



Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

2022

ESE Hospital San José Belén de Umbría – Risaralda

TABLA DE CONTENIDO

1.	PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	3
1.1.	OBJETIVOS	3
1.1.1.	OBJETIVO GENERAL:	3
1.1.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	3
1.2.	ALCANCE:	3
1.3.	DESCRIPCIÓN DE COMPONENTES:	3
1.3.1.	GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN:	4
1.3.2.	RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES:	4
1.3.3.	RENDICIÓN DE CUENTAS:	4
1.3.4.	MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO:	4
1.3.5.	MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN:	4
1.3.6.	INICIATIVAS ADICIONALES:	4
2.	COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	5
2.1.	GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	5
2.1.1.	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.	5
2.1.2.	CONSTRUCCIÓN DEL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN:	6
2.1.3.	CONSULTA Y DIVULGACIÓN:	18
2.1.4.	MONITOREO Y REVISIÓN:	18
2.1.5.	SEGUIMIENTO:	18
2.1.6.	ACTIVIDADES:	18
2.2.	RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	19
2.2.1.	IDENTIFICACIÓN DE TRÁMITES:	19
2.2.2.	PRIORIZACIÓN DE TRÁMITES:	19
2.2.3.	ACTIVIDADES:	20
2.3.	RENDICIÓN DE CUENTAS.	20
2.3.1.	OBJETIVOS DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS:	21
2.3.2.	DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO:	21
2.3.3.	ACTIVIDADES:	22
2.4.	MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO.	22
2.4.1.	ACTIVIDADES:	24
2.5.	MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN:	25
2.6.	INICIATIVAS ADICIONALES:	27
2.6.1.	PRINCIPIOS Y VALORES DEL CÓDIGO DE ÉTICA	27
2.6.2.	ELEMENTOS ESTRATÉGICOS CORPORATIVOS	27
3.	FUNDAMENTO LEGAL	31



1. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN JOSÉ
VIGENCIA: AÑO 2022
FECHA DE PUBLICACIÓN: ENERO 31 DE 2022

La ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE BELÉN DE UMBRÍA - RISARALDA, en cumplimiento de lo estipulado por la Ley 1474 de 2011 y en el Decreto 124 de 2016, elabora el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y el Mapa de Riesgos Anticorrupción de acuerdo a los documentos "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2" y en la "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción."

1.1. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Formular y adoptar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE Hospital San José de Belén de Umbría, identificando los riesgos de corrupción a los que está expuesta la gestión de la entidad, desarrollando estrategias y actividades concretas que estén enmarcadas dentro del Código de Integridad, Código de Buen Gobierno y la normatividad vigente, de tal manera que permita desarrollar una gestión integral y transparente que facilite detectar y corregir cualquier conducta que conlleve a actos de corrupción, impactando y mitigando los riesgos identificados, dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 1474 de 2011.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer el mapa de riesgos de corrupción de la ESE Hospital San José de Belén de Umbría - Risaralda, y sus respectivas medidas de mitigación.
- Establecer acciones de racionalización de trámites para la institución.
- Establecer mecanismos de rendición de cuentas para la entidad.
- Establecer acciones de mejoramiento en la atención al ciudadano para la ESE Hospital San José de Belén de Umbría - Risaralda.

1.2. ALCANCE:

Desde la adopción del plan, hasta el despliegue a todas las dependencias de la ESE Hospital San José de Belén de Umbría - Risaralda.

1.3. DESCRIPCIÓN DE COMPONENTES:

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE Hospital San José de Belén de Umbría - Risaralda, es un instrumento estratégico orientado a la prevención de actos de corrupción y a la efectividad del control de la gestión institucional, que con motivo de esta publicación, deberá ser revisado y ajustado anualmente.

De acuerdo con los parámetros que se establecen en la estrategia nacional, el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE Hospital San José de Belén de Umbría - Risaralda, contiene seis componentes:

1.3.3. GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN:

Instrumento que le permite a la entidad identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción tanto internos como externos.

1.3.4. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES:

La Política de Racionalización de Trámites del Gobierno Nacional, busca facilitar al ciudadano el acceso a los trámites y servicios que brinda la administración pública.

1.3.5. RENDICIÓN DE CUENTAS:

Procesos mediante los cuales las entidades de la administración pública y los servidores públicos informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control. También es una expresión de control social, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la evaluación de la gestión y que busca la transparencia de la gestión de la administración pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno.

