de comunicación	Líder de Planeación - Calidad y comunicadora	Marzo a Julio de de 2022

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2.1 Aprovechando las jornadas del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC, realizar ferias de diálogo con la ciudadanía (ejercicios participativos), dando a conocer el informe de rendición de cuentas e identificando necesidades informativas de los diferentes grupos de valor.	Mínimo 10 ferias de dialogo con la ciudadanía, donde se dio a conocer el informe de rendición de cuentas y se captaron necesidades de información de los diferentes grupos de valor	Líder de Planeación - Calidad y comunicadora	Marzo a Diciembre de 2022
	2.2 Realizar audiencia pública de rendición de cuentas, generando estrategias de 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. (100%)	Mercadeo y Ventas (Comunicadora, SIAU)	Febrero a abril de 2022
	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 directo con las Juntas de Acción Comunal, Asociaciones de usuarios, veedores y publicar informe en la web.	Total espacios de participación y diálogo donde el hospital participa (mínimo 6 espacios, con asistencia de directivos y de otros funcionarios para rendición de cuentas, publicado en la web. <i>nota: esta actividad dependerá de las condiciones de la contingencia con el COVID-19 y el acceso a espacios físicos.</i>	Gerencia Jefe de Mercadeo y Ventas Comunicadora	Enero a diciembre 2022
Subcomponente	Actividades	Indicadores	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3.1 Resocializar con el comité de rendición de cuentas el Manual y reglamento de Rendición de Cuentas	Proporción de integrantes del comité de rendición de cuentas que recibieron capacitación en el Manual de Rendición de Cuentas de la ESE	Líder de Planeación - Calidad y comunicadora	Feb a Abr 2022
	3.2 Diseñar e implementar capacitación en rendición de cuentas y control social, para cliente interno	Proporción de funcionarios capacitados en la rendición de cuentas y control social (>=30% del total de funcionarios y contratistas) Calificación promedio >=8.5	Líder de Planeación. Calidad - 2da Línea de Defensa	Febrero a abril de 2022
	3.3 Publicar y consultar los formularios sobre las preguntas formuladas por los usuarios, para dar respuesta oportuna a las mismas.	Índice de satisfacción en la Audiencia de rendición de cuentas (logrando una satisfacción superior al 90%)	Jefe de Mercadeo y Ventas Comunicadora	Abril y mayo de 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1 Publicar en la página web de la E.S.E., los resultados en la audiencia pública de rendición de cuentas, así como el nivel de satisfacción sobre la audiencia pública.	Oportunidad en la publicación en la pagina de la Supersalud de la información requerida en cuanto a los resultados. (<=20 días de realizada la audiencia).	Jefe de Mercadeo y Ventas Comunicadora Jefe de calidad y planeación	Mayo de 2022
	4.2 Actualizar encuesta de satisfacción de la ciudadanía frente a los trámites publicada en la página web y medir la percepción de la comunidad frente a los trámites existentes. Gestionar mejoras a partir de los resultados.	Índice de percepción de usuarios frente a los trámites institucionales existentes (satisfactorio >80% de los encuestados)	Líder de Planeación. Calidad- 2da Línea de Defensa	Abril a Noviembre de 2022
	4.3 Incluir en el Plan de participación Social en Salud un ejercicio de participación ciudadana para identificar percepción de los ciudadanos frente a trámites inscritos en el SUIIT, consultando cuales perciben más engorrosos, complejos, costosos, etc. y medir la percepción de la comunidad frente a los trámites existentes y sugerencias de mejora.	Total usuarios externos (mínimo 20) que participan de la identificación de percepción frente a la complejidad y el costo de los trámites resgitrados en el SUIIT	Líder de Planeación. Calidad- 2da Línea de Defensa Jefe de mercadeo	Marzo a Diciembre de 2022
	4.4 Reporte y seguimiento a las manifestaciones de inconformidad manifestadas por el usuario sobre los tramites para obtener acceso a los servicios.	% de inconformidades manifiestas en relación a los trámites del total de tramites gestionados (<0,1%=100%). (total quejas / total tramites)	Jefe de mercadeo- SIAU Jefe de calidad y planeación	Enero a Diciembre de 2022

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



COMPONENTE 4: SERVICIO AL CIUDADANO

Subcomponente	Actividades	Indicador	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1 Implementar acciones prioritizadas del plan de inversión frente al autodiagnóstico de la NTC6047. Presentar informe de gestión al CIGYD	Proporción de cumplimiento de las acciones prioritizadas que lleven a aumentar el porcentaje del autodiagnóstico de la NTC6047. (>=80%) Informe presentado al CIGYD	Jefe de calidad y planeación Jefe de mercadeo Jefe de Ambiente Físico	Mayo a octubre de 2022
Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención	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 2022
	2.2 Diseñar pildoras 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 2022
	2.3 Avances en la implementación al plan de acción para mejorar la asignación de citas médicas (<i>Propuesta de la comunidad</i>)	Porcentaje de cumplimiento del plan de acción formulado en la vigencia 2022 para mejorar la asignación de citas médicas	Gestión Servicios	Enero a Diciembre de 2022
Subcomponente 3 Talento humano	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 Preferencial, 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 2022
	3.2 Actualizar capacitación de la plataforma de formación virtual en Modelo de atención centrado en el paciente y su familia	Proporción de funcionarios capacitados en Modelo de atención centrado en el paciente y su familia (>=30% del total de funcionarios y contratistas) Calificación promedio >=8.5	Jefe de calidad y planeación	Febrero a Diciembre de 2022
Subcomponente 4 Normativo y procedimental	4.1 Actualizar y publicar el Normograma Institucional, respecto a los temas de participación ciudadana, derechos y deberes, gobierno digital, modelo de planeación y gestión, trámite 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	Abril, agosto y Diciembre 2022
Subcomponente 5 Relacionamiento con el ciudadano	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 trasladadas que no son de competencia de la E.S.E.	Jefe de Mercadeo y Ventas (Oficina de Atención al Usuario) Oficina de Control Interno	Febrero, abril, julio, octubre, 2022
	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 recibido (meta >=95%)	Jefe de Mercadeo y Ventas (Oficina de Atención al Usuario)	Enero a Diciembre 2022

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



COMPONENTE 5: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN (Ley 1712/2014)

Subcomponente	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	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 2021
	1.2 Implementar acciones prioritizadas 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	Total reportes de seguimiento a los resultados a la submesa y al CIGyD (3 informes=100%) Proporción de cumplimiento de las acciones prioritizadas para la vigencia 2022 en política de gobierno digital (>=90%)	Jefe Sistemas de información Líder de Planeación. Calidad -2da Línea de Defensa	Abril a Dic de 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1 Implementar el sitio "Participa" de la página web, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1519 de 2020 de MinTIC,	Sitio de la página web "Participa" implementado en cumplimiento de los requisitos de la Resolución 1519 de 2020 de MinTIC.	Jefe de Mercadeo y Ventas (Comunicaciones)	Enero a abril de 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 3 Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	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: v. Registro de Activos de Información w. Índice de Información Clasificada y Reservada	Jefe Sistemas de Información- Submesa de Archivo Administrativo y Gobierno Digital	Abril a Noviem de 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	4.1 Dar continuidad a la actualización de la información publicada en el link "ATENCIÓN Y SERVICIO A LA CIUDADANIA" 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" >=80%	Jefe de mercadeo y ventas SIUA Jefes de Procesos	Febrero a Diciembre de 2022
	4.2 Capacitar al personal que ingresa a la E.S.E en lenguaje claro	Meta: de acuerdo al plan de capacitaciones institucional.	Jefe de talento humano	Febrero a diciembre de 2022
	4.3 Documentos nuevos publicados que cumplen con los criterios de accesibilidad y usabilidad al usuario en la sección de transparencia	Total de documentos nuevos publicados que cumplen con los criterios de accesibilidad y usabilidad al usuario en la sección de transparencia >= 80% de los	Jefe de mercadeo y ventas SIUA Jefes de Procesos	Febrero a Diciembre de 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha
Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.1 Presentar al CIGyD cuatrimestralmente el resultado del seguimiento realizado al esquema de publicaciones	Total informes presentados al CIGyD sobre el cumplimiento del esquema de publicación de la ESE	Jefe de mercadeo - Comunicadora	Abril, Agosto y Noviembre 2022
	5.2 Reporte matriz ITA- Índice de Transparencia y Acceso a la Información, en la pagina web de la ESE de acuerdo a la fecha dispuesta por la Procuraduría. Y presentación de resultados al CIGyD.	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>	Comunicaciones	Abril a Noviembre de 2022

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



COMPONENTE 6: ADICIONAL DE INTEGRIDAD					
Subcomponente 1 Implementación del código de integridad	1.1	Implementar acciones priorizadas 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 priorizadas a implementarse para el 2021, en el autodiagnóstico "3.5 "Integridad " del MIPG ($\geq 90\%$)	Jefe de calidad y planeación	Marzo a Dic de 2022
	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 implementadas)	Jefe de talento humano	Febrero a Diciembre de 2022
	1.3	Diseñar e implementar capacitación en integridad y ética de lo público, para clientes internos	Proporción de funcionarios capacitados en integridad y ética de lo público ($\geq 80\%$ del total de funcionarios y contratistas) Calificación promedio ≥ 8.5	Jefe de talento humano	Febrero a 15 Noviembre de 2022
	1.4	Diseñar e implementar capacitación en conflictos de interés para clientes internos	Proporción de funcionarios capacitados en conflictos de interés ($\geq 40\%$ del total de funcionarios y contratistas) Calificación promedio ≥ 8.5	Jefe de talento humano	Febrero a Diciembre de 2022
	1.5	Diseñar e implementar capacitación en enfoque de género y protocolo de hostigamiento sexual, para clientes internos	Proporción de funcionarios capacitados en enfoque de género y protocolo de hostigamiento sexual ($\geq 30\%$ del total de funcionarios y contratistas) Calificación promedio ≥ 8.6	Jefe de talento humano	Febrero a Diciembre de 2022
	1.6	Incluir en los mapas de riesgo de procesos la identificación de riesgos y controles relacionados con los conflictos de interés. Clasificar como riesgos de corrupción	Proporción de procesos en los cuales se incluye en la matriz de riesgos, la identificación de riesgos y controles relacionados con los conflictos de interés.	Líder de Planeación. Calidad - 2da Línea de Defensa Jefe de Control Interno Jefes de procesos	Mayo de 2022

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

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).

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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.

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.

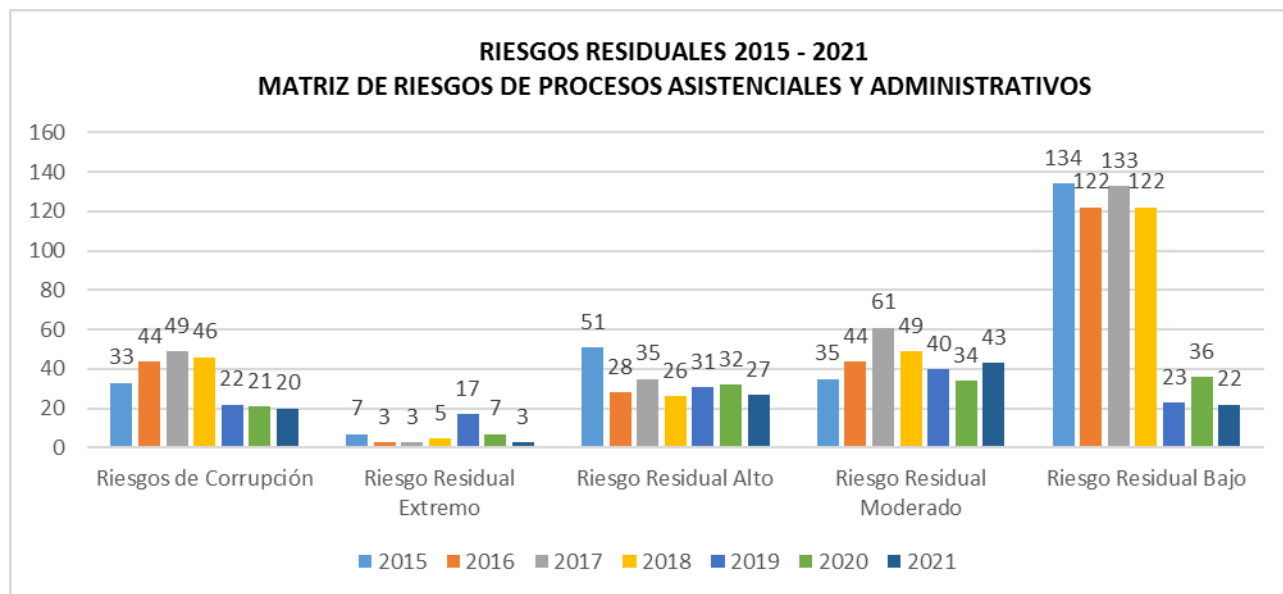
Para la identificación y priorización de los riesgos, se toman en cuenta los informes de la Oficina de Gestión Jurídica de la ESE, responsable del Control Interno Disciplinario en cumplimiento de la Ley 734 de 2002 y las sugerencias de la Oficina de Control Interno.

La matriz de riesgos de corrupción del 2021 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.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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



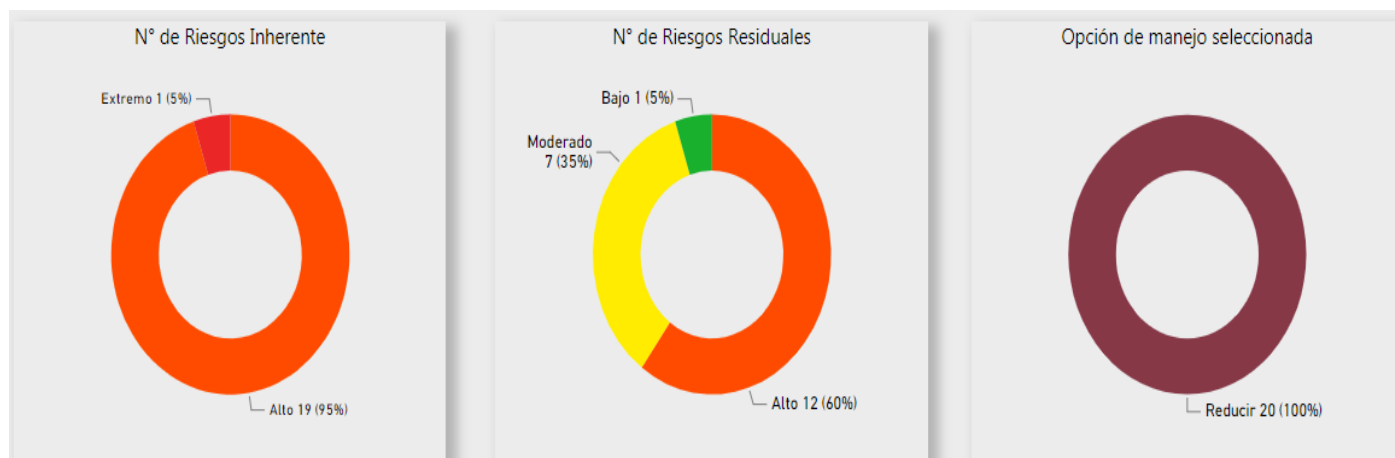
A lo largo del año 2021, se implementaron diferentes estrategias para el logro de los planes de acción, así como los diferentes controles y planes de mejoramiento para evitar la materialización de los riesgos, incluidos los de corrupción, destacándose la socializando permanente a través de la plataforma 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 realizada por la Oficina de Control Interno a la gestión y efectividad de los controles y acciones de los riesgos de los 21 riesgos de corrupción y los 6 asociados al Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo se publica anualmente en la intranet y en la página web de la ESE para su consulta, ver URL:

<https://www.hospitalmua.gov.co/index.php/el-hospital/2014-11-12-15-14-21/informe-control-interno>

En forma comparativa, para el 2016 se identificaron un total de 44 riesgos de corrupción asociados a los 32 Macroprocesos y Procesos de la entidad, para el 2017 fueron 49 riesgos, con 4 que se asociaron a los riesgos LAFT (trabajados desde el año 2017), para el año 2018 fueron 46 riesgos, con 5 que se asociaron a los riesgos LAFT, para el año 2019 fueron 22 riesgos de corrupción y 5 riesgos asociados a LAFT, en el año 2020 se identificaron 21 riesgos de corrupción y 6 riesgos de procesos asociados a LAFT, para la actual vigencia 2021 se identificaron 20 riesgos de corrupción y 4 riesgos de procesos asociados a LAFT (los cuales se gestionan en el periodo comprendido entre junio 2021 – junio 2022). Ver Mapa de Riesgos de Corrupción de la actual vigencia en el grafico siguiente:

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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.

De la Matriz de riesgos general 2021 se logró identificar para los *20 procesos institucionales: 91 riesgos, con 361 controles; adicional se identifican 4 riesgos estratégicos, con 22 controles, para un total general de 95 riesgos y 383 controles* y a partir de la valoración de los mismos se definieron *planes de acción para los controles y/o planes de mejora* para reducir las causas o amenazas que contribuyen a la materialización de los mismos. Esto se gestionará en el periodo comprendido entre junio 2021 – junio 2022.

Total, Riesgos identificados para el 2021 (para gestionar entre junio 2021 –junio 2022) en los 20 procesos institucionales.

Macroproceso	Nro. Riesgos	Nro. Controles
Gestión del Talento Humano	9	34
Gestión Ambiente Físico y Medio Ambiente	7	31
Gestión Financiera	8	18
Gestión Logística	6	16
Gestión de la Información	6	16
Gestión Servicios Ambulatorios	6	24
Gestión Servicios Baja Complejidad	5	16
Gestión de Mercadeo y ventas	4	13
Gestión Hospitalización	4	20

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Gestión Integral de la Calidad y Planeación	5	23
Gestión Cuidado Crítico Neonatal	3	21
Gestión de Control Interno	3	10
Gestión de Servicios	3	12
Gestión Jurídica	3	12
Gestión Quirúrgica y Obstetricia	3	14
Gestión Cuidado Crítico Adultos	2	11
Gestión Servicio Farmacéutico	6	24
Gestión Unidad Cardioneurovascular	2	11
Gestión Urgencias	3	19
Gestión Imágenes Diagnósticas	3	16
Total	91	361
Riesgos Estratégicos	4	22
Total Riesgos	95	383

3.1.4. Riesgos de Corrupción-2021

De los 95 riesgos a gestionarse entre junio 2021 – junio 2022, 4 son riesgos estratégicos, quedando 91 riesgos correspondientes a procesos administrativos y asistenciales; se identifican a octubre de 2021, un total de **20 riesgos de corrupción**, relacionados a los siguientes procesos: *Gestión Sistemas de la Información, Gestión Financiera, Talento Humano, Gestión de Control Interno, Gestión Logística, Gestión de Servicios, Gestión de Ambiente Físico y Medio Ambiente, Hospitalización, Jurídica, Servicio Farmacéutico, Servicios Ambulatorios y Gestión estratégica.*



PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Distribución por procesos de los Riesgos de Corrupción

Macroproceso	Nro. Riesgos	Nro. Controles
Gestión Hospitalización	1	2
Gestión Servicio Farmacéutico	1	3
Gestión Servicios Ambulatorios	1	2
Gestión Ambiente Físico y Medio Ambiente	1	7
Gestión de Control Interno	1	5
Gestión de la Información	1	3
Gestión de Servicios	2	11
Gestión del Talento Humano	3	15
Gestión Financiera	4	9
Gestión Jurídica	1	6
Gestión Logística	3	10
Total	19	73
Riesgos Estratégicos	1	4
Total Riesgos	20	77

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN –ESE HMUA -2021

(Periodo de gestión junio 2021 a junio 2022, fecha en la cual se programa la evaluación de la gestión de los riesgos y efectividad de los controles).