1.3.6. MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO:

Este componente busca mejorar la calidad y el acceso a los trámites y servicios de las entidades públicas, mejorando la satisfacción de los ciudadanos y facilitando el ejercicio de sus derechos.

1.3.7. MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN:

Este componente recoge los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de acceso a la información pública regulado por la Ley 1712 de 2014 y el Decreto Reglamentario 1081 de 2015, según los cuales toda persona puede acceder a la información pública en posesión o bajo el control de los sujetos obligados de la ley.

1.3.8. INICIATIVAS ADICIONALES:

Las entidades deberán contemplar iniciativas que permitan fortalecer su estrategia de lucha contra la corrupción, es decir, incorporar en el ejercicio de planeación, estrategias encaminadas a fomentar la integridad, la participación ciudadana, brindar transparencia y eficiencia en el uso de los recursos físicos, financieros, tecnológicos y de talento humano, con el fin de visibilizar el accionar de la administración pública.

2. COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

2.1. GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Con la promulgación de la Ley 1474 de 2011, las entidades que conforman el Estado colombiano fueron dotadas con un mecanismo que hiciera posible una lucha conjunta en contra del flagelo de la corrupción y el mejoramiento de la atención al ciudadano por parte de las mismas.

Una vez publicadas las “*ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO*”, diseñadas por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, en coordinación con la Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites del Departamento Administrativo de la Función Pública, el Programa Nacional del Servicio al Ciudadano y la Dirección de Seguimiento y Evaluación a Políticas Públicas del Departamento Nacional de Planeación, establecidas como marco de la estrategia nacional de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano, el reto lo asumen de manera individual cada una de las entidades al responder al artículo 73 de la Ley en mención, que versa lo siguiente:

“PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO. Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. Dicha estrategia contemplará, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias antitrámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano”.

En este marco, la ESE Hospital San José de Belén de Umbría - Risaralda, debe elaborar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, la metodología con la que deben ser realizados cada uno de estos componentes, son las contenidas en el documento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”, y en los lineamientos que adicionalmente establezcan las entidades que elaboran dicho documento

2.1.1. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

La Administración del Riesgo dentro de la ESE Hospital San José de Belén de Umbría - Risaralda, hace parte esencial e integral de la gestión administrativa y dentro de este propósito se busca el cumplimiento de su misión, el alcance de metas, el fortalecimiento del Control Interno, el mejoramiento de la actividad administrativa, el cumplimiento de los lineamientos y el logro de los objetivos estratégicos, en aras de la transparencia y la honestidad en las actuaciones, con fundamento en los principios señalados en el artículo 209 de la Constitución Política.

ACTIVIDADES:

1. Revisar y actualizar con los líderes de procesos, el mapa de riesgos de cada proceso.
2. Analizar y monitorear el estado de los riesgos desde la Alta Dirección para la toma de decisiones.
3. Administrar y efectuar seguimiento a los riesgos identificados en cada proceso
4. Evaluar la efectividad de la política de Administración del Riesgo y los controles establecidos en el mapa de riesgos institucional

5. Difundir actualizaciones a la política y mapa de riesgos institucional.

2.1.2. CONSTRUCCIÓN DEL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN:

La ESE Hospital San José de Belén de Umbría - Risaralda, ha establecido los criterios contenidos en la Ley 1474 de 2011 referente a la elaboración e implementación de un Plan de Manejo de Riesgo, conforme a la estrategia para la elaboración del plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Para su elaboración se utilizó la metodología sugerida en la cartilla *ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO* así:

CONTEXTO:

Identificación de las características internas y la situación externa o entorno de la entidad que impactan positiva o negativamente el logro de los objetivos anticorrupción.

FACTORES EXTERNOS	FACTORES INTERNOS
<p>NORMATIVOS</p> <p>Cambio de la normatividad Cambio de aplicativos de organismos de control y plazos de presentación de informes</p>	<p>PERSONAL</p> <p>Apatía del personal hacia las actividades de autocontrol. Desmotivación y falta de compromiso del personal en la entidad. Falta de capacitación y actualización del personal Vinculación de personal sin cumplir con el perfil para el cargo Actitud inadecuada de algunos funcionarios para la atención de los usuarios en el servicio, rotación de personal tanto administrativo como asistencial</p>
<p>ECONÓMICOS</p> <p>Variaciones en el Sistema General de Participaciones Destinación específica de recursos Dificultad en el recaudo de recursos por servicios prestados a las EPS Cambio de la normatividad contable y presupuestal</p>	<p>NORMATIVOS</p> <p>Incumplimiento normatividad vigente en temas como archivo, contratación, recurso humano, estándares de habilitación, estándares de acreditación, entre otros</p>
<p>POLÍTICOS</p> <p>Cambio de gobernador, alcalde y gerente No continuidad de los procesos por cambios de personal e instrucciones por factores políticos</p>	<p>PROCESOS</p> <p>Falta de socialización de planes, programas, procesos y procedimientos Inadecuada Asesoría jurídica. Respuesta inoportuna de derechos de petición Inadecuado manejo de la información Contratación- Elaboración incompleta o inadecuada de Minutas. Contratación - Inicio de contratos sin cumplimiento pleno de requisitos de documentación por parte del contratista. Falencias en la actividad de supervisión e interventoría. Eventuales practicas asistencias inadecuadas que conlleven a demandas contra la ESE Procesos sin documentar, sin seguimiento ni acciones de mejora evidenciables</p>



CONSTRUCCIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN:

Se identifican los riesgos de corrupción inherentes al desarrollo de la actividad de la entidad pública.

Se utilizaron los formatos establecidos por la entidad de acuerdo a la metodología de Administración de Riesgos. Formato CI-FR-3 Identificación del Riesgo.

Se clasificaron los procesos de acuerdo al Mapa de Procesos de la Institución, procesos estratégicos, misionales y de apoyo.

VALORACIÓN DEL RIESGO:

Se valoran los riesgos estableciendo los controles de acuerdo a su ocurrencia o materialización.

ANÁLISIS DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN:

Se determina la probabilidad de materialización del riesgo y las consecuencias de su impacto.

De igual manera se utilizan los formatos establecidos por la entidad de acuerdo a la metodología de Administración de Riesgos. Formato CI-FR-4 Análisis de Riesgo

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN:

Se comparan los resultados del análisis de los riesgos con los controles establecidos para determinar la zona de riesgo final. Se utiliza el formato CI-FR-6 Calificación Controles.

MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN:

PROCESO	CAUSAS	RIESGO	CALIFICACIÓN		ZONA DE RIESGO	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
			PROBABILIDAD	IMPACTO						
Administración de la Información	Deficiencias en el manejo documental y de archivo	Incumplimiento de normatividad de archivo	5	10	Alta	Reducir	Reactivación Comité de Archivo	Cumplimiento Ley 594 de 2000 (Ley Archivo) Plan de Acción MIPG	Sistemas de Información	Reuniones realizadas / Reuniones Programadas Avance Plan de Trabajo > 70%
Administración de la Información	Sistemas de información susceptibles de manipulación o adulteración	Procesos con falencias en puntos de control	5	10	Alta	Reducir	Acceso a equipos de cómputo restringido por perfiles de usuario y exclusividad, cambio de claves frecuentemente.	Restricciones de acceso. Licenciamiento de programas y antivirus para tener acceso a actualizaciones.	Sistemas de Información	# Perfiles de usuarios con restricciones / # Total de usuarios = 0.95
Gestión Administrativa y Financiera	Prebendas otorgadas por clientes o proveedores como viajes, gastos personales, estudios, dinero, entre otros.	Clientelismo	2	10	Moderada	Reducir	Capacitación y sensibilización al personal de los procesos	Capacitación sobre las normas vigentes disciplinarias y penales que castigan estas actuaciones.	Asesor Jurídico	Capacitaciones realizadas / Capacitaciones programadas = 1
							Código de Ética y Manual de Funciones	Actualización y socialización Código de Integridad	Asesor de Control Interno	Actividades realizadas / Actividades programadas = 1
Gestión Administrativa y Financiera	Cheques falsificados	Fraudes y malversación de fondos	1	10	Baja	Evitar	Dos firmas	Confirmación de cheques por parte de los bancos cuando superen tope de 6 millones de pesos	Subdirección Administrativa	# cheques falsificados / # cheques girados = 0
							Giro de cheques a nombre del beneficiario			
							Control de numeración			