E.S.E. HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN por PROCESOS PERIODO: AÑO 2021																					
Tipo	Id x fila	Nro Riesgo	Macro Procesos	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de Riesgo inherente	Nro control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora
Admon	84	4	1 ESTRATÉGICOS	Posibilidad de afectación económica y de la imagen institucional ante Ineficiencia en los proyectos de Inversión relacionados a la gestión de la información, suministros y ambiente físico y medio ambiente, (OE-4)	SI	Estratégico	Financiero	Desarticulación entre los procesos de planeación, financiera, contratación y los procesos que lideran los proyectos de inversión en Gestión de la Información, Logística y el de Ambiente Físico y Medio Ambiente	Económico y Reputacional	Medio	Mayor	Alto	1	Las acciones que se incorporan en los Planes de Acción Anual de cada uno de los procesos institucionales cuentan con la asesoría del Líder de Planeación y/o Jefe de la Oficina de Control Interno, quienes a partir de los resultados de la evolución de los POA, planes de mejoramiento y acciones y controles de los riesgos, así como de otras acciones ejecutadas en la vigencia anterior y según el presupuesto asignado y aprobado por Junta Directiva para la vigencia, quedan alineados tanto a nivel de los procesos como a nivel Institucional de acuerdo a lo establecido en el Plan de Desarrollo y Plan de Acción Anual Institucional; defendiendo en cada Plan Operativo los indicadores y metas que darán cumplimiento a los objetivos operativos y estratégicos, presentados éstos, para aprobación del CIGyD al igual que el seguimiento que se informa de manera mensual según agenda del comité. sin excepción. Cada líder hace seguimiento semestral y de evaluar un cumplimiento por debajo de la meta se formulan las recomendaciones desde el CIGyD para ajuste de los planes operativos y de los otros planes asociados a cada proceso o de acuerdo a los cambios del entorno que impactan los resultados. Sin excepción. Evidencia: Planes de acción de cada proceso, evaluaciones y seguimientos en POA y POA-1, acta del CIGyD, presupuesto de cada vigencia, POA-Institucional y PDI.	Preventivo	N/A, se deja en forma semestral, apoyado en otros controles preventivos y detectivos.	Muy Baja	Moderado	Moderado	Reducir	Acción 1: Documentar e implementar las mesas de trabajo en el documento de la metodología de formulación de proyectos.
	2												La Oficina de Control Interno junto con la líder de Planeación realizan seguimiento a la efectividad de los controles definidos en la matriz de riesgos de la vigencia anterior de los procesos de Gestión de la Información, Logística y Ambiente Físico y Medio Ambiente, a partir de la evidencia y verificación previa que ejecuta el Jefe del Proceso con los responsables asignados de ejecutar el control; con lo cual se identifican acciones de mejora y el cumplimiento de las acciones de control para evitar o prevenir la materialización del riesgo identificado en cada vigencia y se presenta informe por cada Jefe al Comité Coordinador de Control Interno y Calidad donde se formulan recomendaciones para lograr evitar la materialización de los riesgos. Evidencia: Evaluación de los controles de la matriz de riesgo vigencia anterior, formulación de controles en la matriz de riesgos de vigencia actual.	Correctivo	N/A, continúa el control anual.						
	3												A partir de los resultados de las autoevaluaciones y auditorías de requisitos normativos que aplican a los sistemas de la información, Logística y Ambiente Físico y Medio ambiente, realizados en diferentes momentos de cada año por Gestión de la Calidad, Control Interno, Revisoría Fiscal y otros entes externos, los Jefes de estos procesos identifica los requerimientos normativos que requieren ajustarse dentro del proceso, como la renovación tecnológica, las adecuaciones o reformas en la infraestructura y dotaciones, igualmente en la consulta permanente de la norma que se realiza desde Jurídica y la misma área, se actualiza la información y ajustes requeridos a la planeación, las requisiciones internas a Logística, con lo cual define la necesidad de actualizar el Plan de Inversiones (compras), presentando la necesidad a el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación y definir la necesidad del ajuste presupuestal el cual se presenta para aprobación al Comfis municipal y Junta Directiva, para ajustar el Plan de Compras. sin excepción alguna. Y se realiza seguimiento a la consecución, dotación y ejecución de obras en el comité de Contratación, Inversión y Tecnología. Evidencia: Informes de auditorías, POA de procesos, actas del CIGyD, Contratación, inversión y tecnología; planes de mejoramiento y seguimiento a los mismos.	Detectivo	Contar con un Plan Estratégico de 4 años para las proyecciones en inversión tecnológica						
	4												En el último semestre de la vigencia anterior, y a partir del Plan Estratégico Cuatrienal, la líder de Planeación, Financiera, líder de Presupuesto, Talento Humano, Mercado, Sistemas de la Información, Ambiente Físico y Logística (que son los Jefes responsables de la ejecución del presupuesto: REP) plantean las necesidades en reunión previa, para luego desde financiera se cruza la necesidad, con respecto a lo planeado y a la disponibilidad según ventas proyectadas y posible recaudo de cartera de vigencia anteriores y venta vigencia actual) presentando por Financiera a Gerencia, quien de acuerdo al Plan de Desarrollo y la misma disponibilidad, aprueban las solicitudes presentadas; Una vez aprobado los recursos con las actividades de la vigencia; se articula presupuesto, Planeación y todos los REP para alinear el rubro presupuestal con cada proyecto, y con el Plan de Adquisiciones anual. En caso de no articularse las disponibilidad con lo solicitado, se valida con la Gerencia y la solicitud previa a presupuesto, donde dan prioridad para la disponibilidad del recurso con movimientos o adiciones en el presupuesto. Evidencia: Presupuesto por proyectos, Plan de Adquisiciones por Proyectos, Modulo del Sistema de Información de Presupuesto con conceptos por proyecto.	Preventivo	N/A, el control es anual y aporta a otros controles preventivos y detectivos.						

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Macro Procesos	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad Inherente	Impacto inherente	Zona de Riesgo Inherente	No control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora
4 Gestión Hospitalización	Posibilidad de afectación de la imagen Institucional ante el registro en el RUAF en forma incompleta o con inconsistencias.	SI	Seguridad digital	Integridad	Desconocimiento en la debida diligencia del RUAF (causas, y datos del usuario).	Reputacional	Alta	Moderado	Alto	1	En el Plan de Capacitaciones, así como en el proceso de inducción y reinducción se establece la inclusión de la capacitación en la responsabilidad en la diligencia de la Historia clínica y los registros como el RUAF, y otros físicos (consentimiento informado), dirigida a los médicos, para lo cual se programan según disponibilidad y se deja registro de la asistencia.	Preventivo	N/A periodicidad anual en el plan de capacitaciones.	Media	Moderado	Moderado	Reducir	Acción1. Capacitar y sensibilizar a los responsables del proceso del registro del RUAF, sobre la importancia hacerlo completo, y de acuerdo a las indicaciones de las causas aceptadas.
										2	Desde estadística se recibe y consolida la información reportada desde estadística del Municipio, sobre las inconsistencias o completitud de los RUAF, se notifica al médico y Jefe del servicio, para su corrección en el transcurso de 8 días luego de la notificación. Por parte del médico se envía correo reportando la corrección e igualmente al actualizar el reporte del RUAF se evidencia la corrección.	Correctivo	N/A continua siendo correctivo y manual.					
6 Gestión Servicio Farmacéutico	Posibilidad de pérdidas económicas ante el hurto de medicamentos, dispositivos e insumos asistenciales de las Bodegas del Servicio Farmacéutico.	SI	Corrupción	Sanción disciplinaria	La concentración de funciones y responsabilidades en la custodia de los insumos en especial en las bodegas de alto costo.	Económico	Alta	Mayor	Alto	1	Se fija desde la Gerencia los principios y valores a cumplirse por el servidor público, a quien se le entrega al ingreso a la Institución el Compromiso con el Código de Ética, por la auxiliar de Talento Humano para anexar a la hoja de vida, así mismo se les socializa el Código desde la inducción y reinducción y el estatuto anticorrupción evaluando su conocimiento. Se mide anualmente en la percepción del cliente interno la percepción de los funcionarios del cumplimiento por parte de los colaboradores de éstos principios y valores, se socializa resultados de la encuesta en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se formulan acciones. A través de la plataforma de capacitación virtual se socializan anualmente el Código de Ética e Integridad a todo el equipo de trabajo y se evalúa su conocimiento con registro del mismo, de no superar la calificación sobre 4, el funcionario debe realizar nuevamente la misma. Evidencia en las hojas de vida, listas de asistencia al proceso de inducción-reinducción, listas de asistencia a grupos primarios o plan padrino, actas de grupos primarios (estas 3 últimas actividades suspendido en época de pandemia) y actas CIGyD y Encuesta de percepción del cliente interno.	Preventivo	N/A	Baja	Mayor	Alto	Reducir	Acción.1- Socializar con el personal del servicio el Código de Ética e Integridad reforzando el principio de honestidad y transparencia, y a la vez el Manual de Control de Inventarios. Acción 2- Plantear a Ambiente Físico y Medio Ambiente, la necesidad de ubicar Chamarras de vigilancia en las áreas de almacenamiento que no cuentan con ellas.
										2	Se delega a una regente de farmacia para la custodia de los productos de alto costo, los cuales se encuentran en bodega interna delimitada físicamente dentro del Servicio Farmacéutico, cuenta con vigilancia por cámaras con registro desde la central de monitoreo, se realiza conteo de inventarios en forma semanal a éstos insumos por la auxiliar de farmacia asignada por cuadro de turnos, en caso de faltantes o sobrantes verifica el movimiento de inventario de la semana identificando causales y de ser posible ajuste y retroalimentar al responsable, con reporte de informe a la Jefe del Servicio. Evidencia: cuadro de turnos, reporte de inventario, central de monitoreo, correo electrónico.	Detectivo	N/A					
										3	Se distribuyen por grupos de trabajo los diferentes grupos de medicamentos e insumos para el seguimiento mensual de las cantidades físicas vs lo reportado por el sistema de información con el fin de validar la consistencia en la información del Sistema, reportando el resultado y el análisis de las posibles causas de las inconsistencias encontradas al líder de inventarios del servicio, quien consolida y verifica las transacciones en el sistema de información y reportar al responsable de realizar el ajuste o activar las acciones para identificar las causas, bien desde Gestión Logística o Servicio Farmacéutico. Evidencia: reportes mensuales de inventario, consolidados, ajustes realizados y correos electrónicos.	Detectivo	N/A					
7 Gestión Servicios Ambulatorios	Posibilidad de pérdida financiera o daño de la imagen institucional ante el hurto de insumos o reactivos en el laboratorio para beneficio propio o de tercero	SI	Corrupción	Sanción disciplinaria	Falta de ética por parte del funcionario del servicio	Económico y Reputacional	Media	Mayor	Alto	1	Desde la gerencia se tiene definido y aprobado el Código de Ética e Integridad del Servidor Público, el cual se socializa por cada líder de proceso a su equipo de trabajo y a través de la estrategia de Plan Padrino, evaluando su conocimiento, así mismo desde la Oficina de Talento Humano se le entrega a todos los funcionarios nuevos el Manual de Funciones con el Compromiso del cumplimiento de este Código, se evalúa la percepción de la aplicación de los principios y valores Institucionales a partir de la encuesta de percepción del cliente interno. Evidencia: Registro en actas de grupo primario, plan padrino, formato firmado por el funcionario nuevo, el Código de Ética e Integridad.	Preventivo	No aplica ya que depende de la ética del funcionario	Baja	Mayor	Alto	Reducir	Acción 1: Continuar fortaleciendo la socialización del Código de Ética e Integridad, Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.
										2	El bacteriólogo responsable de cada sección, mensualmente recepción los insumos valida fecha de vencimiento y estado del producto, así mismo compara que lo entregado desde el servicio farmacéutico, sea lo pedido y lo cargado al sistema de información, y almacena los insumos, cuando se encuentran diferencia o no se cumplen los criterios de vencimiento y condición física del insumo lo reportan al proveedor para su reposición o cambio y éste le reporta al servicio farmacéutico quienes al momento de la recepción del producto actualizan el inventario y entregan a la bodega de laboratorio. Igualmente el proveedor previo al envío del un producto de próxima fecha de vencimiento, informa al laboratorio si se puede recibir bajo estas condiciones, que de acuerdo a la rotación del mismo se determina si se recibe o no. Esto permite que se controlen los inventarios y el consumo de los mismos desde el servicio farmacéutico, así mismo desde el laboratorio al verificarse la solicitud y entrega del inventario, validan la existencia del inventario de la bodega satélite, ésta doble verificación, permite un control tanto desde el servicio farmacéutico como desde el mismo laboratorio disminuyendo el control de desperdicio, deterioro o robo. Así mismo diariamente, al utilizarse los insumos, se va actualizando el inventario. forma Evidencia: solicitud de pedidos, sistema de información con inventario de bodega, inventario periódico de bodega.	Preventivo	N/A					

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Macro Proceso	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de Riesgo Inherente	Nro control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora
11 Gestión Ambiente Físico y Medio Ambiente	Posibilidad de pérdidas financieras por no contar con los equipos o elementos requeridos para la prestación de los servicios de salud y los de procesos de apoyo.	Si	Corrupción	Deterioro patrimonial	Hurto favorecido al no contar con sensores electrónicos de proximidad que alerten sobre la extracción de elementos de trabajo propios de la institución.	Económico	Muy Alta	Mayor	Alto	1	La ESE contrata con un proveedor externo la vigilancia y con un supervisor quien distribuye el personal de vigilancia para control de acceso por cada torre, en urgencias por las 3 puertas de acceso y en las de ingreso a la ESE, restringiendo la cantidad de visitantes por paciente de acuerdo al horario de visita establecido, identifican y orientan al usuario de acuerdo a la necesidad, y restringen el acceso de ingreso a la Empresa y servicios y al cumplimiento del protocolos de ingreso a la Institución; verificando ingreso y salida de dispositivos, equipos y armas, apertura de puertas en horarios no laborales, con el fin de salvaguardar los bienes de la Institución, y garantizar la seguridad del paciente. En caso de no darse cumplimiento por parte del supervisor de 12 horas diurnas se retroalimenta al personal, igualmente recibe retroalimentación del personal de los servicios y desde ambiente físico y medio ambiente, si se presentan quejas por parte de los usuarios, a partir de lo cual retroalimenta y toma las acciones conducentes. Evidencia: Cuadro de turnos de la empresa contratada, reporte de informe de evento a ambiente físico y medio ambiente, registro de ingreso del equipos de computo, y registro del ingreso de visitantes en cada torre.	Preventivo	No aplica	Muy Baja	Moderado	Moderado	Reducir	Acción-1. Adquirir cámaras para las áreas de infraestructura nuevas.
										2	El personal de vigilancia asigna 2 ronderos nocturnos para las áreas internas y externas quienes realizan varias rondas en la noche, tanto en perímetro interno, oficinas, locales comerciales y parqueadero donde apoyan al personal de la empresa que administra el mismo en la seguridad de los vehículos y pertenencias en éstos. En caso de detectar un incidente o sospechoso se registra en el aplicativo el riesgo del evento de seguridad en las áreas, o se comunica por radioteléfono con el equipo de vigilantes del turno y verifican el accionar, retirando a la persona del lugar o ejerciendo una mayor vigilancia. La empresa contratista garantiza el personal para cubrir los servicios y horarios estipulados. Sin excepción Evidencia: cuadro de turnos de la empresa de vigilancia, notificaciones de eventos y efectividad de las rondas, resultado de las PQRS, y reporte de funcionarios con eventos con los vigilantes, reporte en aplicativo digital de alertas de seguridad.	Preventivo	No aplica					
										3	El personal de vigilancia cada vez que egresa un usuario con maletas grandes, solicitan al usuario permiso para evidenciar visualmente el contenido. Igualmente se cuenta con mejoras en la iluminación que permitan captar mejor las imágenes por las cámaras de seguridad digitales así como la capacidad del DVR de 16 a 32 cámaras mejorando la imagen y captación de hechos sospechosos, se incrementaron el número de cámaras en varias salas ubicadas en todos los servicios asistenciales y administrativas conectadas a la central de monitoreo de donde la empresa de vigilancia contratada supervisa la circulación de personal, detecta sospechosos en áreas no autorizadas y genera alarmas a los vigilantes quienes intervienen inmediatamente y se cuenta con sensores de movimiento en las áreas más vulnerables. Evidencia: memoria de registro del monitoreo, y equipos instalados, informes de la Empresa de seguridad.	Detectivo	No aplica, refuerza como control detectivo los preventivos.					
										4	Se fija desde la Gerencia los principios y valores a cumplirse por el servidor público, a quien se le entrega al ingreso a la Institución el Compromiso con el Código de Ética e Integridad, según registro por la auxiliar de Talento Humano, el cual luego se anexa a la hoja de vida, así mismo se les socializa el Código desde la inducción y reinducción y el Plan Anticorrupción evaluando su conocimiento. Se mide anualmente en la percepción del cliente interno la percepción de los funcionarios sobre el cumplimiento por parte de los colaboradores de éstos principios y valores y se socializa resultados de la encuesta a la Submesa de Código de Ética e Integridad y en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se formulan acciones para fomentar la implementación. Los Jefes y/o Líderes de los Procesos socializan anualmente el Código de Ética e Integridad a todo el equipo de trabajo y evalúa su conocimiento a través de la plataforma de capacitaciones virtuales con evaluación. Evidencia en las hojas de vida, listas de asistencia al proceso de inducción-reinducción, listas de asistencia, actas de grupos primarios (sin exceder aforos).	Preventivo	Se refuerza la instrucción al personal para estudiar el y aplicar los Principios y Valores por la Plataforma virtual educativa.					
										5	El auxiliar administrativo de activos fijos una vez recibió un activo fijo, se ingresa al sistema de información (modulo de activos fijos) se le asigna una placa de control enumerada, con la cual se marca el activo y al entregarse a la persona de los servicios se registra en el acta de traslado con firma de quien entrega y quien recibe como responsable del activo, con el fin de identificar los activos y asignar responsables de su custodia. Sin excepción. Evidencia: paqueteados en activos, actas de traslados, modulo de activos.	Preventivo	N/A					
										6	Cada año el líder de activos fijos, junto con un funcionario del servicio a ser inventariado, realiza en promedio 25 inventarios en el año, con el fin de verificar la existencia de los activos entregados en cada servicio, en caso de no encontrarlo, se diligencia el formato de faltantes firmado por el que realizó el inventario y al responsable del activo, se comunica al profesional de ambiente físico y a la jefe de talento humano y jefe de ambiente físico, dando 5 días para que el responsable del activo busque y presente el activo faltante, si no lo presenta, el jefe de cada servicio realiza acuerdo con el funcionario sobre la forma de pago y con el recibo se expide paz y salvo. Evidencia: formato de faltantes firmadas, correo notifica forma de pago, paz y salvo.	Detectivo	N/A					
										7	Desde Jurídica se negocia en forma anual una póliza Multirisgos con el fin de cubrir el riesgo de robo y otros eventos que generen pérdida o daño en los activos fijos (equipos, bienes e inmuebles), y disminuir la pérdida financiera con la retribución del valor asegurado. El líder de activos fijos, luego de ingresar al sistema de información- modulo de activos fijos, se reporta a la aseguradora el informe de inclusión mensual, al mes vencido de ingresado el activo, para que se incluya dentro del valor de la póliza adquirida. Evidencia: póliza, lista de activos fijo, informe de inclusión mensual.	Correctivo	N/A es control correctivo, aporta a otros controles.					