PROCESO	CAUSAS	RIESGO	CALIFICACIÓN		ZONA DE RIESGO	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
			PROBABILIDAD	IMPACTO						
Gestión Administrativa y Financiera	Desembolsos fraudulentos por manipulación de facturas (bienes y servicios personales)	Fraudes y malversación de fondos	1	10	Baja	Evitar	Actas de Reuniones con supervisores	Capacitación sobre las normas vigentes disciplinarias y penales que castigan estas actuaciones para sensibilizar al personal sobre las consecuencias posibles.	Asesor Jurídico	Capacitaciones realizadas / Capacitaciones programadas = 1
						Evitar	Auditoría de verificación por parte de Control Interno	Seguimiento a planes de mejora suscritos como resultado de hallazgos de las auditorías de verificación	Asesor de Control Interno	Seguimientos realizados / Seguimientos programados = 1
						Evitar	Revisión de facturas, cuentas de cobro, informes de actividades, previo al pago.	Comprobantes de egreso firmados. Actas de supervisión e interventorías firmadas.	Supervisores Subdirección Administrativa	# Comprobantes de egreso sin firmar / # total de comprobantes de egreso = 0
						Evitar	Manual de supervisión e interventoría actualizado.	Revisión, actualización y socialización de manual de supervisión e interventoría.	Asesor Jurídico Subdirección Administrativa	Revisión realizada / Revisión programada Actualización realizada / Actualización programada Socialización realizada / Socialización programada
						Evitar	Conciliaciones bancarias mensuales	Verificación de realización de conciliaciones bancarias mensuales	Subdirector Administrativo Asesor Contable	# cuentas bancarias / # conciliaciones mensuales = 1



PROCESO	CAUSAS	RIESGO	CALIFICACIÓN		ZONA DE RIESGO	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
			PROBABILIDAD	IMPACTO						
Gestión Administrativa y Financiera	Gastos ficticios	Fraudes y malversación de fondos	1	10	Baja	Evitar	Manual de supervisión e interventoría actualizado y socializado	Revisión de cumplimiento de objetos contractuales, diligenciamiento de actas de supervisión e interventoría y visto bueno para pago de contratistas.	Supervisores	Actas de interventoría / Pagos realizados=1
							Revisión de facturas, cuentas de cobro, informes de actividades, previo al pago.	Comprobantes de egreso firmados. Actas de supervisión e interventorías firmadas.		
Gestión Administrativa y Financiera	Gastos sobrevaluados	Fraudes y malversación de fondos	1	10	Baja	Evitar	Revisión de estudios previos, cotizaciones y propuestas de proveedores de bienes y servicios.	Garantizar dos cotizaciones o propuestas para cada contrato y dejar claramente evidenciados los casos en que no sea posible	Auxiliar Administrativo Contratación	Actas de interventoría / Pagos realizados=1
Gestión Administrativa y Financiera	Inclusión de gastos no autorizados	Fraudes y malversación de fondos	1	10	Baja	Evitar	Manual de supervisión e interventoría actualizado.	Revisión de cumplimiento de objetos contractuales, diligenciamiento de actas de supervisión e interventoría y visto bueno para pago de contratistas	Gerente Subdirector Administrativo Supervisores Asesor Contable	Actas de interventoría / Pagos realizados=1
							Actividades de revisión previo a la autorización del pago de cuentas y facturas.			
							Adjuntar soportes de transferencias a los comprobantes de egreso			



PROCESO	CAUSAS	RIESGO	CALIFICACIÓN		ZONA DE RIESGO	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
			PROBABILIDAD	IMPACTO						
Gestión Administrativa y Financiera	Robo de cheques	Fraudes y malversación de fondos	1	10	Baja	Evitar	Salvaguarda de cheques en caja fuerte.	Salvaguarda de cheques en caja fuerte.	Gerente Subdirector Administrativo Asesor Contable	# cheques robados / # cheques girados = 0
							Cruce de cheques tanto recibidos como girados para evitar su cobro.	Cruce de cheques tanto recibidos como girados para evitar su cobro.		
							Observar medidas de seguridad durante el traslado de los cheques a la institución y al banco	Observar medidas de seguridad durante el traslado de los cheques a la institución y al banco		
							Realización mensual de conciliaciones bancarias de todas las cuentas.	Realización mensual de conciliaciones bancarias de todas las cuentas.		
							Verificación de soportes de transferencias.	Verificación de soportes de transferencias.		
Gestión Administrativa y Financiera	Robo de efectivo	Fraudes y malversación de fondos	1	10	Baja	Evitar	Consignación periódica de efectivo.	Consignación de dinero recaudado en días hábiles bancarios.	Subdirector Administrativo Líder Proceso Facturación.	Casos de robo de efectivo identificados = 0
							Uso de cajillas de seguridad.			