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Macro Procesos	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de Riesgo inherente	Nro control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora
12 Gestión de Control Interno	Posibilidad de afectación económica y reputacional de la Institución, ante la pérdida o daño de la información generada o a la que tiene acceso la OCI, tanto física como digital por acceso al Sistema de Información para la realización de las auditorías	SI	Corrupción	Sanción disciplinaria	Falta de adherencia y aplicar las políticas de seguridad de la información en relación a la custodia de las carpetas físicas o digitales, uso de contraseñas, y copias de seguridad de la información digital.	Reputacional	Medio	Mayor	Alto	1	La responsable del manejo del sistema de la información delegado por la Jefe de la Dependencia, cada vez que se requiere genera permisos restrictivos al sistema de información, verifica y confirma las autorizaciones dadas a cada funcionario de acuerdo al perfil definido por la Jefe de la OCI, y habilita de acuerdo a los mismos la contraseña de acceso la cual es individual para cada funcionario, con el fin de mantener la confidencialidad de la información, de no tenerse validadas y actualizadas en forma periódica no se activan, bloqueando el acceso a la información del Sistema de información; igualmente el personal de la OCI en ausencia del uso del equipo y en cumplimiento a la política de privacidad y confidencialidad de la información, bloquea el equipo que solo se activa con la contraseña asignada. Como evidencia se conservan los correos electrónicos, Servinte con los permisos, contraseñas individuales.	Preventivo	N/A	Baja	Moderado	Moderado	Reducir	Acción 1- La Jefe de la OCI realiza verificación de la copia de seguridad mensual en el Gerenciamos de Control Interno.
										2	La auxiliar de talento humano asignada para el proceso de vinculación, una vez firmado el nombramiento y posesión, entrega y verifica la firma por el funcionario a ingresar, del "Acuerdo de Confidencialidad", y cumplimiento del "Código de Ética" adjuntando este registro a la hoja de vida, buscando prevenir actos de corrupción. Adicional socializa mensualmente los Principios y valores del servidor público, y las políticas de privacidad y seguridad de la información durante el proceso de inducción y reintroducción, realizando evaluación del aprendizaje por parte de los asistentes, así mismo se promueve en las Campañas de Datin y Confidencialidad la protección de los datos personales y la seguridad y acceso a la información clínica y digital. Igualmente en la Plataforma virtual educativa se tiene el Código de Ética e integridad y el Plan Anticorrupción, con evaluación perfilados para realizar todos los funcionarios, con reporte de cumplimiento en los seguimientos y evaluación de desempeño. Aspectos que son evaluados por la Jefe de la OCI. Así mismo se realiza anualmente la encuesta de Percepción del Cliente Interno donde se identifica la percepción en el cumplimiento de la confidencialidad y privacidad de la información, así como la aplicación de los principios y valores, consolidando información y reportando resultados en el Comité de Gestión y Desempeño por la Jefe de TH. Cuando se identifica una fuga o manipulación indebida de la información se notifica a talento humano y a Jurídica para investigación y definir pertinencia de apertura de investigación disciplinaria con las consecuencias definidas en la Ley 734 de 2002. La evidencia esta en lista de asistencia, proceso de inducción, informe plataforma virtual educativa con resultados de evaluación, procesos disciplinarios y hojas de vida.	Correctivo	N/A, tiene acciones preventivas, detectivas y correctivas, por lo cual se clasifica como correctiva ante la cantidad de las preventivas.					
										3	La técnica administrativa de gestión documental y el técnico de sistemas de la información retroalimenta mensualmente en el proceso de inducción y reintroducción al personal del servicio y de otros procesos, sobre las políticas de gestión documental sobre el manejo correcto de la documentación física, la política de seguridad y privacidad de la información y la custodia de las contraseñas, y se enfatiza en las indicaciones para generar contraseñas más seguras para evitar accesos no autorizados, igualmente asignan perfiles de acuerdo a lo autorizado por talento humano y/o Jefe del Proceso, parametrizando en el sistema de información de acuerdo al cargo, función y rol, con el fin de limitar el acceso y manipulación de la información garantizando el manejo confiable de las contraseñas por el dueño de la misma. Trimestralmente se valida la información del personal por inactivado vs el retirado en forma definitiva. En caso de evidenciar la falta de custodia de la contraseña reporta a talento humano para la intervención directa con el funcionario y de requerirse se reporta a la oficina jurídica- Oficina de Control Interno Disciplinario para investigación y definir apertura de proceso disciplinario. Evidencia: registro de temas socializados en la inducción, perfiles definidos, parametrización en el sistema.	Detectivo	N/A					
										4	La auxiliar de admon de archivo admon, lleva un registro cada vez que se efectúa el préstamo del documento en forma física con firma de quien recibe, y lo registra en una base de datos digital con fecha de préstamo y responsable del documento, quien debe garantizar la custodia y conservación de la información en las condiciones en que fueron prestadas y cada 10 días verifica el tiempo de préstamo y de superar el préstamo por mas de 30 días le notifica por correo electrónico al que tiene el documento para que actualice el préstamo o devuelva el mismo, actualizándose la fecha de renovación, esto con el fin de llevar un control de la trazabilidad del documento interno. En caso de que el proceso requiere de forma permanente y constante el documento se define el "traslado de custodia". Se evidencia en los correos electrónicos, base de datos actualizada, formato de préstamo.	Preventivo	N/A					
										5	En cumplimiento a la Política de Respaldo de la Información establecida por la ESE, el técnico operativo asignado realizan en los días hábiles una prueba aleatoria de restauración diariamente y mensual al Backups, registrando en la bitácora los criterios verificados en cuanto al respaldo de la información realizado según lo programado automáticamente en el sistema de información de servidores; con el fin de validar que el Backups es completo y correcto; conservando evidencia de la restauración realizada. Cada mes se realiza informe de la prueba de restauración mensual, de acuerdo a la periodicidad definido en el instructivo IFF016- "respaldo y recuperación", lo cual garantiza la posibilidad de recuperar la información generada desde los diferentes proceso frente a una pérdida de información no controlable, en caso de encontrar errores o fallas se realizan las validaciones y ajustes necesarios. De verificarse que no se realizó la copia automática se asigna un ticket para investigar causas y documentarlas; de no encontrarse la falla se formulan acciones de mejora. La Jefe de Sistemas de la Información, verifica el cumplimiento de la actividad y de las acciones formuladas. Igualmente la Jefe de la OCI, realiza copia de seguridad de forma mensual de los archivos del Gerenciamos de Control Interno, con el fin de garantizar la custodia de la información que se archiva o genera desde el área. Evidenciable en el registro diario manual de monitoreo de Backups, la bitácora, informe mensual, gerenciamos de la OCI.	Preventivo	N/A					

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Macro Procesos	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad Inherente	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Nro control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora			
13 Gestión de la Información	Posibilidad de sanciones o daño de la imagen de la ESE por pérdida, manipulación o filtración de la información digital, que afecte la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información por falta de contraseñas con adecuados parámetros de control	Si	Corrupción	Sanción disciplinaria	Proceso de Selección con parámetros insuficientes para cargos críticos para el manejo de la información confidencial y de reserva.	Económico y Reputacional	Muy Alta	Mayor	Alto	1	La auxiliar de talento humano asignada para el proceso de vinculación, una vez firmado el nombramiento y posesión, entrega y verifica la firma por el funcionario a ingresar, del "Acuerdo de Confidencialidad", y cumplimiento del "Código de Ética" adjuntando este registro a la hoja de vida, buscando prevenir actos de corrupción. Adicional socializa mensualmente los Principios y valores del servidor público, y las políticas de privacidad y seguridad de la información durante el proceso de inducción y reinducción, realizando evaluación del aprendizaje por parte de los asistentes, así mismo se promueve en las Campañas de Datin y Confidencialidad la protección de los datos personales y la seguridad y acceso a la información clínica y digital. Igualmente en la Plataforma virtual educativa se tiene el Código de Ética e Integridad y el Plan Anticorrupción con la evaluación los cuales son perfilados para realizar todos los funcionarios con reporte de cumplimiento en los seguimientos y evaluación de desempeño. Así mismo se realiza anualmente la encuesta de Percepción del Cliente Interno donde se identifica la percepción en el cumplimiento de la confidencialidad y privacidad de la información, así como la aplicación de los principios y valores, consolidando información y reportando resultados en la Comité de Gestión y Desempeño por la Jefe de TH. Cuando se identifica una fuga o manipulación indebida de la información se notifica a talento humano y a Jurídica para investigación y definir pertinencia de apertura de investigación disciplinaria con las consecuencias definidas en la Ley 734 de 2002. La evidencia esta en lista de asistencia, proceso de inducción, informe plataforma virtual educativa con resultados de evaluación, procesos disciplinarios y hojas de vida	Preventivo	N/A								
										2	A partir del reporte que se realiza desde Gestión de Talento Humano de forma periódica de acuerdo a la solicitud del retiro temporal de un funcionario con reporte de la fecha de inicio y fecha de regreso del personal que estará ausente de la institución por vacaciones, incapacidades sin fecha de regreso definida y las licencias; el técnico de aplicaciones, 2 veces por mes, carga la información al aplicativo de control para activación y desactivación de contraseñas de acceso a los sistemas de información; previamente autorizados, el cual automáticamente, inactiva la contraseña desde la fecha de inicio y vuelve a activar a partir de la fecha de regreso, con el fin de evita el acceso por el propio funcionario o por otro durante la ausencia del ejercicio de las labores institucionales, enviando un reporte automático a Talento Humano y/o a la Jefe del Sistema de la información sobre la información del personal activado e inactivado. En caso de no reporte mensualmente el responsable de sistemas de la información designado. Notificara a Talento Humano para que realice el mismo. Evidencia: correo electrónico, bases de datos y aplicativo con cargue de la información.	Preventivo	Documentar en instructivo la forma de notificación y bloqueo de contraseñas en ausencias temporales o definitivas para talento humano y sistemas de la información.	May Baja	Mayor	Alto	Reducir	Acción-1 R11: Implementar contraseñas con mayor seguridad para acceso a la Historia Clínica electrónica. Acción-2 R11: socializar continuamente el Código de Ética e Integridad al personal del proceso.			
										3	La técnica administrativa de gestión documental y el técnico de sistemas de la información retroalimenta mensualmente en el proceso de inducción y reinducción al personal del servicio y de otros procesos, sobre las políticas de gestión documental sobre el manejo correcto de la documentación física, la política de seguridad y privacidad de la información y la custodia de las contraseñas, y se enfatiza en las indicaciones para generar contraseñas mas seguras para evitar accesos no autorizados, igualmente asignan perfiles de acuerdo a lo autorizado por talento humano y/o Jefe del Proceso, parametrizando en el sistema de información de acuerdo al cargo, función y rol, con el fin de limitar el acceso y manipulación de la información garantizando el manejo confiable de las contraseñas por el dueño de la misma. Trimestralmente se valida la información del personal por inactivado vs el retirado en forma definitiva. En caso de evidenciar la falta de custodia de la contraseña reporta a talento humano para la intervención directa con el funcionario y de requerirse se reporta a la oficina jurídica- Oficina de Control Interno Disciplinario para investigación y definir apertura de proceso disciplinario. Evidencia: registro de temas socializados en la inducción, perfiles definidos, parametrización en el sistema. La actividad en tiempo de pandemia por COVID- se hará a través de capacitación virtual, donde se enfatice en los temas, y se continua con la verificación trimestral descrita.	Preventivo	Validar la posibilidad de ejecutara el presupuesto de la vigencia asignado para la adquisición e implementación del software de data lost prevention (DLP), que ayude a detectar y prevenir la fuga de información.								

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Macro Proceso	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad Inherente	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Nro control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora
15 Gestión de Servicios	Posibilidad de afectación económica y reputacional ante la generación de glosas y devoluciones a tramitar o en efectiva	SI	Corrupción	Sanción disciplinaria	Falta de adherencia a los procesos y procedimientos del servicio.	Económico y Reputacional	Muy Alta	Mayor	Alto	1	El auxiliar administrativo durante la admisión del paciente valida diariamente los datos y soporte de aseguramiento de cada ingreso administrativo, y el analista de acceso de gestión de servicio, realiza mensualmente la validación de la calidad de datos de los registros de admisiones en la hoja de identificación de acuerdo al cálculo muestral del total de admisiones hospitalarias y la lista de chequeo previamente definida, con el fin de identificar la calidad y correcto registro de los datos y soportes para la admisión que realiza el personal de acceso, en caso de errores retroalimenta por correo electrónico al funcionario, y en forma grupal a grupo primario, de acuerdo a la severidad del hallazgo se generan acciones de mejora. Como evidencia el registro de los resultados, los correos electrónicos, actas de grupos primarios y planes de mejora.	Preventivo	N/A	Muy Baja	Moderado	Moderado	Reducir	<p>Acción 1. Socializar los procesos y procedimientos a implementarse y los ajustes en los mismos, con los nuevos servicios a implementarse (vacunación, ortopedia).</p> <p>Acción 2. Socializar y fomentar la práctica de los principios y valores definidos en el Código de Ética e Integridad de la ESE.</p>
										2	El facturador descentralizado envía el egreso certificado (con todos los soportes, autorizaciones y cargo) a facturación centralizada, donde de acuerdo a los grupos de auditores por asegurador, realizan una preauditoría al 100% de todos los cargos y egresos con la cual verifican el cumplimiento de todos los soportes y requisitos definidos por el asegurador y generan la factura, y registran los hallazgos en un aplicativo en excel que mensualmente con la inconsistencia o faltante reportan a la "Analista de facturación y auditoría" quien retroalimenta e implementa acciones de mejora con los facturadores descentralizados. Evidencia: aplicativo en excel con hallazgos, auditoría de cargo en línea, formato de retroalimentación a facturadores, notificaciones y correos electrónicos, reporte de riesgos de objeciones.	Preventivo						
										3	"Tanto los ejecutivos de cuentas, los médicos auditores de cuentas, los gestores de facturación y auditoría de facturación centralizada, gestores de auditoría de terceros y los regentes de farmacia en el proceso de validación de los servicios prestados diariamente identifican posibles riesgos de objeciones, y definen la acción preventiva para evitar la misma, dando respuesta y en caso de superar su capacidad para la corrección, notifican a la fuente y al jefe del servicio de la "posible objeción", para su gestión en menos de 24 horas, con el fin de evitar la materialización de ésta; en caso de superarse este tiempo se reporta al jefe del proceso o interventor con el fin de buscar soluciones para evitar la objeción. Evidencia: correo electrónico, trazabilidad de las notificaciones y reporte mensual de consolidado. Así mismo de manera detectiva, cuando se recibe la objeción se le notifica al profesional responsable y al jefe del servicio para que en el transcurso de 72 horas dé la respuesta y aporte los soportes para el trámite de la misma. Evidencia: Informes de notificación de riesgos y eventos, correos electrónicos."	Detectivo						
										4	El analista de facturación y auditoría con el ejecutivo de cuentas, cada vez que se presenta una sobrecapacidad de objeciones que superan la capacidad de respuesta normal del servicio, establecen una plan de contingencia, redefinen conformación de grupos de trabajo, y funciones al interior del proceso, priorizando empresas con mayor riesgo de extemporaneidad en la respuesta a las objeciones, así mismo pueden extender horarios laborales, para lo cual no puede existir excepciones; para ambas actividades se debe contar con el visto bueno del Jefe del Servicio, con el fin de dar oportunidad en el trámite y respuesta a las objeciones. Evidencia: formato de activación del plan contingente.	Preventivo	N/A ya que soporta otros controles preventivos y detectivos					
										5	Los auditores médicos concurrentes y gestores de facturación y auditoría centralizada y descentralizada cada que hay un riesgo de no contar con la autorización para generar la factura, reportan al analista de autorizaciones, quien valida y gestiona con las aseguradoras el ajuste y correcta generación de la autorización, dando respuesta en 24 horas; de ser un paciente urgente se gestiona con los médicos de auditoría concurrente para la evaluación de la pertinencia y poder agilizar la atención, gestionando luego la autorización con la EPS para garantizar que los servicios pendientes por autorización antes del egreso del paciente y previo a la facturación de los servicios este certificada, evitando posibles objeciones; para los casos en los que no se logre oportunamente la autorización y sea imputable al equipo de trabajo se retroalimentaran y si es particular se hará de forma individual a través de planes de mejora escritos. Evidencia: correos electrónicos.	Detectivo						
										6	El ejecutivo de acceso, facturación y auditoría, realiza auditoría al tablero de autorizaciones del sistema de información, de forma semanal, con el propósito de identificar inoportunidad y/o falta de gestión en la consecución de la autorización priorizada por diferentes variables y criterios, entre los que se encuentran condiciones de salud, situaciones administrativas y de aseguramiento, de cobertura, entidades no convenio, entre otras. Adicionalmente integra la solicitud realizada por los diferentes funcionarios de este proceso en la Institución, esto con el fin de garantizar la continuidad en la prestación del servicio, evitar riesgos de no pago, minimizar las objeciones por esta causa. Evidencia: tableros con alarmas, correo electrónico, formato de seguimiento a las autorizaciones.	Detectivo						
										7	El ejecutivos de cuentas, los médicos auditores de cuentas, los gestores de facturación y auditoría de facturación centralizada, gestores de auditoría de terceros y los regentes de farmacia, cada vez que se materializa la objeción dan respuesta dentro del tiempo establecido en el proceso y norma vigente, en caso de superar su capacidad y competencia, con el fin de fundamentar y argumentar la respuesta notifican al profesional responsable y al jefe del servicio para que en el transcurso de 72 horas dé la respuesta y aporte los soportes para el trámite de la misma. Evidencia: Informes de notificación de riesgos y eventos, correos electrónicos.	Correctivo	N/A continúa correctiva ya que aporta a otros controles.					

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Macro Procesos	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de Riesgo Inherente	No control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora
15 Gestión de Servicios	Posibilidad de afectación económica ante la no detección oportuna de la sub o sobre facturación y el sobrecosto en mano de obra, a través del proceso de auditoría.	SI	Corrupción	Detrimiento patrimonial	Fallas en la adherencia al proceso y procedimiento relacionado con la verificación de la orden, la gestión clínica y administrativa de la misma, el cargo de los servicios prestado y la facturación institucional y de terceros, contra los lineamientos Institucionales, contractuales y normativos.	Económico	Muy Alta	Mayor	Alto	1	Los gestores de 3ros, validan mensualmente la factura por servicios prestados presentada por el profesional contra los cargos registrados por el facturador y de encontrar inconsistencias la reportan dentro del riesgo de objeción para el ajuste, por el facturador si es necesario y al especialista para la corrección de la factura por los servicios prestados, con el fin de generar una factura certificada para enviar al asegurador así como el correcto reconocimiento del valor facturado por el profesional por los servicios efectivamente prestados, y se reporta a los Jefes de procesos cuando no se puede subsanar o no depende del facturador. Evidencia: Informe de notificaciones al proceso o a otros procesos, reporte de auditoría realizado a terceros.	Detectivo	N/A	Alta	Mayor	Alto	Reducir	Acción.1- Socializar el Código de Ética e Integridad. Acción.2- Actualizar el Proceso de Auditoría.
									2	La analista de Facturación y Auditoría, mensualmente realiza la validación de 1 de las facturas de prestación de servicios de los profesionales auditada por la gestora de 3ros, con fin de verificar que la misma contenga todos servicios, efectivamente prestados y correspondan al valor facturado, evitando riesgo de corrupción. En caso de encontrar inconsistencia, reporta al responsable de la auditoría para ajustar y/o reportar al Jefe de Gestión de Servicios, y de ser pertinente reportar a talento Humano y jurídica para abrir proceso de investigación y de ser necesario proceso disciplinario. Evidencia: validación del seguimiento, reportes realizados y retroalimentación.	Detectivo	N/A						
									3	Los auditores médicos o clínicos diligencian diariamente el archivo de auditoría concurrente la gestión realizada a la muestra establecida de acuerdo a los criterios de riesgos previamente establecidos, reportando a los jefes o líderes del servicio clínico o administrativos involucrados, con el fin de que se intervenga oportunamente los riesgos detectado de objeciones o riesgo de seguridad del paciente, para así, evitar objeciones y sobrecostos. Este registro se convierte insumo para indicadores del proceso. Evidencia: correos electrónicos, archivo de auditoría concurrente	Preventivo							
									4	Tanto los ejecutivos de cuentas, los médicos auditores de cuentas, los gestores de facturación y auditoría de facturación centralizada, gestores de auditoría de terceros y los regentes de farmacia en el proceso de validación de los servicios prestados diariamente identifican posibles riesgo de objeciones, y definen la acción preventiva para evitar la misma, dando respuesta y en caso de superar su capacidad para la corrección, notifican a la fuente y al jefe del servicio de la "posible objeción", para su gestión en menos de 24 horas, con el fin de evitar la materialización de ésta; en caso de superarse este tiempo se reporta al jefe del proceso o interventor con el fin de busca soluciones para evitar la objeción. Evidencia: correo electrónico, trazabilidad de las notificaciones y reporte mensual de consolidado. Así mismo de manera detectiva, cuando se recibe la objeción se le notifica al profesional responsable y al Jefe del servicio para que en el transcurso de 72 horas de la respuesta y aporte los soportes para el trámite de la misma. Evidencia: Informes de notificación de riesgos y eventos, correos electrónicos."	Correctivo	N/A, es control correctivo ya que aporta a otros controles preventivos y detectivos						

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Macro Procesos	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de Riesgo Inherente	Nro control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora
16 Gestión del Talento Humano	Posibilidad de afectación económica ante la pérdida o daño de la información digital a cargo del proceso de Gestión del Talento Humano (Aplicativo de Talento Humano de Perfiles y el de Liquidación de Prestaciones Sociales).	Si	Corrupción	Sanción disciplinaria	Falta de adherencia a las medidas de seguridad digital definidas para todos los procesos.	Económico	Alta	Mayor	Alto	1	El Técnico administrativo responsable del aplicativo de talento humano, parametrizó el aplicativo limitando el nivel de acceso a la información por parte del equipo de talento humano, con el fin de proteger la información contenida en el mismo, al cual se accede a través de una contraseña individual generada por cada usuario, con números y letras con al menos 1 mayúscula. Sin excepción. Evidencia: aplicativo de Talento Humano, contraseñas individuales.	Preventivo	N/A					
										2	Se fija desde la Gerencia los principios y valores a cumplirse por el servidor público, a quien se le entrega al ingreso a la Institución el Compromiso con el Código de Ética e Integridad, por la auxiliar de Talento Humano para anexar a la hoja de vida, así mismo se les socializa el Código desde la inducción y reinducción y el estatuto anticorrupción evaluando su conocimiento. Los Jefes de los Procesos socializan anualmente el Código de Ética e Integridad a todo el equipo de trabajo y evalúa su conocimiento. Asimismo desde la Submesa de Ética e Integridad se definen e implementan las estrategias para la divulgación del Código de Ética e Integridad a todos los procesos y se evalúa al final de cada periodo, el cumplimiento de las acciones. Se mide anualmente en la percepción del cliente interno la percepción de los funcionarios al cumplimiento por parte de los colaboradores de éstos principios y valores, socializando los resultados de la encuesta en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, donde se formulan acciones para incrementar el resultado. Evidencia en las hojas de vida, listas de asistencia al proceso de inducción-reinducción, listas de asistencia, actas de grupos primarios, reporte de la Plataforma virtual sobre evaluación del Código de Ética e Integridad y el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, resultado de la Encuesta de percepción del cliente interno, actas del CIGyD y de la Submesa de Ética e Integridad.	Preventivo	N/A Por ser una característica de cada individuo, no se define otra acción de mejora					
										3	En cumplimiento a la Política de Respaldo de la Información establecida por la ESE, el técnico operativo asignado realizan en los días hábiles una prueba aleatoria de restauración diariamente y mensual al Backups, registrando en la bitácora los criterios verificados en cuanto al respaldo de la información realizado según lo programado automáticamente en el sistema de información de servidores; con el fin de validar que el Backups es completo y correcto; conservando evidencia de la restauración realizada. Cada mes se realiza informe de la prueba de restauración mensual, de acuerdo a la periodicidad definido en el instructivo IFF016- "respaldo y recuperación", lo cual garantiza la posibilidad de recuperar la información generada desde los diferentes procesos frente a una pérdida de información no controlable, en caso de encontrar errores o fallas se realizan las validaciones y ajustes necesarios. De verificarse que no se realizó la copia automática se asigna un ticket para investigar causas y documentarlas; de no encontrarse la falla se formulan acciones de mejora. La jefe del servicio verifica el cumplimiento de la actividad y de las acciones formuladas. Evidenciable en el registro diario manual de monitoreo de Backups, la bitácora, informe mensual.	Preventivo	N/A	Muy Baja	Mayor	Alto	Reducir	
										4	El 100% de servidores y equipos de computo cuentan con antivirus con actualización automatizada y para reporte de alguna novedad con el equipo, estas se renuevan anualmente, y se asigna al técnico operativo, para que semanalmente verifica la actualización de los antivirus en los servidores y equipos de computo del hospital, al detectar que no se actualizan automáticamente se genera un ticket por cada equipo para revisar y solucionar. Evidencia son ticket de realización de la auditoría, y los que reporta con hallazgo, para gestión por el mismo u otro técnico que se cumple dentro de los tiempos de cierre de ticket.	Preventivo	N/A					
										5	El técnico administrativo, cada vez que se requiere actualizar el aplicativo de TH, realiza las pruebas correspondientes en los ambientes de prueba destinados para ello, esto se efectúa cada vez que se requiera actualizar de acuerdo a la solicitud y necesidades del proceso, con el fin de contar con la información requerida para dar solución a una necesidad específica dentro del proceso. Evidencia: necesidades resueltas, requisiciones, correos electrónicos con reporte de necesidad y resultado de la actualización.	Detectivo	Documentar las actualizaciones, versiones, y dejar evidencia de haber dado respuesta a la necesidad.					

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Macro Proceso	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad Inherente	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Nro control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora
16 Gestión del Talento Humano	Posibilidad de afectación económica y reputacional ante un inadecuado proceso de "Ingreso" del recurso humano, que incluye selección y vinculación para proveer el recurso humano a los procesos institucionales, incluido los contratistas y la obligatoriedad de verificar requisitos del SARLAFT.	SI	Operativa	Cambios en el Interacción de los procesos	No contar con las herramientas suficientes y más objetivas para el proceso de selección del personal	Económico y Reputacional	Media	Mayor	Alto	1	El técnico administrativo de TH, consulta la normatividad vigente y la reporta a la Jefe de Gestión del TH, con el fin de mantenerse actualizados en las funciones, requisitos, competencias y demás aspectos normativos aplicables a los servidores públicos y Empresas Sociales del Estado, entre ellos los relacionados en el SARLAFT, así mismo los líderes de procesos reportan a Talento Humano los ajustes requeridos en el Manual de acuerdo a los cambios en los procesos, en las responsabilidades, procediendo la Jefe de TH a actualizar el Manual de Funciones y Competencias, una vez notificado los cambios normativos o del proceso, ya que el Manual es el principal insumo para el proceso de selección del recurso humano; esto sin excepción alguna. Evidencia: correos electrónicos, Manual de funciones y competencias en intranet y web actualizado. Desde Calidad se revisa y programa la actualización de los documentos institucionales con una periodicidad bienal, para lo cual la profesional de calidad valida las fechas de la última actualización de todos los documentos y notifica a los responsables de actualizar los mismos, realizando seguimiento al cumplimiento de los documentos programados cada año y reporte al CIyD y a la OCI. Evidencia: Programa de actualización documental de Calidad, reporte al cumplimiento, las actas del CIyD, Manual actualizado publicado en intranet y web.	Preventivo	N/A, no se considera necesario documentar el control del reporte y consulta de la norma.	Muy Baja	Menor	Bajo	Reducir	Acción-1. Divulgar continuamente el Código de Ética e Integridad, así como las funciones y competencias definidos en el Manual de Funciones. Acción-2. Reforzar en el personal de Gestión del Talento Humano, el Proceso y Procedimiento de verificación de datos.
										2	La auxiliar de Talento Humano asignado para apoyo al proceso de selección, de acuerdo al Manual de Procesos y procedimientos de Selección y vinculación; una vez notificada la necesidad de recurso humano, recolecta las hojas de vida de los candidatos y las pasa a la Jefe del Proceso y Jefe de Talento Humano quienes realizan una preselección de éstas de acuerdo a los requisitos definidos en el Manual de Funciones y Competencias, se informa a la auxiliar quien convoca a las personas preseleccionadas, a quienes se les realiza prueba de conocimiento previamente definida y entrevista por parte de la Jefe de TH y el Jefe del Proceso interesado, aplicando el Formato de calificación de entrevista; orientada éste a identificar los rasgos de las competencias estandarizadas por cargo; se realiza examen de conocimientos técnicos elaborados por el responsable o Jefe de cada proceso interesado; de acuerdo a los resultados de ambos procesos se selecciona la persona con mayor puntaje en cuenta a requisitos, a quien se le informa para que continúe con el proceso de vinculación. De no hacerse efectiva la vinculación del seleccionado, se convoca a la persona que obtuvo el 2do puesto, de no haberse alcanzado el puntaje mínimo, se reinicia el proceso de búsqueda y recolección de hojas de vida. Evidencia Formato de calificación de entrevista, consolidado del resultado y examen realizado, hoja de vida del vinculado.	Preventivo	N/A					
										3	La auxiliar de talento humano asignada al Proceso de Selección y vinculación, una vez notificada de la selección del nuevo funcionario, verifica a partir de la lista de chequeo previamente establecida, el cumplimiento de requisitos legales e Institucionales de la persona seleccionada, incluyendo la evaluación medico-laboral de ingreso, realizada por el proveedor contratado para este fin; la validación en el RETHUS a los cargos que apliquen, notifica a Calidad- Oficial de Cumplimiento para la verificación de antecedentes en listas cautelares previendo riesgos de LAFT. Una vez cumplidos todos los requisitos y sin reporte en listas cautelares que apliquen, se notifica al técnico de TH de nomina, para elaboración del Acto Administrativo de Nombramiento y Acta de Posesión; y a Jurídica para elaboración del contrato, cuando se trate de especialistas por prestación de servicios; los cuales se pasan a la firma de Gerencia y/o supervisores y/o jefe de TH cuando aplique, así mismo se notifica a la auxiliar de TH responsable de afiliar a la ARL y luego al SGSSS, notificándosele a la persona para firma de posesión e inicio de inducción y entrenamiento. En caso de no cumplir la totalidad de los requisitos se le informa a la persona los documentos faltantes y se aplaza su vinculación hasta el cumplimiento de los mismos; sin el cuales no puede realizarse su ingreso. Evidencia: lista de chequeo, reporte de validación de listas cautelares, hoja de vida, correo electrónico, afiliación al SGSSS, Historia clínica laboral, contrato de prestación de servicios y aporte de documentos de Sarlaft, reportes a UIAF, certificados de policía, Contraloría y procuraduría impresos y en hoja de vida	Preventivo	N/A					
										4	La Jefe de Talento Humano junto con los Jefes de los procesos actualizan anualmente la Planeación Táctica considerando el Portafolio de Servicios, la Capacidad Instalada, demanda de los servicios, necesidades presentadas, presupuesto disponible y planta de personal aprobado por Junta Directiva, con el fin de contar con una oferta estable de personal que soporte la atención de los pacientes, teniendo en cuenta los riesgos hospitalarios y la oportunidad en la prestación de los servicios. Ante cambios de la demanda o de los servicios durante el año se soporta con personal supernumerario. Evidencia: Planeación táctica actualizada y publicada en intranet, capacidad instalada actualizada, Acuerdo de Junta Directiva aprobando planta de personal y portafolio de servicios.	Preventivo	N/A, cambio de periodicidad de la anual, ya que aporta a otros controles.					
										5	Desde gestión de Talento Humano, se mide anualmente la percepción del cliente interno a través de la encuesta digital, el cumplimiento por parte de los colaboradores de la adherencia a los principios, valores y compromisos definidos en el Código de Ética e Integridad. Si los resultados son consolidados y si están por debajo de la meta se definen nuevas acciones para la vigencia siguiente, se presenta resultados en la Submesa del Comité de Ética e Integridad así como en el CIyD, donde se definen acciones para fomentar la implementación del Código de Ética e Integridad al interior de la Empresa. Evidencia: Resultados de la encuesta de percepción, actas de grupos primarios, submesa del Comité de Ética e Integridad y del CIyD socializando resultados, correos electrónicos.	Correctivo	N/A, aplicación de la encuesta es anual, y aporta a otros controles y acciones.					

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Macro Procesos	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de Riesgo inherente	Nro control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora
16 Gestión del Talento Humano	Posibilidad de pérdida financiera o de la imagen institucional ante error en generación de informe para pago de salarios, prestaciones sociales y/o Seguridad Social al personal vinculado o a la Administradoras del Sistema General de Seguridad Social- SGSS.	SI	Corrupción	Detrimiento patrimonial	No adherencia al proceso y procedimiento del reporte para el pago de nomina o el pago de la seguridad social.	Económico y Regulatorio	Alta	Mayor	Alto	1	La líder del SGSST cada 3 meses reporta a UNICA (por el angiógrafo) y al servicio de Imagenología (cuando inicie en el 2do semestre 2021) el personal que registra en riesgo 4 y 5 (en alto riesgo) con el fin de validar que el personal reportado a la ARL en cada uno de estos niveles, si correspondan a los funcionarios laboralmente expuestos a radiación e ionizante, y estén cubiertos en los mismos. El Jefe de cada servicio valida la información y corrige o ajusta el registro, con el fin de que se actualicen los datos y se haga el reporte. Sin excepción. Evidencia: correo electrónico con reportes trimestrales desde SGSST y del jefe de única y de Imagenología ante la ARL de la actualización del nivel de riesgos.	Preventivo	N/A	Baja	Menor	Moderado	Reducir	Acción 1: Reforzar con el equipo de trabajo la aplicación del Código de Ética e Integridad, así como la participación en las estrategias definidas en la Submesa de Ética e Integridad.
										2	A partir de la actualización del aplicativo de Xenco para liquidación de nomina (Safix) y del propio aplicativo digital de TH para la liquidación de las prestaciones sociales realizada en 2019, con base a lo establecido en la normatividad, desde Gestión financiera la profesional de cuentas por pagar realiza a partir de una muestra de las liquidaciones de prestaciones sociales, cada vez que se presente el retiro de un funcionario, comparándolo con lo establecido por la norma vigente; para validar la correcta aplicación de los resultados y cálculos automáticos generados desde TH. Al encontrar alguna diferencia reporta de forma inmediata a el responsable de TH y se reúnen levantando un acta de conciliación donde se soporta o corrige la diferencia encontrada, así mismo se hacen los ajustes. Evidencia: actas de conciliación, reporte de plantillas en excel de la auditoría.	Correctivo	N/A el control es correctivo y aporta a otros controles					
										3	El Técnico administrativo de Gestión de Talento Humano, mensualmente realiza de forma aleatoria un comparativo entre las horas reportadas en los cuadros de turnos del personal asistencial y el estándar definido para cada servicio o dependencia, con el fin de validar la veracidad de la información reportada en los cuadros de turnos contra las horas efectivamente laborada que fueron reconocidas, así mismo alerta sobre los saldos en horas del personal, de encontrar inconsistencias verifica con los jefes de servicios las razones, cuando no son justificadas o se valida el error se procede al descuento o reconocimiento en la siguiente quincena. Evidencia: correo electrónico, movimiento de nomina en el sistema de información.	Correctivo	N/A el control no confiable por el reporte manual de los cuadros de turnos.					
										4	Los Líderes de procesos asignados para el reporte de las horas laboradas en cuadro de turnos, mensualmente aplican el cuadro de turnos diseñado por la líder de costos desde Gestión financiera, con lo cual unifican el reporte y la realidad de las horas laboradas, este cuadro es enviado al Técnico Administrativo líder de Nomina de Gestión de Talento Humano, del cual descarga la información al aplicativo de nómina, con cálculo automático de las horas laboradas y recargos a reconocer, desde este se pasa al archivo plano que sube a sistemas de la información-SAFIX, donde se tienen parametrizados de acuerdo a la tabla de retención en la fuentes los porcentajes a descontar automáticamente, igualmente en el reporte de Pérdidas y Ganancias por unidad de negocio- PIG, enviado a los Jefes de procesos para control de las horas reales laboradas, justificar las horas que sobrepasan el estándar definido y control de su costo. En caso de detectar errores se reporta al líder de nomina para ajustar en el pago de la siguiente quincena. Evidencia: Cuadro de turnos, correo electrónico, pagos aplicativo en excel y Safix.	Detectivo	N/A					
										5	La líder del SGSST, verifica mensualmente los reportes de las incapacidades con el registro de las incapacidades en el cuadros de turnos, así como el reporte de los jefes, por el aplicativo digital de incapacidades o por el correo electrónico, validando las horas pagadas contra los días de ausencia justificados y reportados en éstos, en caso de no encontrar la incapacidad, realiza la investigación y se solicita el soporte al jefe, si no se soporta la ausencia notifica a la Jefe de Talento Humano para el debido proceso y si esta soportada, la técnica de TH, hace el reporte a la EPS o ARL, para el reintegro del valor pagado al funcionario, de encontrar reportes de incapacidad finalizado el mes y habiendo efectuado el pago de nomina, se realizan las deducciones en el siguiente mes. Evidencia: incapacidades, cuadro de turnos, movimientos en nomina, correos electrónicos, aplicativo digital de TH y de reporte de incapacidades.	Correctivo	N/A, es control correctivo que aporta a otros controles.					

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Macro Proceso	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad inherente	Impacto inherente	Zona de Riesgo Inherente	Nro control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora
17 Gestión Financiera	Posibilidad de afectación financiera y reputacional de la Empresa ante la no adherencia a los procesos de validación de la información que alimenta el sistema contable, con Informes económicos que no reflejen la realidad de los estados financieros con falsedad en documento público,	SI	Seguridad digital	Integridad	Falta de adherencia en el proceso o procedimiento desde el registro, soporte, generación de documentos o interfaces, digitación y parametrización en el sistema	Económico y Reputacional	Baja	Mayor	Alto	1	Cada responsable de los procesos de crear conceptos y estandarizar su comportamiento de los movimientos que afecten los aspectos financieros y económicos (entre ellos el responsable asignado en el área financiera- profesional en presupuesto y contabilidad) parametrizan los módulos correspondientes siempre que se requiera crear un nuevo concepto, con el fin de unificar y lograr la corresponsabilidad entre los módulos administrativos y el sistema contable. Cuando se detecta un error se notifica y realizan ajustes corrigiendo la parametrización. Evidencia en comprobantes de conciliación, reportes por líderes de servicios (preclere de inventario mensual).	Preventivo	N/A Control dependiente de la necesidad de parametrizar.	Muy Baja	Mayor	Alto	Reducir	Acción 1. Continuar reporte de los hallazgos en las actas de conciliaciones y solicitando el análisis y reporte de las variaciones encontradas. Acción 2. Socializar el código de Ética e Integridad de la Institución
										2	La profesional universitario- contabilidad, en el área financiera- mensualmente concilia los conceptos y cuentas a partir de la lista de chequeo de los documentos a generarse validando frente a la información generada en la interfaz (información cargada por los diferentes procesos a la parte contable), de encontrarse diferencia entre los soportes revisa la información entre el modulo y el sistema contable, con el fin de garantizar la completitud y exactitud de la información contable y retroalimenta a los responsables del proceso. Evidencia soporte de la Conciliación en el sistema de información, Actas de conciliación, informes de la Revisoría Fiscal.	Detectivo	N/A el control es detectivo.					
										3	Mensualmente el profesional universitario- contabilidad, actúa como un tercero dentro del proceso, para garantizar la objetividad y transparencia en las conciliaciones, compara que el valor de cada concepto o bodega creado en los diferentes módulos administrativos (modulo de suministros y activos fijos) como fuentes para la información contable, que estos correspondan con los códigos asignados a las unidades funcionales en las Cuentas Contables. En caso de encontrar diferencias solicita a los procesos justificar y aportar los soportes, evidenciable en Actas de Conciliación. La profesional universitario- contabilidad, igualmente revisa y cada mes se le envía a los líderes de procesos del cargue al sistema contable los hallazgos con el fin de realizar los ajustes antes del cierre. Evidenciable en el correo electrónico, actas de conciliación.	Detectivo	N/A					
17 Gestión Financiera	Posibilidad de pérdidas financieras, ante el hurto por personal interno o externo de dinero recibido en caja o por pérdida del mismo dinero en el traslado, desde las diferentes cajas a la principal.	SI	Corrupción	Detrimiento patrimonial	Falta de controles para la seguridad de las cajas	Económico	Media	Mayor	Alto	1	El técnico de Ambiente físico y medio ambiente por medio de la empresa de seguridad y vigilancia contratada establecieron el aumento de las cámaras de seguridad y vigilancia cambiando en el año 2019 de análogas a digitales, con VDR de 16 a 32 cámaras con sensores de movimiento que se controlan desde la central de monitoreo con mayor captación en zonas oscuras y de alto o bajo flujo de personal. También se cuenta chapa de seguridad en la caja principal con alarma. Y en Tesorería con alarma, con toquen y chequeras. Evidencia: cámaras de seguridad, CD de memoria, caja fuerte y alarmas.	Detectivo	N/A el control es detectivo	Baja	Mayor	Alto	Reducir	Acción-1 Contar con Póliza de manejo para los cargos que administran y manejan dinero, y se tiene la póliza Multirisgos (contra-robo). Acción-2. Fomentar la aplicación de principios éticos socializando el Código de Ética e Integridad
										2	Desde la Jefe Financiera se asignaron cajas fuertes con mayor seguridad en todas las cajas de sedes y principal, con actualización del proceso de custodia y manejo de los dineros por el personal de las cajas, con capacitación y socialización del proceso y procedimiento, que incluye el aumento en la frecuencia con que se recoge el dinero de las sedes para entregar en la caja principal. Desde el proceso financiero se verifica el cumplimiento de éstas medidas, a través de los arcos sorpresivos, algunos acompañados con revisoría fiscal quienes en forma periódica a partir del cual se valida los dineros relacionados en el sistema de información con respecto a lo físico. Se asigna a la Empresa Domillogística, para recoger los dineros en las Sedes, 2 veces por semana, (lunes y miércoles) a excepción en la Sede las Palmas, con recogida 1 vez a la semana por el conductor asignado. Durante el proceso de arqueo de cajas, se verifica el uso de la caja y monederos, retroalimentando al personal en forma directa con informe escrito a la jefe financiera. Todas las intenciones son dadas a conocer e implementarse por las auxiliares de caja y cajera principal. Sin excepción alguna. En caso de materializarse el robo se denuncia a fiscalía por parte del funcionario que presencia el robo. Al igual se verifica responsabilidades por el funcionario quien deberá restituir el dinero en caso de encontrarse causales. Evidencia: reporte de arcos de caja, informe de revisoría fiscal, cámaras, denuncia.	Detectivo	No aplica					