PROCESO	CAUSAS	RIESGO	CALIFICACIÓN		ZONA DE RIESGO	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
			PROBABILIDAD	IMPACTO						
Gestión Administrativa y Financiera	Robo de efectivo	Fraudes y malversación de fondos	1	10	Baja	Evitar	Cuadre de caja diario de cada facturador y entrega de dinero.	Cruces que permitan verificación de facturación	Subdirector Administrativo Líder Proceso Facturación.	
							Arqueos de caja.	Realización de Arqueos de Caja	Subdirector Administrativo Líder Proceso Facturación. Asesor Control Interno	
							Suscripción de pólizas de manejo para personal de facturación,	Subdirector administrativo y Gerente.	Subdirector Administrativo Líder Proceso Facturación.	
Gestión Administrativa y Financiera	Adendas que cambian condiciones generales del proceso para favorecer a determinados grupos	Manipulación de la Contratación	2	10	Moderada	Reducir	Manual de contratación actualizado.	Cumplimiento de la normatividad sobre contratación y de los procesos y procedimientos internos	Gerente Asesor Jurídico Auxiliar Administrativo Contratación Comité de Contratación	Procesos contractuales sin adendas
							Justificación de necesidades de contratación.			
							Elaboración de estudios previos.			



PROCESO	CAUSAS	RIESGO	CALIFICACIÓN		ZONA DE RIESGO	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
			PROBABILIDAD	IMPACTO						
Gestión Administrativa y Financiera	Conflicto de intereses	Manipulación de la Contratación	2	10	Moderada	Reducir	Manual de contratación actualizado	Verificación de inhabilidades e incompatibilidades previo a vinculación de personal o contratación de bienes y servicios	Gerente Asesor Jurídico Subdirector Administrativo Auxiliara Administrativo Contratación Supervisores Comité de Contratación	Documentación contractual revisada / Contratos suscritos = 1
							Código de Buen Gobierno			
							Código de Integridad			
Gestión Administrativa y Financiera	Estudios previos o de factibilidad superficiales, o manipulados por personal interesado en el contrato	Manipulación de la Contratación	2	10	Moderada	Reducir	Manual de contratación actualizado.	Cumplimiento de la normatividad sobre contratación y de los procesos y procedimientos internos, proyección de estudios previos con base en las necesidades reales de adquisición de bienes y servicios para la ESE	Gerente Asesor Jurídico Subdirector Administrativo Auxiliar Administrativo Contratación	# Estudios previos / # contratos suscritos = 1
							Justificación de necesidades de contratación.			
							Inducción para el personal de proceso de contratación.			
Gestión Administrativa y Financiera	Pliegos de condiciones hechos a la medida de una firma en particular	Manipulación de la Contratación	2	10	Moderada	Reducir	Elaboración de pliegos de condiciones basada en las necesidades de adquisición de bienes y servicios para la operación de la ESE	Cumplimiento de la normatividad sobre contratación y de los procesos y	Gerente Asesor Jurídico Subdirector Administrativo	Documentación contractual revisada / Contratos suscritos = 1
							Manual de contratación actualizado.			



PROCESO	CAUSAS	RIESGO	CALIFICACIÓN		ZONA DE RIESGO	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
			PROBABILIDAD	IMPACTO						
							Justificación de necesidades de contratación. Inducción para el personal de proceso de contratación. Elaboración de pliegos de condiciones basada en las necesidades de adquisición de bienes y servicios para la operación de la ESE	procedimientos internos, proyección de estudios previos con base en las necesidades reales de adquisición de bienes y servicios para la ESE	Auxiliar Administrativo Contratación	
Gestión Administrativa y Financiera	Concentración de información de determinadas actividades o procesos en una persona	Procesos con falencias en puntos de control	5	10	Alta	Reducir	Desagregación y asignación de funciones en los procesos de contabilidad y contratación en auxiliares administrativos	Vinculación de personal administrativo para distribuir actividades de la subdirección administrativa en lo respectivo a talento humano	Gerente Subdirector Administrativo	Comprobantes de contabilidad debidamente soportados / Comprobantes de contabilidad revisados = 1
Gestión Administrativa y Financiera	Concentrar la supervisión de contratos en poco personal	Procesos con falencias en puntos de control	5	10	Alta	Reducir	Revisión de Informes y Actas de Supervisión e Interventoría. Asesoría Jurídica	Fortalecimiento del proceso de supervisión e interventoría, en la proyección de planta temporales incluir personal del nivel	Asesor Jurídico Gerente	# Cargos del nivel técnico y profesional provistos > 1