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Macro Procesos	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad Inherente	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Nro control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora
17 Gestión Financiera	Posibilidad de pérdidas financieras ante una inadecuada programación y priorización para efectuar los pagos	SI	Corrupción	Detrimiento patrimonial	Falta de adherencia a las políticas o lineamientos de priorización para realizar el pago.	Económico	Baja	Mayor	Alto	1	La Profesional universitario de cuentas por pagar recibe un soporte de factura o cuenta por pagar, verifica mensualmente el soporte físico con las firmas requeridas, contra la información cargada y la que este pendiente por cargar en el sistema de información, revisa los cálculos de retenciones, las notas, y el total a pagar, quedando la factura causada y entrega a tesorería, en caso de no cumplir las condiciones, se devuelve al líder del proceso, responsable de la factura o cuenta por pagar. Evidencia: facturas causadas y entregadas a tesorería.	Preventivo		Muy Baja	Mayor	Alto	Reducir	Acción 1.-Socializar el Código de Ética e Integridad al equipo de trabajo.
										2	Una vez las cuentas están causadas y con los soportes físicos la tesorería mensualmente, genera el listado de cuentas por pagar por vencimientos, a partir del cual la Jefe de Financiera, de acuerdo a los lineamientos de priorización, realiza la programación de pagos. Evidencia: correo con listado de cuentas por pagar por vencimientos y correo con programación de pagos por prioridades.	Preventivo						
										3	La tesorería valida la programación de pagos autorizado por la Jefe del proceso, contra los documentos físicos (con prestadores de servicios de salud: autorización de pago por el supervisor de contrato, pago SGSSS) y con (Proveedores: CDP, CRP, Factura, orden de compra, entrada y autorización de pago del supervisor) para poder efectuar el pago formal, de no cumplir con los requisitos documentales, se le devuelve a los responsables de la factura o cuenta de cobro. El pago total es validado por la Jefe del Servicio con respecto a la programación de pagos. Evidencia: formato de devoluciones, cargo de pago en el sistema de información.	Detectivo						
17 Gestión Financiera	RLAFT-Posibilidad de pérdida financiera y afectación de la reputación ante la inoportunidad o incumplimiento en el reporte de transacciones con riesgos de Lavado de activos y financiación de terrorismo.	SI	LAFT	Operativo	No aplicar la norma y políticas institucionales en la identificación de operaciones sospechosas o intentadas	Económico y Reputacional	Baja	Mayor	Alto	1	Las auxiliares de caja de acuerdo a los procesos definidos en el SARLAFT institucional y en las políticas de lavado de activos y financiación del terrorismo, cada vez que un particular o empresa no responsable de pago de prestación de servicios, intente pagar en efectivo sumas superiores a \$5.000.000 (cinco millones de pesos) en un mismo día, o de \$25.000.000 (veinticinco millones de pesos) en el mismo mes, reportan por correo electrónico y de manera inmediata a la Oficial de Cumplimiento de la ESE (Jefe de Calidad) la transacción efectuada, con la información requerida para que ésta realice la investigación del caso y reporte a la UAFA dentro del mismo mes, y por parte de la tesorería se envía mensualmente a la Oficial de Cumplimiento un Certificado de todas las transacciones efectuadas en tesorería, con lo cual ésta valida el reporte oportuno y completo por parte de financiera, evitando que la ESE sea utilizada para el lavado de activos y/o para la financiación del terrorismo. Evidencia: Correo electrónico, reporte a la UAFA, aplicativo de seguimiento por la Oficial de cumplimiento, certificado de tesorería.	Detectivo	Escalarle a la Oficial de Cumplimiento el realizar una validación del cumplimiento del reporte del 100% de las transacciones que cumplan con los criterios definidos en relación a lo reportado desde Gestión Financiera.	Baja	Mayor	Alto	Reducir	Acción 1. Fortalecer el conocimiento del procedimiento del SARLAFT con el personal responsable de las cajas y del área financiera.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Macro Proceso	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o Tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad Inherente	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Nro control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora				
19 Gestión Jurídica	Posibilidad de pérdidas económicas o afectación de la imagen institucional ante la celebración de contratos sin lleno de requisitos legales y lo establecido en el Manual de Contratación,	SI	LAFI	Legal	Falta de adherencia al manual y proceso de contratación y las disposiciones normativas propio de las ESE.	Económico y Reputacional	Media	Mayor	Alto	1	Tanto el Auxiliar administrativo y una de las abogadas de Jurídica realizan en forma anual la verificación del 100% de los soporte normativos legales que deben hacer parte de los contratos de la vigencia anterior y los corrido del año actual, en caso de encontrar algún faltante notifica a los supervisores para el aporte oportuno del mismo, generan informe de la auditoría donde se verifica a través de la lista de chequeo el cumplimiento de los soportes que hacen parte de cada una de las etapas contractuales, entre ellos (estudios previos, acta de inicio, pólizas iniciales y actualización de éstas, seguimientos trimestrales, soporte pago impuestos- estampilla, y liquidación del contrato), los resultados de la auditoría es presentada por la jefe de Gestión Jurídica al Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGyD), así mismo, una vez aportado el documento faltante ajustan el resultado para el cierre de la vigencia, con el fin de garantizar que el 100% de los contratos cumplan con los requisitos legales especificados en el Manual de Contratación y en el de Supervisión de Contratos. Evidencia: Lista de verificación, informe de la auditoría, correo electrónicos a jefes de procesos, acta del CIGyD, carpetas de contratos.	Correctivo	N/A el control es correctivo y aporta a otros controles									
										2	En la Oficina de Jurídica se definen 3 filtros para la validación de los documentos legales, la cual se realiza con todos los contratos a realizar; en la primera uno de los profesionales verifica la información digital y física aportada por los posibles contratistas, contra la lista de chequeo anexa al Manual del proceso de Contratación, así como la verificación en listas cautelares para detección de riesgos LAFT de los contratos de logística y de obra, y validado el soporte de verificación de riesgo LAFT entregado para los contratos de prestación de servicios asistenciales, así mismo de acuerdo a la validación que realiza la Oficial de Cumplimiento respecto a los posibles contratistas en los que se encuentra algún reportes o hallazgo en las listas cautelares, estableciendo el cumplimiento de Criterios para el reporte a la UIAF; una vez validada el cumplimiento del 100% de soportes legales se pasa a la 2da profesional- abogada, quien verifica todos los soportes para proceder a elaborar el proyecto del contrato, de acá pasa a la Jefe de la Oficina Jurídica, quien valida la información y soporte documental, contra los requisitos legales definidos en el proyecto de contrato y establece en forma explícita la terminación del contrato en caso de confirmarse la vinculación con el Lavado de activos o financiación del terrorismo, con el fin de garantizar cumplimiento de los requisitos legales, y evitar materialización de riesgos LAFT, de encontrar faltantes se devuelve en la escala anterior. Evidencia: listas de chequeo, contratos en carpetas con documentación, resultado de la autoevaluación de los soportes en los contratos, verificación de listas cautelares.	Preventivo	N/A									
										3	Se fija desde la Gerencia los principios y valores a cumplirse por el servidor público, a quien se le entrega al ingreso a la Institución el Compromiso con el Código de Ética e Integridad, por la auxiliar de Talento Humano para anexar a la hoja de vida, así mismo se les socializa el Código desde la inducción y reinducción y el estatuto anticorrupción evaluando su conocimiento a través de la plataforma virtual educativa de la ESE. Se mide anualmente en la percepción del cliente interno la percepción de los funcionarios del cumplimiento por parte de los colaboradores de los valores y principios del Código de Ética e Integridad. Evidencia en las hojas de vida, listas de asistencia al proceso de inducción-reinducción, resultado de la evaluación en la plataforma virtual y encuesta de percepción del cliente interno.	Preventivo	N/A	Muy Baja	Moderado	Moderado	Reducir					
										4	En el Manual de Contratación, aprobada por la Gerencia mediante Resolución 2546 de diciembre 2019, se estipulan las condiciones del proceso contractual, entre ellas lo referente a las adiciones o modificaciones del mismo y el efecto en las garantías exigidas dentro de la contratación y por lo tanto desde la elaboración del contrato por parte de gestión jurídica se establece en una cláusula de permanente incorporación en las minutas que el contratista debe ajustar y adecuar las garantías exigidas dentro del contrato a las modificaciones introducidas al contrato frente al objeto, valor y en el tiempo, entre otros, lo cual se evidencia en la Guía FG/006 del Acta de Adiciones en Valor al Contrato, carpetas de contratos y soportes en éstos.	Preventivo	N/A									
										5	De acuerdo a los perfiles definidos y cumplidos por el personal del área de Jurídica, un profesional del área se encarga de actualizar trimestralmente el Normograma a partir del reporte por alguno de los líderes de los diferentes procesos Institucionales, del cambio normativo y la verificación de la aplicabilidad para la ESE, vinculando el Normograma con enlaces digitales en línea con las entidades responsables de actualizar las normatividad, en relación a las normas Institucionales a nivel estratégico, la cual se publica en la web e intranet de la ESE, con el fin de mantener actualizado el marco normativo general aplicable a la Institución y facilitar la consulta en línea de las modificaciones del mismo. Evidencia en el Normograma publicado. Adicionalmente el personal de jurídica se capacita y actualiza en forma individual por autocontrol y en forma grupal en reuniones con la Jefe del Servicio y consultan en forma permanente la actualización normativa en los procesos transversales.	Preventivo	N/A									
										6	Desde el Manual de Contratación se tiene estipulada (art 12, 18, 19, y 32) los reportes a las plataformas digitales por parte del área de Jurídica y por Logística en relación a los contratos con formalidades plenas y las ordenes de compra (sin formalidades plenas) respectivamente. Así mismo en el proceso PTC001-002 de Perfección y Legalización de Contratos, se define el reporte en las plataformas digitales. Lo cual se verifica anualmente a través de las auditorías efectuadas desde Gestión Jurídica y la Oficina de Control Interno, con informe de resultados al CIGyD y/o Comité Coordinador de Control Interno, donde se toman decisiones para el cumplimiento oportuno de los mismos.	Correctivo	N/A es control anual y correctivo ya que aporta a otros controles.									

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Macro Proceso	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad Inherente	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Nro control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora	
20 Gestión Logística	Posibilidad de afectación económica por inversiones innecesarias	Si	Operativa	Cambios en el Interacción de los procesos	Ausencia de la verificación de disponibilidad de recursos físicos y / o económicos internamente	Económico	Media	Mayor	Alto	1	El auxiliar administrativo de logística responsable de la recepción administrativa diariamente de lunes a viernes realizar la recepción administrativa, para garantizar el cumplimiento de las condiciones pactadas de acuerdo con el procedimiento PGL002-09 "Recepción Administrativa", el cual verifica según lista de chequeo establecida por la E.S.E. el producto recibido VS el solicitado, y las cantidades y precios, identificando las novedades e informándolas en el formato establecido al proceso de ingreso de facturas para su respectiva gestión. Evidencia: actas de recepción, informe de reporte de novedades.	Preventivo							
										2	Anualmente, de acuerdo a los proyectos aprobados y a lo establecido en los procesos y procedimiento de selección, evaluación y vinculación, así como con las etapas precontractuales y el cronograma definido por jurídica para cumplir con el proceso contractual; se realiza un proceso de preselección, para el cual dependiendo del insumo, material o servicio requerido se solicita el concepto técnico del experto en contenido (química farmacéutica, jefe de laboratorio, sistemas de la información, jefe de Única) quienes validan condiciones de marca, Invima, habilitación por ente territorial y CUM; de forma simultánea una auxiliar administrativa de logística valida la documentación legal y definida por la ESE que aporta el proveedor a partir de la lista de chequeo establecida, así mismo la Jefe de Logística o uno de los analista de compras realizan el análisis de costo y valores agregados de las propuestas recibidas; como resultado final de los 3 procesos se realiza la preselección de 3 opciones que se presenta al Comité de Contratación, Inversión y Tecnología para su aprobación, aportando los soportes requeridos sobre los criterios de calidad y costos con el fin de garantizar el cumplimiento de los mismos que dan confianza en la calidad de los productos y seguridad para el paciente. A los proveedores nuevos se les realiza la validación del Certificado de Distribución Autorizado directamente con los laboratorios para comprobar autorización de distribución, que se valida por el analista de compras. Si es proveedor exclusivo, se realiza análisis de costo contra otras marcas con el fin de definir negociación del valor de contratación. De no cumplir con los requisitos definidos, el proveedor se excluye del proceso de selección. Adicionalmente, el comité de contratación, inversión y tecnología se reúne mensualmente para analizar la ejecución del plan de adquisiciones y necesidades adicionales que surgen durante la vigencia, en caso de requerir nuevas contratación se realizar el procedimiento anteriormente descrito. Evidencia: Listas de chequeo, carpetas de los proveedores- contratos, soportes validados, Plan anual de adquisiciones y/o modificaciones aprobado y acta de comité de contratación, inversión y tecnología aprobada.	Preventivo							
										3	El comité de contratación, inversión y tecnología, mensualmente analiza las necesidades y las solicitudes de nueva tecnología y/o renovación tecnológica, frente a la planeación estratégica y recursos disponibles, aplicando el control para inversión en tecnología: procedimiento PGL001-03 hace parte del proceso de adquisición de gestión de tecnología; cuyo propósito es evaluar y decidir la pertinencia de la necesidad, el impacto en la prestación del servicio y la disponibilidad de recursos. Evidencia: actas del comité de contratación, inversión y tecnología, correos electrónicos informando la decisión del comité.	Preventivo							
										4	La jefe de gestión Logística de acuerdo a los criterios definidos para el aprovisionamiento, elabora el Plan Anual de Adquisiciones, para garantizar agilidad y oportunidad en la reposición del stock de los inventarios, por parte de los analistas y auxiliares de compras y auxiliares del servicio farmacéutico, se realiza revisión de saldos para los productos de alto volumen y alta rotación el 1er día hábil de cada semana y para el resto de productos se realiza en la 3ra semana del mes para provisionar y ajustar los stock de acuerdo al movimiento y poder dar respuesta a los requerimientos diarios que se presenta. En caso de no contar con insumo requerido en el stock, o despacho oportuno por el proveedor, se tiene proveedor alternativo, se aplica el procedimiento para la evaluación de productos para el cambio de marca, se solicita préstamo entre IPS. Llevando un registro de los requerimientos de acuerdo a las necesidades vs cantidades en el stock y la programación de entregas parciales con proveedores para generar el indicador de Disponibilidad. Evidencia: Plan de Compras aprobado, solicitudes a compras, factura ingresada-insumo en inventario, correos electrónico, seguimiento a la disponibilidad de insumos vs referencias requeridas, indicador de Disponibilidad.	Preventivo							
										5	El analista de compras realiza seguimiento semanal al cumplimiento por parte del proveedor de las entregas sobre las órdenes de compra y/o despacho generadas y que se encuentran pendientes de entrega. Adicionalmente, desde el servicio farmacéutico de acuerdo a la asignación de actividades, llegan alertas sobre productos solicitados que no han llegado o productos que están próximos a agotarse o están agotados. Con el fin de detectar oportunamente agotados o suficiente disponibilidad de insumos buscando alternativas para no afectar la prestación de servicios. Evidencia: orden de compra cumplida, indicador de oportunidad del área, evaluación anual de proveedores, trazabilidad en el sistema de información de la orden de compra y/o despacho.	Preventivo							
														Muy Baja	Mayor	Alto	Reducir	Acción 1 Capacitación al personal en realizar adecuadamente la verificación de inventarios antes de realizar compras e inversiones en equipos, insumos y/o servicios, que puedan ser asumidos con recursos ya existentes en la institución.	

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Macro Procesos	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad Inherente	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Nro control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora									
20 Gestión Logística	Posibilidad de afectación económica y de la imagen institucional ante incumpliendo con la normatividad vigente, parámetros de calidad, técnicos y administrativos previamente establecidos por la ESE.	SI	LAFT	Legal	Falta de adherencia a los manuales de procesos y procedimientos de contratación, supervisión y del proceso de gestión logística definidos en la E.S.E, que contienen controles para mitigar el riesgo	Económico y Reputacional	Medio	Catastrófico	Extremo	1	Bajo el principio y derecho fundamental de la vida, la Jefe de Logística de acuerdo al proceso de compras, en los casos en que la vida de un paciente depende de la consecución inmediata de un medicamento, insumos, dispositivos medicos y/o tecnología biomédica con el cual no se cuenta en la ESE o no se pueda suministrar por el grupo de proveedores con los cuales se tenga contrato, o no se pueda conseguir con otra IPS, se cuenta con la autorización desde la Gerencia de la ESE para autorizar de acuerdo a los límites de cuantía definidos, la compra sin la previa verificación del cumplimiento de los requisitos y pasos de preselección y selección de proveedores nuevos definidos en el Manual de Contratación, a excepción de la verificación previa del cumplimiento de las condiciones técnico científicas y autorización del INVIMA para el uso y pertinencia del insumo o material medico o tecnológico requerido de acuerdo a la patología del paciente notificada por el especialista o medico tratante, notificando al nuevo proveedor que se hará el pago luego de que se cumpla con el suministro de la documentación legal y determinada por el hospital; este proceso con el fin de proporcionar y garantizar con la mayor oportunidad posible el insumo o tecnología medica o biomédica requerida para salvaguardar la vida de los pacientes. Evidencia: Manual de proceso y procedimiento para esta eventualidad autorizado por la gerencia, el soporte de lo notificado al proveedor, el requerimiento del especialista, la historia clínica del paciente, los soportes contractuales, correos electrónicos con trazabilidad y formato de solicitud a compras Servinte.	Correctivo	N/A es un control detectivo.														
										2	A partir del Manual de Contratación se elaboró la lista de chequeo relacionando los documentos mínimos exigidos por norma y los estipulados por la ESE y el proceso para gestionar los contratos con proveedores y condiciones específicas en la entrega de productos o servicios que requieren garantía de calidad y seguridad en su uso, con el fin de minimizar los riesgos del paciente y riesgos en salud ocupacional, con el fin de establecer los elementos de protección personal para mitigar los efectos de los mismos. Esta lista es validada por la auxiliar administrativa de compras y el profesional de compras en la fase precontractual y cada vez que se vaya a generar un contrato, los soportes se archivan en la carpeta del contrato, conservando soportes digitales de los documentos presentados por el proveedor, adicionalmente cada semana se realiza seguimiento de los documentos faltantes por parte del auxiliar administrativo de contratos y el profesional de compras asignado a la ejecución del contrato. Así mismo los expertos en contenido de acuerdo a producto a comprar valida los soportes posteriores que debe suministrar el proveedor para garantizar la pertinencia y cumplimiento de especificaciones. Al detectarse incumplimiento de requisitos desde la fase precontractual se notifica por correo electrónico al proveedor para aportar los documentos o soportes faltantes dentro de las 48 horas subsiguientes, subsanando y garantizando el cumplimiento de los requisitos legales e Institucionales para la ejecución del contrato y/o sus modificaciones. Igualmente desde Gestión Jurídica se realiza 1 auditoría anual al 100% de los contratos verificando los soportes legales y en caso de faltantes requieren al supervisor quien debe subsanar el hallazgo. Evidencia: carpetas de contratos con soportes legales, reporte informe de la auditoría de Jurídica, archivo auditoría de contratos de gestión logística.	Preventivo	N/A														
										3	El ayudante conductor que maneja el vehículo del hospital, verifica diariamente sus "lista de chequeo de seguridad vial" definida en la normatividad tanto de la funcionalidad como de las condiciones del vehículo y documentos legales del mismo como se especifica en el Manual de Funciones, con el fin de identificar riesgos en el ejercicio de sus funciones o para dar cumplimiento a la norma. El reporte y seguimiento del cumplimiento de las condiciones de seguridad vial se realizan desde el SGGST. Una de las analistas de compras verifica quincenalmente el SIMIT, (reportado de multas) con el fin de detectar oportunamente las multas cargadas al vehículo del hospital. Sin excepción alguna. Evidencia: Listas de chequeo diligenciadas, pantallazos de la consulta del SIMIT, pagos normativos que aplican.	Preventivo	N/A														
										4	Anualmente, de acuerdo a los proyectos aprobados y a lo establecido en los procesos y procedimiento de selección, evaluación y vinculación, así como con las etapas precontractuales y el cronograma definido por jurídica para cumplir con el proceso contractual; se realiza un proceso de preselección, para el cual dependiendo del insumo, material o servicio requerido se solicita el concepto técnico del experto en contenido (química farmacéutica, jefe de laboratorio, sistemas de la información, jefe de Unica) quienes validan condiciones de marca, Invima, habilitación por ente territorial y CUM; de forma simultanea una auxiliar administrativa de logística valida la documentación legal y definida por la ESE que aporta el proveedor a partir de la lista de chequeo establecida, así mismo la Jefe de Logística o uno de los analista de compras realizan el análisis de costo y valores agregados de las propuestas recibidas; como resultado final de los 3 procesos se realiza la preselección de 3 opciones que se presenta al Comité de Contratación, Inversión y Tecnología para su aprobación, aportando los soportes requeridos sobre los criterios de calidad y costos con el fin de garantizar el cumplimiento de los mismos que dan confianza en la calidad de los productos y seguridad para el paciente. A los proveedores nuevos se les realiza la validación del Certificado de Distribución Autorizado directamente con los laboratorios para comprobar autorización de distribución, que se valida por el analista de compras. Si es proveedor exclusivo, se realiza análisis de costo contra otras marcas con el fin de definir negociación del valor de contratación. De no cumplir con los requisitos definidos, el proveedor se excluye del proceso de selección. Adicionalmente, el comité de contratación, inversión y tecnología se reúne mensualmente para analizar la ejecución del plan de adquisiciones y necesidades adicionales que surgen durante la vigencia, en caso de requerir nuevas contrataciones se realiza el procedimiento anteriormente descrito. Evidencia: Listas de chequeo, carpetas de los proveedores- contratos, soportes validados, Plan anual de adquisiciones y/o modificaciones aprobado y acta de comité de contratación, inversión y tecnología aprobada.	Preventivo	soportar desde los estudios previos la correcta planeación con la justificación a partir del análisis de mercado y la necesidad.														

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Macro Procesos	Descripción del Riesgo	¿Riesgo de Corrupción?	Categoría o tipologías	Subcategorías	Causa Raíz	Impacto	Probabilidad Inherente	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Nro control	Descripción del Control	Tipo de control	Acción al control	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Zona de riesgos residual	Opción de manejo seleccionada	Plan de mejora
20 Gestión Logística	RLAFT-7-8 y 9 Posibilidad de afección económica y de la imagen Institucional ante relaciones comerciales con clientes o contrapartes nacionales o internacionales reportados o no en listas cautelares pero relacionados con el contrabando, lavado de activos o financiación del terrorismo.	SI	LAFI	Reputacional, Legal	Falta de adherencia a los procesos y procedimientos del SARLAFT en lo referente al reporte de los contratos con proveedores para la debida diligencia.	Económico y Reputacional	Media	Mayor	Alto	1	El proceso de gestión logística solicita la validación en listas cautelares de todos los proveedores con los que se está gestionando una relación comercial (contratos con y sin formalidades plenas). Para los contratos con formalidades plenas el auxiliar administrativo de contratación hace entrega al área jurídica la solicitud de contratación quien realiza la validación de los requisitos exigidos por norma y la ESE, entre ellos la declaración de procedencia de fondos definidos en el SARLAFT con el fin de legalizar los contratos, desde el área jurídica se verifica nuevamente el cumplimiento y soporte legales suministrados por el proveedor y verifica igualmente las listas cautelares y otros requisitos legales. Jurídica notifica a la Oficial de Cumplimiento- jefe de calidad la vinculación con el proveedor, y desde allí nuevamente se realiza la debida diligencia y consulta en listas cautelares reportando al proceso de jurídica y logística los posibles riesgos. Adicionalmente, para los contratos sin formalidades plenas, el profesional de compras (encargado de gestionar la compra) escala solicitud de validación en listas cautelares a la Oficial de Cumplimiento - jefe de calidad, antes de solicitar la codificación del proveedor. En caso de encontrar al proveedor en listas cautelares o con algún riesgo de estar asociada a LAFI, se notifica a jurídica para tomar la decisión de suspender la contratación y pasar a segunda opción. Evidencia, listas de chequeo, correo electrónico, lista de Stradata. Soporte en carpeta de contratos.	Preventivo	N/A	Baja	Mayor	Alto	Reducir	Acción 1 Preventiva: Fortalecer el conocimiento del SARLAFT en el equipo de trabajo de Logística.

Matriz de Riesgos de Corrupción- 2021 (a gestionarse entre junio 2021 – junio 2022), publicada en la página web de la ESE HMUA

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



3.2 Componente 2: Antitrámites - Racionalización de Trámites

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, cartelera 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 la vigencia 2021 se racionalizaron los siguientes trámites de cara al ciudadano:

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



- Radiología e imágenes diagnósticas: Reingeniería del proceso y renovación de tecnología biomédica e informática
- 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

Las acciones se desarrollan en dos subcomponentes con un total de cuatro (4) actividades, así:

COMPONENTE 2: ANTITRAMITES					
Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución	
Subcomponente 1 Planificación- Identificación y Priorización de Tramites	1.1	Publicar en el SUIT el formulario de identificación de trámites y procesos	Publicación en el SUIT	Planeación	Enero a Diciembre de 2022
	1.2	Trámites y procedimientos publicados en la WEB con link que vincule a los trámites registrados en SUIT	Publicar el 100% de los trámites en la WEB con link que redirecciona a los trámites del SUIT.	Calidad	Enero a Diciembre de 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha	
Subcomponente 2 Acciones antitramites y Controles de tramites y procedimientos	2.1	Total tramites en proceso de racionalización u optimización publicados en SUIT	% cumplimiento del plan de racionalización y optimización de trámites. Meta: >=80%	Calidad	Enero a Diciembre de 2022
	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	Calidad	Enero a Diciembre de 2022
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO SEGUNDO COMPONENTE - ANTITRÁMITES					

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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

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

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



transparencia de la gestión de la Administración Pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno.

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.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS

Subcomponente	Actividades	Indicadores	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 1 Información de calidad y en lenguaje comprensible	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	Líder de Planeación. Calidad- 2da Línea de Defensa	Mayo de 2022
	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, concretar las fechas para cumplir cada actividad	Acta de comité con mínimo 30 días de anticipación a la rendición, con estrategias definidas.	Jefe de Mercadeo y Ventas Comunicadora	Feb a Abr 2022
	1.3 Publicar oportunamente en la página web de la ESE, el informe de gestión de la Entidad de la vigencia anterior, incorporando el resultado de los tramites de la PQRS, temas normativos y de interés.	Informes (1) y formatos publicado oportunamente (<30 días de la audiencia pública)	Líder de Planeación - Calidad y comunicadora	Antes de 30 de abril 2022
	1.4 Divulgar por diversos canales de comunicación píldoras informativas del informe de rendición de cuentas para todos los grupos de valor.	Mínimo 5 píldoras informativas desplegadas a través de diferentes canales de comunicación	Líder de Planeación - Calidad y comunicadora	Marzo a Julio de 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2.1 Aprovechando las jornadas del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC, realizar ferias de diálogo con la ciudadanía (ejercicios participativos), dando a conocer el informe de rendición de cuentas e identificando necesidades informativas de los diferentes grupos de valor	Mínimo 10 ferias de dialogo con la ciudadanía, donde se dio a conocer el informe de rendición de cuentas y se captaron necesidades de información de los diferentes grupos de valor	Líder de Planeación - Calidad y comunicadora	Marzo a Diciembre de 2022
	2.2 Realizar audiencia pública de rendición de cuentas, generando estrategias de 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. (100%)	Mercadeo y Ventas (Comunicadora, SIAU)	Febrero a abril de 2022
	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 directo con las Juntas de Acción Comunal, Asociaciones de usuarios, veedores y publicar informe en la web.	Total espacios de participación y diálogo donde el hospital participa (mínimo 6 espacios, con asistencia de directivos y de otros funcionarios para rendición de cuentas, publicado en la web. <i>nota: esta actividad dependerá de las condiciones de la contingencia con el COVID-19 y el acceso a comunicación virtual.</i>	Gerencia Jefe de Mercadeo y Ventas Comunicadora	Enero a diciembre 2022

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Subcomponente	Actividades	Indicadores	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3.1 Resocializar con el comité de rendición de cuentas el Manual y reglamento de Rendición de Cuentas	Proporción de integrantes del comité de rendición de cuentas que recibieron capacitación en el Manual de Rendición de Cuentas de la ESE	Líder de Planeación - Calidad y comunicadora	Feb a Abr 2022
	3.2 Diseñar e implementar capacitación en rendición de cuentas y control social, para cliente interno	Proporción de funcionarios capacitados en la rendición de cuentas y control social (>=30% del total de funcionarios y contratistas) Calificación promedio >=8.5	Líder de Planeación. Calidad - 2da Línea de Defensa	Febrero a abril de 2022
	3.3 Publicar y consultar los formularios sobre las preguntas formuladas por los usuarios, para dar respuesta oportuna a las mismas.	Índice de satisfacción en la Audiencia de rendición de cuentas (logrando una satisfacción superior al 90%)	Jefe de Mercadeo y Ventas Comunicadora	Abril y mayo de 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1 Publicar en la página web de la E.S.E., los resultados en la audiencia pública de rendición de cuentas, así como el nivel de satisfacción sobre la audiencia pública.	Oportunidad en la publicación en la página de la Supersalud de la información requerida en cuanto a los resultados. (<=20 días de realizada la audiencia).	Jefe de Mercadeo y Ventas Comunicadora Jefe de calidad y planeación	Mayo de 2022
	4.2 Actualizar encuesta de satisfacción de la ciudadanía frente a los trámites publicada en la página web y medir la percepción de la comunidad frente a los trámites existentes. Gestionar mejoras a partir de los resultados.	Índice de percepción de usuarios frente a los trámites institucionales existentes (satisfactorio >80% de los encuestados)	Líder de Planeación. Calidad- 2da Línea de Defensa	Abril a Noviembre de 2022
	4.3 Incluir en el Plan de participación Social en Salud un ejercicio de participación ciudadana para identificar percepción de los ciudadanos frente a trámites inscritos en el SUIT, consultando cuales perciben más engorrosos, complejos, costosos, etc. y medir la percepción de la comunidad frente a los trámites existentes y sugerencias de mejora.	Total usuarios externos (mínimo 20) que participan de la identificación de percepción frente a la complejidad y el costo de los trámites resgitrados en el SUIT	Líder de Planeación. Calidad- 2da Línea de Defensa Jefe de mercadeo	Marzo a Diciembre de 2022
	4.4 Reporte y seguimiento a las manifestaciones de inconformidad manifestadas por el usuario sobre los tramites para obtener acceso a los servicios.	% de inconformidades manifiestas en relación a los trámites del total de tramites gestionados (<0,1%=100%). (total quejas / total tramites)	Jefe de mercadeo- SIAU Jefe de calidad y planeación	Enero a Diciembre de 2022

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



3.4 Componente 4: Mecanismos para mejorar el Servicio al Ciudadano

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:

- a) Estructura administrativa y direccionamiento estratégico
- b) 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.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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.

A partir de la vigencia 2018 se adopta la Política de Participación Ciudadana y se implementa el Plan de Participación Social en salud, con un cumplimiento para la vigencia de 100%. En la vigencia 2020 se documenta:

- Diagnóstico Situacional y Caracterización de la Población
- Protocolo Para El Acompañamiento De Familias De Los Pacientes Recién Nacidos De La Unidad Neonatal
- Protocolo De Actuación En Situaciones De Duelo Durante La Pandemia Covid-19
- Instructivo de teleorientación
- Instructivo Estrategias Para Difusión De Información Para La Prevención, Manejo Y Control Del Covid-19
- Instructivo Medidas De Prevención, Mitigación Del Contagio Y Atención En Salud De Las Personas En Condición De Discapacidad

Adicionalmente se actualiza el documento “Instructivo Carta de Derechos y Deberes y Ejercicio de derecho”, incluyendo los siguientes derechos diferenciales:

- Víctimas de conflicto armado
- Víctimas de violencia de genero
- Población indígena
- Población ROOM
- Población negra – afrodescendiente
- Población raizal
- Población palenquera
- Población LGTBI
- Derechos de la mujer

Adicionalmente en el año 2019 se implementa el Plan de Participación Social en Salud para cada vigencia, el cual el año 2021 queda con un cumplimiento general de ejecución del 98.28%

A través de la Resolución 1861 de octubre de 2020, la E.S.E adopta formalmente la Carta de Trato Digno, la cual se encuentra publicada en la página web de la institución, en la URL: <https://www.hospitalmua.gov.co/index.php/2014-11-12-15-03-39/2014-11-12-15-39-04/carta-de-trato-digno>

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



De acuerdo a la evaluación del cierre del 2021, se proyectarán las siguientes acciones para el 2022:

COMPONENTE 4: SERVICIO AL CIUDADANO				
Subcomponente	Actividades	Indicador	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1 Implementar acciones prioritizadas del plan de inversión frente al autodiagnóstico de la NTC6047. Presentar informe de gestión al CIGYD	Proporción de cumplimiento de las acciones prioritizadas que lleven a aumentar el porcentaje den el autodiagnóstico de la NTC6047. (>=80%) Informe presentado al CIGYD	Jefe de calidad y planeación Jefe de mercadeo Jefe de Ambiente Físico	Mayo a octubre de 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención	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 2022
	2.2 Diseñar pildoras 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 2022
	2.3 Avances en la implementación al plan de acción para mejorar la asignación de citas médicas (<i>Propuesta de la comunidad</i>)	Porcentaje de cumplimiento del plan de acción formulado en la vigencia 2022 para mejorar la asignación de citas médicas	Gestión Servicios	Enero a Diciembre de 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 3 Talento humano	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 2022
	3.2 Actualizar capacitación de la plataforma de formación virtual en Modelo de atención centrado en el paciente y su familia	Proporción de funcionarios capacitados en Modelo de atención centrado en el paciente y su familia (>=30% del total de funcionarios y contratistas) Calificación promedio >=8.5	Jefe de calidad y planeación	Febrero a Diciembre de 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 4 Normativo y procedimental	4.1 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	Abril, agosto y Diciembre 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 5 Relacionamiento con el ciudadano	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 trasladadas que no son de competencia de la E.S.E.	Jefe de Mercadeo y Ventas (Oficina de Atención al Usuario) Oficina de eControl Interno	Febrero, abril, julio, octubre, 2022
	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 recibido (meta >=95%)	Jefe de Mercadeo y Ventas (Oficina de Atención al Usuario)	Enero a Diciembre 2022

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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

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.

Teniendo en cuenta los resultados de gestión 2021 se proyectan las siguientes acciones para la vigencia 2022:

COMPONENTE 5: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN (Ley 1712/2014)				
Subcomponente	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	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 2021
	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	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	Abril a Dic de 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1 Implementar el sitio "Participa" de la página web, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1519 de 2020 de MinTIC,	Sitio de la página web "Participa" implementado en cumplimiento de los requisitos de la Resolución 1519 de 2020 de MinTIC.	Jefe de Mercadeo y Ventas (Comunicaciones)	Enero a abril de 2022

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 3 Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	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: v. Registro de Activos de Información w. Índice de Información Clasificada y Reservada	Jefe Sistemas de Información- Submesa de Archivo Administrativo y Gobierno Digital	Abril a Noviembre de 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	4.1 Dar continuidad a la actualización de la información publicada en el link "ATENCIÓN Y SERVICIO A LA CIUDADANIA" 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" >=80%	Jefe de mercadeo y ventas SIUA Jefes de Procesos	Febrero a Diciembre de 2022
	4.2 Capacitar al personal que ingresa a la E.S.E en lenguaje claro	Meta: de acuerdo al plan de capacitaciones institucional.	Jefe de talento humano	Febrero a diciembre de 2022
	4.3 Documentos nuevos publicados que cumplen con los criterios de accesibilidad y usabilidad al usuario en la sección de transparencia	Total de documentos nuevos publicados que cumplen con los criterios de accesibilidad y usabilidad al usuario en la sección de transparencia >= 80% de los	Jefe de mercadeo y ventas SIUA Jefes de Procesos	Febrero a Diciembre de 2022
Subcomponente	Actividades	Indicador y Meta	Responsable	Fecha
Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.1 Presentar al CIGyD cuatrimestralmente el resultado del seguimiento realizado al esquema de publicaciones	Total informes presentados al CIGyD sobre el cumplimiento del esquema de publicación de la ESE	Jefe de mercadeo - Comunicadora	Abril, Agosto y Noviembre 2022
	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.	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>	Comunicaciones	Abril a Noviembre de 2022

3.6 Componente 6: Integridad (componente adicional).

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.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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.

A continuación, se relacionan las acciones de integridad que se ejecutarán durante la vigencia 2022:

COMPONENTE 6: ADICIONAL DE INTEGRIDAD					
Subcomponente 1 Implementación del código de integridad	1.1	Implementar acciones priorizadas 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 priorizadas a implementarse para el 2021, en el autodiagnóstico "3.5 "Integridad " del MIPG (>=90%)	Jefe de calidad y planeación	Marzo a Dic de 2022
	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 implementadas)	Jefe de talento humano	Febrero a Diciembre de 2022
	1.3	Diseñar e implementar capacitación en Integridad y ética de lo público, para clientes internos	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 2022
	1.4	Diseñar e implementar capacitación en conflictos de interés para clientes internos	Proporción de funcionarios capacitados en conflictos de interés (>=40 % del total de funcionarios y contratistas) Calificación promedio >=8.5	Jefe de talento humano	Febrero a Diciembre de 2022
	1.5	Diseñar e implementar capacitación en enfoque de género y protocolo de hostigamiento sexual, para clientes internos	Proporción de funcionarios capacitados en enfoque de género y protocolo de hostigamiento sexual (>=30% del total de funcionarios y contratistas) Calificación promedio >=8.6	Jefe de talento humano	Febrero a Diciembre de 2022
	1.6	Incluir en los mapas de riesgo de procesos la identificación de riesgos y controles relacionados con los conflictos de interés. Clasificar como riesgos de corrupción	Proporción de procesos en los cuales se incluye en la matriz de riesgos, la identificación de riesgos y controles relacionados con los conflictos de interés.	Líder de Planeación. Calidad - 2da Línea de Defensa Jefe de Control Interno Jefes de procesos	Mayo de 2022

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.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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 Anual.

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

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



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.

8. Anexos

Anexo 1: Mapa-Matriz de riesgos de corrupción por procesos 2021 (a gestionarse entre junio 2021 – junio 2022), la cual se actualiza entre mayo y junio de cada vigencia, se publica en web.

Anexo 2: Formato de Seguimiento a la rendición de informes a entes de vigilancia y control.

*El presente Plan fue aprobado por la Gerencia de la ESE HMUA, mediante la
Resolución 131 del 27 de enero de 2022 de la Gerencia de la ESE
para su implementación y cumplimiento.*

ANEXO 2

Formato de Seguimiento a la rendición de informes a entes de vigilancia y control

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



E.S.E. HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL

ANEXO 4.1. SEGUIMIENTO A RENDICIÓN DE INFORMES DE LEY POR LA ESE HMUA A LOS ENTES DE VIGILANCIA Y CONTROL

OBJETIVO: Este aplicativo es para el seguimiento en la oportunidad del envío de la información requerida por los diferentes Entes de Vigilancia y Control, a realizarse por la Oficina de Control Interno de la ESE HMUA, además servirá como soporte en las auditorías externas efectuadas por los Entes de Vigilancia y Control.

Nro	Nral de la Guía	ENTIDAD A LA QUE SE LE RINDE	INFORME A ENTREGAR	FUNDAMENTO O EXIGENCIA LEGAL	RESPONSABLE DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	PROCESO RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	PERIODICIDAD	FECHA DEL REPORTE														
									Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
1	4.1.1	DAFP	MECI	Decreto 2145 de 1993, Circular 100-009 de 2013 y otras circulares que lo	Gloria Patricia Rios	Control Interno	Gloria Patricia Rios	anual, antes del 28 de febrero		28													
2	4.1.2	DAFP	Ley de cuota	Circular 03-100 Agosto 2014, artículo 12 de la ley 561 de 2000 y las circulares que lo	Alonso Rengifo	Gestión del Talento Humano	Gladys Davila Alonso Rengifo	Anual, antes del 20 de octubre												20			
3	4.2.1	SSSA	Novedades de servicios	Resolución 123 de 2012 y Resolución 2003 de 2014	Elizabeth Iglesias	Gestión de la Calidad-Habitación	Elizabeth Iglesias	Por evento															
4	4.2.2	SSSA	Eventos en la aplicación de las transfusiones	Decreto 1571 DE 1993, por el cual se reglamenta parcialmente el título IX de la ley 09 de 1979, artículo 70.	Procesos asistenciales	Habitación Central de Transfusiones	Angela Jaramillo	Por evento, mes vencido para enviar con estadística (dentro de los 10 primeros días de cada mes)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
5	4.2.3	SSSA	Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)	Resolución 3374/2000 y Resolución 951/2002.	Gestión de servicios-facturación	Gestión financiera	Maria Fanny	Mensual, los primeros 10 días de cada mes	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
6	4.3.1	SSSA e INVIMA	Eventos de Seguridad relacionados con el uso de medicamentos y dispositivos médicos	Decreto 2200 de 2005, resolución 1403 de 2007, Circular 600-0326 de 31 de Octubre de 2012	Carlos monterosa y Aracelly Moncada	Servicio Farmaceutico	Aracelly Moncada	Bimestral, 5 últimos días hábiles de cada bimestre, eventos serios dentro de las 72 horas luego de su detección. Si no hay eventos se reporta que no hubo.	6		5			5				5					5

Nro	Nral de la Guía	ENTIDAD A LA QUE SE LE RINDE	INFORME A ENTREGAR	FUNDAMENTO O EXIGENCIA LEGAL	RESPONSABLE DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	PROCESO RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	PERIODICIDAD	FECHA DEL REPORTE														
									Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
7	4.4.1.	Secretaría Local de Salud de Envigado	Muertes perinatales	Decreto 3518 de 2006 capítulo II	Elizabeth Iglesias	Gestión de la Calidad y vigilancia epidemiológica	Elizabeth Iglesias	Semanal															
8	4.4.2.	Secretaría Local de Salud de Envigado	Morbilidad materna extrema	Decreto 3518 de 2006 capítulo II	Elizabeth Iglesias	Gestión de la Calidad	Elizabeth Iglesias	Semanal															
9	4.4.3.	Secretaría Local de Salud de Envigado	Informe de quejas y reclamos	Ley No. 1437 del 18 de enero de 2011	Maria Eugenia Estrella	Atención al usuario	Maria Eugenia Estrella	Por solicitud (dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su recepción)															
10	4.4.4.	Secretaría Local de Salud de Envigado	Reportes de referencia y contrareferencia	Resolución 4331 de 2012	Liliana Molina	Mercadeo	Liliana Molina	Por solicitud (sujeto a auditoría)															
11	4.4.5.	Secretaría Local de Salud de Envigado	Vigilancia epidemiológica Enfermedades de interés público	Decreto 15621/1994 y Decreto 3518/2006	Procesos asistenciales	Sistemas de Información / Estadística	Liliana María López Main Auxiliar Administrativo	Semanal															
12	4.4.6.	Secretaría Local de Salud de Envigado	Estadísticas vitales (nacidos vivos y defunciones): RUJAF	Decreto 1171/1997, Circular 081/2007, Circular Externa 191/2007 y Circular Externa 064/2008	Ginecobstetricia, urgencias, UCIs, Hospitalización,	Sistemas de Información / Estadística	Meliza Quintero Gómez Auxiliar	Semanal															
13	4.4.7.	Secretaría Local de Salud de Envigado	Actualización Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios	Norma de Habitación, Actual 2003 de 2014	Pedro Claver Velásquez Mesa	Gestión del Ambiente Físico y Medio Ambiente /	Pedro Claver Velásquez Mesa, Técnico	Mínimo cada año															
14	4.4.8.	Secretaría Local de Salud de Envigado	Formulario RHI e Informe de Seguimiento al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares	Ley 31/1979, Decreto 351 de 2014, Decreto 2678/2000, Ley 715/2001, Decreto 1663/2002, Resolución 1164/2002, Decreto 4126/2005, Decreto 1575/2007, Resolución 2151/2007, Ley 1122/2007,	Gestión del Ambiente Físico y Medio Ambiente	Gestión del Ambiente Físico y Medio Ambiente	Pedro Claver Velásquez Mesa	Semestral, antes del 31 de enero y del 31 de julio														30	
15	4.4.9.	Secretaría Local de Salud de Envigado	Plan bianual de inversiones	Resolución 01985 DE 2013, Ley 1608 de 2013	Jefe de planeación y proyectos	Planeación y proyectos	Elkin Palacio Herrera	bianual, del 15 al 30 de marzo de cada 2 años.			30												

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Nro	Nral de la Guía	ENTIDAD A LA QUE SE LE RINDE	INFORME A ENTREGAR	FUNDAMENTO O EXIGENCIA LEGAL	RESPONSABLE DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	PROCESO RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	PERIODICIDAD	FECHA DEL REPORTE													
									Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
16	4.4.10	Secretaría Local de Salud de Envigado	Reporte de Quemados y lesiones con polvorá	Circular SSSA	Dalmiro Estadística,	Sistemas de Información	Lina Gil Meliza Quintero G	Diario desde noviembre, hasta enero de cada año														
17	4.4.11	Secretaría Local de Salud de Envigado	Reporte registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública	Resolución 4505 de 28 diciembre de 2012	Estadística	Sistemas de Información	Lina Gil Meliza Quintero G	Trimestral, dentro de los 30 días calendario sgte a vencer tmt	31			30			31			30				
18	4.5.1	CoAntioquia	Formulario RH1 y Informe de Seguimiento al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares	Ley 911979, Decreto 351 de 2014, Ley 715/2001, Decreto 1669/2002, Resolución 1164/2002, Decreto 4126/2005, Decreto 1575/2007, Resolución 2115/2007, Ley 1122/2007,	Gestión del Ambiente Físico y Medio Ambiente	Gestión del Ambiente Físico y Medio Ambiente	Pedro Claver Velásquez Mesa	Semestral, antes del 31 de enero y 31 de julio de cada año	30						30							
19	4.5.2	CoAntioquia	RESPEL: Residuos Peligrosos	Ley 91979, Decreto 351 de 2014 Ley 715/2001, Decreto 1669/2002, Resolución 1164/2002, Decreto 4126/2005, Decreto 1575/2007, Resolución 2115/2007, Ley 1122/2007, Resolución 082/2010	Coordinador mantenimiento	Gestión del Ambiente Físico y Medio Ambiente	Pedro Claver Velásquez Mesa	Anual, Antes del 30 de marzo			27											
20	4.6.1	Instituto Nacional de Salud	Consumo de antibióticos intrahospitalario en UCI adultos y hospitalización adultos	Protocolo de vigilancia epidemiológica del consumo de antibióticos en el ambito intrahospitalario	Aracelly Moncada	Servicio Farmacéutico	Aracelly Moncada	Mensual, ultimo dia habil del mes posterior almes que se reporta	30	27	31	30	29	30	31	31	30	30	30	30	31	
21	4.6.2	Instituto Nacional de Salud	Infecciones asociadas a cuidado en salud de la UCI adulto y neonatal	Circular 045 del 23 de agosto de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.	Dr Urige Jefe de la unidad neonatal y Dra Victoria Angel Jefe de la UCI Adultos	Gestion de la Calidad	Lucelly Altate Jefe de Calidad - Comité de Infecciones	Mensual, dentro de los primeros quince dias	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

Nro	Nral de la Guía	ENTIDAD A LA QUE SE LE RINDE	INFORME A ENTREGAR	FUNDAMENTO O EXIGENCIA LEGAL	RESPONSABLE DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	PROCESO RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	PERIODICIDAD	FECHA DEL REPORTE													
									Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
22	4.7.1	Municipio de Envigado, Secretaría de Hacienda	Informes contables a diciembre 31	Circular 004 de 2012	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	Anual, 7 de febrero de cada año		7												
23	4.7.2	Municipio de Envigado, Secretaría de hacienda	Dicamen Revisoria Fiscal a diciembre 31	Circular 004 de 2013	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	Anual, 7 de febrero de cada año		7												
24	4.7.3	Municipio de Envigado, Secretaría de hacienda	Formulario CGN2005-001_Saldos y movimientos	Circular 004 de 2012	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	Semestral, 15 de febrero y 31 de julio de cada año.		15					31							
25	4.7.4	Municipio de Envigado, Secretaría de hacienda	SEUD- Informe de deuda publica	Circular 004 de 2012	Tesorero	Gestion financiera	Nanci Gutierrez	Mensual, el 10 de cada mes	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
26	4.7.5	Municipio de Envigado, Secretaría de hacienda	Acta de conciliación de operaciones reciprocas	Circular 004 de 2012	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	Trimestral, entre el 15 y 20 del mes siguiente al trimestre presentado.		15		15			15				15			
27	4.7.6	Municipio de Envigado, Secretaría de hacienda	declaración bimensual de declaración de ICA	Estatuto tributario del Municipio de Envigado	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	Bimensual, y la fecha de vencimiento es informada en la página de la Alcaldía en el link de Hacienda en la página www.envigado.gov.co.														
28	4.7.7	Municipio de Envigado, Secretaría de hacienda	Medios magnéticos de Industria y Comercio	Estatuto tributario del Municipio de Envigado	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	Anual, 30 de abril				30										
29	4.7.8	Municipio de Envigado, Secretaría de hacienda	Declaración de Industria y Comercio	Estatuto tributario del Municipio de Envigado	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	Anual, 30 de abril				30										

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Nro	Nral de la Guía	INFORMES DE LEY A REPORTAR		RESPONSABLES Y PERIODICIDAD				FECHA DEL REPORTE															
		ENTIDAD A LA QUE SE LE RINDE	INFORME A ENTREGAR	FUNDAMENTO O EXIGENCIA LEGAL	RESPONSABLE DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	PROCESO RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	PERIODICIDAD	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
30	4.8.1.	Contaduría General de la Republica	Formulario CGN2009_BDME_Informe semestral	Resolución 222 de 21 de diciembre de 2011, Ley 901 de 2004, ley 1066 de 2006	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	Semestral, 10 primeros dias del mes de junio y 10 primeros dias del mes de diciembre						9									9
31	4.8.1.1.	Contaduría General de la Republica	Formulario CGN2009_BDME_Incumplimiento acuerdo de pago semestral	Resolución 222 de 21 de diciembre de 2011, Ley 901 de 2004, ley 1066 de 2006	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	En el informe semestral si se presenta la novedad, los 10 primeros dias del mes de junio y diciembre.						9									9
32	4.8.1.2.	Contaduría General de la Republica	Formulario CGN2009_BDME_Retiros	Resolución 222 de 21 de diciembre de 2011, Ley 901 de 2004, ley 1066 de 2006	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	En el informe semestral si se presenta la novedad, los 10 primeros dias del mes de junio y diciembre.						9									9
33	4.8.1.3.	Contaduría General de la Republica	Formulario CGN2009_BDME_Cancelación de acuerdos de pago	Resolución 222 de 21 de diciembre de 2011, Ley 901 de 2004, ley 1066 de 2006	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	En el informe semestral si se presenta la novedad, los 10 primeros dias del mes de junio y diciembre.						9									9
34	4.8.1.4.	Contaduría General de la Republica	Formulario CGN2009_BDME_Actualización	Resolución 222 de 21 de diciembre de 2011, Ley 901 de 2004, ley 1066 de 2006	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	En el informe semestral si se presenta la novedad, los 10 primeros dias del mes de junio y diciembre.						9									9
35	4.8.2.	Contaduría General de la Republica	Formulario CGN2005-001_Saldos y movimientos	Resolución 354 y 356 de 05 de septiembre de 2007	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	Trimestral, ultimo dia habil de abril, julio y octubre y hasta el 15 de febrero del año siguiente.		13		30			31				30				
36	4.8.3	Contaduría General de la Republica	Formulario CGN2005-002_Operaciones Reciprocas	Resolución 354 y 356 de 05 de septiembre de 2007	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	Trimestral, ultimo dia habil de abril, julio y octubre y hasta el 15 de febrero del año siguiente.		13		30			31				30				
37	4.8.4.	Contaduría General de la Republica	Formulario CGN2005NE-003_Notas de carácter específico	Resolución 354 y 356 de 05 de septiembre de 2007	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	Trimestral, ultimo dia habil de abril, julio y octubre y hasta el 15 de febrero del año siguiente.		13		30			31				30				

Nro	Nral de la Guía	INFORMES DE LEY A REPORTAR		RESPONSABLES Y PERIODICIDAD				FECHA DEL REPORTE															
		ENTIDAD A LA QUE SE LE RINDE	INFORME A ENTREGAR	FUNDAMENTO O EXIGENCIA LEGAL	RESPONSABLE DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	PROCESO RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	PERIODICIDAD	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
38	4.8.5.	Contaduría General de la Republica	Formulario CGN2005NG-003_Notas de carácter general	Resolución 354 y 356 de 05 de septiembre de 2007	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	Anual, hasta el 15 de febrero del año siguiente		13													
39	4.8.6.	Contaduría General de la Republica	Informe de control interno contable	Resolución 357 de 28 de septiembre de 2007 y 393 de 2008	Contador Jefe de control interno	Gestion financiera	Olga Jaramillo/ Gloria P Rios	Anual, hasta el 28 de febrero del año siguiente		28													
40	4.3.1.1	Contraloría General de la Republica	Formulario Programacion De Ingresos	Resolución 5544 del 17 de diciembre de 2003 Resolución 5993 del 17 de septiembre de 2008 Circular 05 de 2014 Ciro 028 18nov2014 plazo entrega inf a 28 noviembre y 10 diciembre del 2do y 3er TMT del presupuesto	Profesional Universitario - Presupuesto	Gestion financiera	Fernell Gallego	Trimestral, en abril, julio, octubre y enero quince días hábiles para el envío.		23		23			22				22				
41	4.3.1.2	Contraloría General de la Republica	Formulario Programacion De Gastos		Profesional Universitario - Presupuesto	Gestion financiera	Fernell Gallego	Trimestral, en abril, julio, octubre y enero quince días hábiles para el envío.		23		23			22				22				
42	4.3.1.3	Contraloría General de la Republica	Formulario Ejecucion De Ingresos		Profesional Universitario - Presupuesto	Gestion financiera	Fernell Gallego	Trimestral, en abril, julio, octubre y enero quince días hábiles para el envío.		23		23			22				22				
43	4.3.1.4.	Contraloría General de la Republica	Formulario Ejecucion De Gastos		Profesional Universitario - Presupuesto	Gestion financiera	Fernell Gallego	Trimestral, en abril, julio, octubre y enero quince días hábiles para el envío.		23		23			22				22				
44	4.3.2.	Contraloría General de la Republica	Informe de Personal y Costos de la vigencia anterior	Resolución Orgánica 5993 del 17 de septiembre de 2008, en su artículo 81 Ciro 028 18nov2014 plazo entrega inf a 28 noviembre inf anual 2013	Gladys Davila	Gestión del Talento Humano	Gladys Davila/ Fernell	Anual, 15 de abril del año siguiente				15											
45	4.10.1.1	Contraloría Municipal de	Informes contables a diciembre 31	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28													
46	4.10.1.2.	Contraloría Municipal de	Dictamen Revisoria Fiscal a diciembre 31	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Contador	Gestion financiera	Olga Jaramillo	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28													

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Nro	Nral de la Guía	INFORMES DE LEY A REPORTAR			RESPONSABLES Y PERIODICIDAD			FECHA DEL REPORTE														
		ENTIDAD A LA QUE SE LE RINDE	INFORME A ENTREGAR	FUNDAMENTO O EXIGENCIA LEGAL	RESPONSABLE DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	PROCESO RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	PERIODICIDAD	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
47	4.10.13.	Contraloría Municipal de Envigado	Litigios y Demandas	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Contador	Gestión financiera	Olga Jaramillo	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
48	4.10.14.	Contraloría Municipal de Envigado	Austeridad del Gasto	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Contador	Gestión financiera	Olga Jaramillo	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
49	4.10.15.	Contraloría Municipal de Envigado	Control al control de contratación	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Jurídica	Jurídica	Monica Jimenez	En línea y en tiempo real, plazo: 10 días siguientes a la suscripción del acta de inicio	10	10	10											
50	4.10.16.	Contraloría Municipal de Envigado	Control al control de Fiducias	Resolución 021 de febrero 25 de 2014, Circular del 24 de Julio de 2015	Tesorería	Gestión financiera	Nanci Gutierrez	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año, a partir del 24 de Julio de 2015 se enviara informe semestral el 28 de Julio con corte al 30 de junio y a 30 de enero del segundo con corte al 30 de diciembre.	30					28								
51	4.10.17.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Acciones de Repetición	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Jurídica	Jurídica	Monica Jimenez	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
52	4.10.18.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Analisis de Antigüedad de Cartera	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Auxiliar Cartera	Gestión financiera	Maria Fany Ojalvaro	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
53	4.10.13.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Avances y Anticipos	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Tesorería	Gestión financiera	Nanci Gutierrez	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
54	4.10.10.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Composición Accionaria	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Tesorería	Gestión financiera	Nanci Gutierrez	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
55	4.10.11.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Controversias Judiciales	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Jurídica	Jurídica	Monica Jimenez	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
56	4.10.12.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Ejecucion Presupuestal CYP	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Profesional Universitario -	Gestión financiera	Fernell Gallego	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
57	4.10.13.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Ejecucion Reservas Presupuestales	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Profesional Universitario -	Gestión financiera	Fernell Gallego	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
58	4.10.14.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Facturación y Recaudo Cartera	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Auxiliar Cartera	Gestión financiera	Maria Fany Ojalvaro	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
59	4.10.15.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Fondos en Bancos y Corporaciones	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Tesorería	Gestión financiera	Nanci Gutierrez	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
60	4.10.16.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Funcionarios por Nivel	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Técnico Administrativo - Nomina Alonso Rengifo	Gestión del Talento Humano	Alonso Rengifo	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												

Nro	Nral de la Guía	INFORMES DE LEY A REPORTAR			RESPONSABLES Y PERIODICIDAD			FECHA DEL REPORTE														
		ENTIDAD A LA QUE SE LE RINDE	INFORME A ENTREGAR	FUNDAMENTO O EXIGENCIA LEGAL	RESPONSABLE DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	PROCESO RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	PERIODICIDAD	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
61	4.10.17.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Gestión Ambiental	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Pedro Claver Velasquez Ambiente fisico	Gestión del Ambiente Físico y Medio ambiente	Pedro Claver	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
62	4.10.18.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Movimiento Efectivo	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Tesorería	Gestión financiera	Nanci Gutierrez	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
63	4.10.19.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Pagos por Nivel	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Técnico Administrativo - Nomina	Gestión del Talento Humano	Alonso Rengifo	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
64	4.10.20.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Plan de Desarrollo o Estratégico	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Planeación	Planeación y proyectos	Elkin Palacio	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
65	4.10.21.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Planes de Acción u Operativos	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Planeación	Planeación y proyectos	Elkin Palacio	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
66	4.10.22.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Polizas de Aseguramiento	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Auxiliar Mantenimiento - Sor Teresita	Gestión del Ambiente Físico y medio ambiente	Sor Teresita	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
67	4.10.23.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Portafolio de Inversiones	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Tesorería	Gestión financiera	Nanci Gutierrez	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
68	4.10.24.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Propiedad Planta y Equipo	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Auxiliar Mantenimiento	Gestión del Ambiente Físico y medio ambiente	Pedro Claver	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
69	4.10.25.	Contraloría Municipal de Envigado	Informe de Vigencias Futuras	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Profesional Universitario -	Gestión financiera	Fernell Gallego	Para el año 2014 hasta el 01 de abril, sigue el 28 de febrero de cada año		28												
70	4.10.26.	Contraloría Municipal de Envigado	Plan de Compras publicar en WEB de donde se consulta	Resolución 021 de febrero 25 de 2014	Auxiliar de Compras	Gestión Logística	Paola Correa	Para el 30 de enero de cada año y en la SECCP, a partir del 2015	30													
71	4.11.1.	(DIAN) Dirección de impuestos y aduanas NaL	Declaración Ingresos y Patrimonio	Estatuto tributario	Contador	Gestión financiera	Olga Jaramillo	Anual, mes de abril según calendario de vencimientos entregado por la DIAN														
72	4.11.2.	(DIAN) Dirección de impuestos y aduanas NaL	Medios magnéticos	Estatuto tributario	Contador	Gestión financiera	Olga Jaramillo	Anual, según calendario entregado por la DIAN														
73	4.11.3.	(DIAN) Dirección de impuestos y aduanas NaL	Declaración mensual de Retención en la fuente	Estatuto tributario	Contador	Gestión financiera	Olga Jaramillo	Mensual según calendario entregado por la DIAN														

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Nro	Nral de la Guía	INFORMES DE LEY A REPORTAR			RESPONSABLES Y PERIODICIDAD			FECHA DEL REPORTE														
		ENTIDAD A LA QUE SE LE RINDE	INFORME A ENTREGAR	FUNDAMENTO O EXIGENCIA LEGAL	RESPONSABLE DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	PROCESO RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	PERIODICIDAD	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
14	4.11.4	(DIAN) Dirección de impuestos y aduanas NaL	Declaración mensual de Retención an el IVA	Estatuto tributario	Contador	Gestión financiera	Olga Jaramillo	Mensual según calendario entregado por la DIAN														
15	4.11.5	(DIAN) Dirección de impuestos y aduanas NaL	Declaración bimensual de IVA	Estatuto tributario	Contador	Gestión financiera	Olga Jaramillo	Bimensual, según calendario de vencimientos entregado por la DIAN														
16	4.12.1	Ministerio de la Protección Social	Formulario Ingresos	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Profesional Universitario - Presupuesto	Gestión financiera	Fernell Gallego	Anual, entre el 10 y 15 de marzo (en ocasiones sujeto cambio de fechas según Ministerio)			15											
17	4.12.2	Ministerio de la Protección Social	Formulario Gastos	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Profesional Universitario - Presupuesto	Gestión financiera	Fernell Gallego	Anual, entre el 10 y 15 de marzo (en ocasiones sujeto cambio de fechas según Ministerio)			15											
18	4.12.3	Ministerio de la Protección Social	Formulario Facturación	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Auxiliar Cartera	Gestión financiera	María Fany Oralvaro	trimestral y anual, es decir los 31 de enero, 30 de abril, 31 de julio, 31 de octubre de cada vigencia y entre el 10 y 15 de marzo		16		30			30				30			
19	4.12.4	Ministerio de la Protección Social	Formulario Cartera por Deudor	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Auxiliar Cartera	Gestión financiera	María Fany Oralvaro	trimestral y anual, es decir los 31 de enero, 30 de abril, 31 de julio, 31 de octubre de cada vigencia y entre el 10 y 15 de marzo		16		30			30				30			
20	4.12.5	Ministerio de la Protección Social	Formulario Pasivos	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Contador	Gestión financiera	Olga Jaramillo	trimestral y anual, es decir los 31 de enero, 30 de abril, 31 de julio, 31 de octubre de cada vigencia y entre el 10 y 15 de marzo		16		30			30				30			
21	4.12.6	Ministerio de la Protección Social	Formulario Mecanismos de Pago	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Contador	Gestión financiera	Olga Jaramillo	Anual, entre el 10 y 15 de marzo (en ocasiones sujeto cambio de fechas según Ministerio)			15											

Nro	Nral de la Guía	INFORMES DE LEY A REPORTAR			RESPONSABLES Y PERIODICIDAD			FECHA DEL REPORTE														
		ENTIDAD A LA QUE SE LE RINDE	INFORME A ENTREGAR	FUNDAMENTO O EXIGENCIA LEGAL	RESPONSABLE DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	PROCESO RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	PERIODICIDAD	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
22	4.12.7	Ministerio de la Protección Social	Formulario Balance General	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Contador	Gestión financiera	Olga Jaramillo	trimestral y anual, es decir los 31 de enero, 30 de abril, 31 de julio, 31 de octubre de cada vigencia y entre el 10 y 15 de marzo		16		30			30				30			
23	4.12.8	Ministerio de la Protección Social	Formulario Estado de Actividad	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Contador	Gestión financiera	Olga Jaramillo	trimestral y anual, es decir los 31 de enero, 30 de abril, 31 de julio, 31 de octubre de cada vigencia y entre el 10 y 15 de marzo		16		30			30				30			
24	4.12.9	Ministerio de la Protección Social	Formulario Producción	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Lina Marcela Gil Silva Profesional Universitario- Estadística	Sistemas de Información / Estadística	Lina Gil	trimestral y anual, es decir los 31 de enero, 30 de abril, 31 de julio, 31 de octubre de cada vigencia y entre el 10 y 15 de marzo		16		30			30				30			
25	4.12.10	Ministerio de la Protección Social	Formulario Capacidad Instalada	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Lina Marcela Gil Silva Profesional Universitario- Estadística	Sistemas de Información / Estadística	Lina Gil	Anual, entre el 10 y 15 de marzo			15											
26	4.12.11	Ministerio de la Protección Social	Formulario Recursos Humanos	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Alonso Rengifo, Tecnico Administrativo	Gestión del Talento Humano /	Alonso Rengifo	Anual, entre el 10 y 15 de marzo			15											
27	4.12.12	Ministerio de la Protección Social	Formulario Pasivo Prestacional	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Alonso Rengifo, Tecnico Administrativo	Gestión del Talento Humano /	Alonso Rengifo	Anual, entre el 10 y 15 de marzo			15											
28	4.12.13	Ministerio de la Protección Social	Formulario Infraestructura	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Auxiliar de mantenimiento	Gestión de ambiente físico y medio ambiente	Pedro Claver	Anual, entre el 10 y 15 de marzo			15											
29	4.12.14	Ministerio de la Protección Social	Formulario Calidad	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Lina Marcela Gil Silva Profesional Universitario- Estadística	Sistemas de Información / Estadística	Lina Gil	Semestral, 31 de enero y 31 de julio	31						31							
30	4.12.15	Ministerio de la Protección Social	Formulario Contratación Externa	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Tecnico Administrativo - Nomina	Talento humano	Alonso Rengifo	Trimestral, es decir los 31 de enero, 30 de abril, 31 de julio, 31 de octubre de cada vigencia	31			30			30				30			
31	4.12.16	Ministerio de la Protección Social	Formulario Ejecución Presupuestal	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Profesional Universitario - Presupuesto	Gestión Financiera	Fernell Gallego	trimestral, es decir los 31 de enero, 30 de abril, 31 de julio, 31 de octubre de cada vigencia	31			30			30				30			

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Nro	Nro de la Guía	INFORMES DE LEY A REPORTAR		RESPONSABLES Y PERIODICIDAD				FECHA DEL REPORTE																	
		ENTIDAD A LA QUE SE LE RINDE	INFORME A ENTREGAR	FUNDAMENTO O EXIGENCIA LEGAL	RESPONSABLE DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	PROCESO RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	PERIODICIDAD	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic					
32	4.12.17	Ministerio de la Protección Social	Formulario de Procesos judiciales	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Jefe area de Juridica	Juridica	Monica Jimenez	trimestral y anual, es decir los 31 de enero, 30 de abril, 31 de julio, 31 de octubre de cada vigencia y entre el 10 y 15 de marzo	31		15	30			30			30							
33	4.12.18	Ministerio de la Protección Social	Formulario de Datos Generales	Decreto 2193 de 2004-SIHO	Olga Jaramillo Elkin Palacio	Contador Planeación y Proyectos	Olga Jaramillo Elkin Palacio	trimestral y anual, es decir los 31 de enero, 30 de abril, 31 de julio, 31 de octubre de cada vigencia y entre el 10 y 15 de marzo	31		15	30			30			30							
34	4.12.2	Ministerio de la Protección Social	circular 030 cartera radicada vencida	circular 030 de 2 sept 2013	Auxiliar Cartera	Gestión Financiera	María Fany Ojalvaro	trimestral, es decir los 31 de enero, 30 de abril, 31 de julio, 31 de octubre de cada vigencia	31			30			30			30							
35	4.12.3	Ministerio de Salud y Protección Social	Precios de compra y venta de medicamentos	Circulares 1 y 2 de 2011 de la comisión nacional de precios de medicamentos	Aracelly Moncada	Gestión de Servicio Farmacéutico	Aracelly Moncada	trimestral, es decir los 31 de enero, 30 de abril, 31 de julio, 31 de octubre de cada vigencia	31			30			30			30							
36	4.12.4	Ministerio de Salud y Protección Social	establece el anexo técnico para el reporte de las atenciones en salud a menores de 18 años, gestantes y atenciones de parto y se adocan al	Resolución 2175 del 18 junio 2015	Profesional Universitario - Estadística	Sistemas de información	Lina Gil	Mensual, el 25 de febrero y el 31 de julio de cada año.		25					31										
37	4.12.5	Ministerio de Salud y Protección Social	Informe de pacientes con diagnóstico de hemofilia y otras Coagulopatías por déficit de factores de coagulación-Cuenta de alto costo	Resolución 123 del 21 enero 2015	Enfermera Profesional del Servicio de Quimioterapia ambulatoria-Servicios Ambulatorios	Sistemas de información	Lina Gil	Anual, 30 días calendario antes del 30 de marzo de cada año, remitir informe a EAPB y Secretaria Local de Salud		25															
38	4.13.11	Superintendencia Nacional de salud	Informe de Indicadores de Calidad	Circular unica	Profesional Universitario - Estadística	Sistemas de información	Lina Gil	Semestral, el 25 de febrero y el 31 de julio de cada año.		25					30										
39	4.13.12	Superintendencia Nacional de salud	Certificación Mantenimiento hospitalario	Circular unica	Gestion de ambiente físico y medio ambiente.	Gestion del ambiente físico y medio ambiente.	Lina Gil Meltza Quintero	Semestral, el 25 de febrero y el 31 de julio de cada año.		25					30										

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Nro	Nro de la Guía	INFORMES DE LEY A REPORTAR		RESPONSABLES Y PERIODICIDAD				FECHA DEL REPORTE														
		ENTIDAD A LA QUE SE LE RINDE	INFORME A ENTREGAR	FUNDAMENTO O EXIGENCIA LEGAL	RESPONSABLE DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	PROCESO RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	PERIODICIDAD	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
100	4.13.2	Superintendencia Nacional de salud	Informe de rendición de cuentas	Circular unica	Comunicador(a) Planeación	Jefe de Planeación y proyectos	Elkin Evelio Palacio H	Antes de realizarse la rendición de cuentas y luego de la misma				10	30									
101	4.13.3	Superintendencia Nacional de salud	Informe mensual cuando el gerente no ostenta título en propiedad o no sean objeto de evaluación por la Junta Directiva	Circular 009 de 29 de abril de 2015	Presupuesto: Fernell Contabilidad; Oiga Contratación: Monica Planeación; Elkin	Planeación y Proyectos	Elkin Evelio Palacio H	Mensual, durante los 10 primeros días hábiles, a partir de junio 2015					16	14	18	14	15	17	15			
102	4.13.3.1	Superintendencia Nacional de salud	Contratación externa de servicios personales	Circular 009 de 29 de abril de 2015, a partir de junio de 2015.	Juridica: Monica Jimenez Talento Humano: Gladyz Davila	Juridica y Talento Humano	Monica Jimenez/ Gladyz Davila	En medio físico y magnético, cada mes dentro de los 10 primeros días hábiles siguientes del mes a reportar, en el formato de contratación donde se reporta la información SIHO, al Ministerio de Protección Social (MPS), anexando los estudios previos según la Resolución 5185 de 2013 del MPS.	14	13	13	14	14	12	14	18	14	15	17	15		
103	4.13.3.2	Superintendencia Nacional de salud	Información de Producción	Circular 009 de 29 de abril de 2015, a partir de junio de 2015.	Profesional Universitario - Estadística	Sistemas de información	Lina Gil	En medio físico y magnético, cada mes dentro de los 10 primeros días hábiles siguientes del mes a reportar.	14	13	13	14	14	16	14	18	14	15	17	15		
104	4.13.3.3	Superintendencia Nacional de salud	Ejecución Presupuestal	Circular 009 de 29 de abril de 2015, a partir de junio de 2015.	Profesional universitario-presupuesto.	Gestión Financiera	Fernell Gallego	En medio físico y magnético, cada mes dentro de los 10 primeros días hábiles siguientes del mes a reportar.	14	13	13	14	14	16	14	18	14	15	17	15		
105	4.13.3.4	Superintendencia Nacional de salud	Informe sobre la gestión de recaudo de cartera	Circular 009 de 29 de abril de 2015, a partir de junio de 2015.	Profesional universitario-presupuesto.	Gestión Financiera	Fernell Gallego	En medio físico y magnético, cada mes dentro de los 10 primeros días hábiles siguientes del mes a reportar.	14	13	13	14	14	16	14	18	14	15	17	15		
106	4.13.3.5	Superintendencia Nacional de salud	Estado de cartera por edades y pagador	Circular 009 de 29 de abril de 2015, a partir de junio de 2015.	Gestión de Servicios-Facturación	Gestión de Servicios	Elizabeth Murillo	En medio físico y magnético, cada mes dentro de los 10 primeros días hábiles siguientes del mes a reportar. Aplicativo SIHO de MPS.	14	13	13	14	14	16	14	18	14	15	17	15		

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022



Nro	Nral de la Guía	INFORMES DE LEY A REPORTAR		RESPONSABLES Y PERIODICIDAD				FECHA DEL REPORTE												
		ENTIDAD A LA QUE SE LE RINDE	INFORME A ENTREGAR	FUNDAMENTO O EXIGENCIA LEGAL	RESPONSABLE DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	PROCESO RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	PERIODICIDAD	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
107	4.13.3.6	Superintendencia Nacional de salud	Estado de las cuentas por pagar	Circular 009 de 29 de abril de 2015, a partir de junio de 2015.	Olga Jaramillo	Contador	Olga Jaramillo	En medio físico y magnético, cada mes dentro de los 10 primeros días hábiles siguientes del mes a reportar. Formato en excel, anexo.	14	13	13	14	14	16	14	18	14	15	17	15
108	4.13.3.7	Superintendencia Nacional de salud	Pagos	Circular 009 de 29 de abril de 2015, a partir de junio de 2015.	Olga Jaramillo	Contador	Olga Jaramillo	En medio físico y magnético, cada mes dentro de los 10 primeros días hábiles siguientes del mes a reportar. Formato en excel, anexo a la circular.	14	13	13	14	14	16	14	18	14	15	17	15
109	4.13.3.8	Superintendencia Nacional de salud	Valor contratado, valor facturado y valor glosado	Circular 009 de 29 de abril de 2015, a partir de junio de 2015.	Gestión de Servicios-Facturación	Gestión de Servicios-Facturación	Elizabeth Murillo	En medio físico y magnético, cada mes dentro de los 10 primeros días hábiles siguientes del mes a reportar. Formato anexo a la circular.	14	13	13	14	14	16	14	18	14	15	17	15
110	4.13.3.9	Superintendencia Nacional de salud	Plan de Acción	Circular 009 de 29 de abril de 2015, a partir de junio de 2015.	Jefe de Planeación y Proyectos	Planeación y Proyectos	Elkin Evelio Palacio H	En medio físico y magnético, cada mes dentro de los 10 primeros días hábiles siguientes del mes a reportar.	14	13	13	14	14	16	14	18	14	15	17	15
111	4.13.3.10	Superintendencia Nacional de salud	Avances o resultados de la ejecución del Plan de acción	Circular 009 de 29 de abril de 2015, a partir de junio de 2015.	Jefe de Planeación y Proyectos	Planeación y Proyectos	Elkin Evelio Palacio H	En medio físico y magnético, cada mes dentro de los 10 primeros días hábiles siguientes del mes a reportar.	14	13	13	14	14	16	14	18	14	15	17	15
112	4.13.3.11	Superintendencia Nacional de salud	Medición de los indicadores asistenciales y de dirección	Circular 009 de 29 de abril de 2015, a partir de junio de 2015.	Jefe de Planeación y Proyectos	Planeación y Proyectos	Elkin Evelio Palacio H	En medio físico y magnético, cada mes dentro de los 10 primeros días hábiles siguientes del mes a reportar.	14	13	13	14	14	16	14	18	14	15	17	15
113	4.14.1	EPS	Informe de indicadores de alertas tempranas	Circular 056 de 2009, Circular Externa 009 de 2012 del Ministerio de Protección Social	Sistemas de información, estadística	Sistemas de información, estadística	Lina Gil	trimestralmente el 1ero de febrero, el 1ero de mayo, el 1ero de agosto, el 1ero de noviembre		1				1					1	

Nro	Nral de la Guía	INFORMES DE LEY A REPORTAR		RESPONSABLES Y PERIODICIDAD				FECHA DEL REPORTE												
		ENTIDAD A LA QUE SE LE RINDE	INFORME A ENTREGAR	FUNDAMENTO O EXIGENCIA LEGAL	RESPONSABLE DE GENERACIÓN DE LA INFORMACIÓN	PROCESO RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	RESPONSABLE DE ENVIAR EL INFORME	PERIODICIDAD	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
114	4.15.1	Procuraduría	Informe de Vigilancia superior a la granita de Derechos desde la perspectiva de Género-Violencia sexual	oficio con radicado 110600000-AF-SIAF-206630-14 IMHC-for nbo del 1 oct 2014, y guía para el reporte. www.vigilanciasuperiorprocuraduria.org , enlace: Genero PGN	Sistemas de información, Dalmiro Gestión de Calidad	Gestión de la Calidad	Elizabeth Iglesias	Anual					15							
115	4.16.1	Derechos de Autor	Informe estado del software y hardware, así como licencias en la ESE del años anterior	Circular 12 del 2feb07, modificada por Ciro 017 del 1 jun2011;	Sistemas de información, Diana Saldarriaga	Control Interno	Gloria Patricia Rios	Anual 3er. Viernes de marzo			20									

OBSERVACIONES :

Este Anexo 2 hace parte del "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-2015", así como a la "Guía de Rendición de Informes a los Entes de Control por la ESE HMUA", actualizado en Noviembre de 2015