PROCESO	CAUSAS	RIESGO	CALIFICACIÓN		ZONA DE RIESGO	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
			PROBABILIDAD	IMPACTO						
							Formatos de presentación de informes	técnico y profesional para que puedan ejercer funciones de supervisión		
Gestión Administrativa y Financiera	Archivos y registros contables con vacíos de información	Vacíos en la información contable	4	10	Alta	Reducir	Implementación y seguimiento de los procedimientos contables bajo NIIF	Verificación de soportes contables previo al registro en el software	Auxiliar Administrativo Contabilidad Asesor Contable Subdirector Administrativo Control Interno	Comprobantes de contabilidad debidamente soportados / Comprobantes de contabilidad revisados = 1
							Actas Comité de Sostenibilidad			
Gestión Administrativa y Financiera	Gastos reportados inapropiadamente	Vacíos en la información contable	4	10	Alta	Reducir	Implementación y seguimiento de los procedimientos contables bajo NIIF	Verificación de cumplimiento de procedimientos contables y presupuestales. Revisión de comprobantes de egreso debidamente soportados.	Asesor Contable Subdirector Administrativo Auxiliar Administrativo Contabilidad Control Interno	Comprobantes de egreso debidamente soportados / Comprobantes de egreso revisados = 1
							Seguimiento al plan anual de compras			
							Seguimiento ejecución presupuestal			
Gestión Administrativa y Financiera	Reconocimiento prematuro de ingresos	Vacíos en la información contable	4	10	Alta	Reducir	Aplicación del estatuto orgánico de presupuesto de la ESE	Verificación de cumplimiento de procedimientos contables y presupuestales para realizar el reconocimiento de ingresos de acuerdo al recaudo.	Gerente Subdirector Administrativo Asesor Contable	Valor de ingresos reconocidos sin recaudo = 0
							Seguimiento a la ejecución presupuestal de ingresos			



PROCESO	CAUSAS	RIESGO	CALIFICACIÓN		ZONA DE RIESGO	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
			PROBABILIDAD	IMPACTO						
							Conciliaciones y presentación de informes Reconocimiento de ingresos según el recaudo			
Gestión del Ambiente Físico	Inventarios desactualizados	Procesos con falencias en puntos de control	5	10	Alta	Reducir	Inventario Actualizado	Asignación de personal responsable	Gerente Subdirector Administrativo	Personal asignado = 1
							Realización de conteo físico de bienes.	Realización conteo físico de bienes al menos una vez en la vigencia	Auxiliar Administrativo Asesor Contable	Conteo físico realizado / Conteo físico programado =1
							Módulo CNT implementado			
Gestión del Ambiente Físico	Robo o pérdida de bienes muebles	Procesos con falencias en puntos de control	5	10	Alta	Reducir	Bienes identificados	Realización de conteo físico de bienes Implementar medidas de control como registro de entradas y salidas de bienes de la E.S.E.	Subdirector Administrativo	# de bienes muebles robados o perdidos / # total de bienes muebles <= 1%
							Pólizas de Seguros		Asesor Contable Líder Proceso de Mantenimiento	
Gestión Gerencial	Comisiones clandestinas	Cientelismo	2	10	Moderada	Reducir	Capacitación y sensibilización al personal: Contratación, supervisores, Gerente, Subdirectores.	Capacitación sobre las normas vigentes disciplinarias y penales que castigan estas actuaciones para sensibilizar al personal sobre las consecuencias posibles.	Asesor Jurídico	Capacitaciones realizadas / Capacitaciones programadas = 1



PROCESO	CAUSAS	RIESGO	CALIFICACIÓN		ZONA DE RIESGO	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
			PROBABILIDAD	IMPACTO						
Gestión Gerencial	Prebendas otorgadas por clientes o proveedores como viajes, gastos personales, estudios, dinero, entre otros.	Clientelismo	2	10	Moderada	Reducir	Capacitación y sensibilización al personal de los procesos	Capacitación sobre las normas vigentes disciplinarias y penales que castigan estas actuaciones para sensibilizar al personal sobre las consecuencias posibles.	Asesor Jurídico	Capacitaciones realizadas / Capacitaciones programadas = 1
Gestión Gerencial	Manipulación de ofertas	Manipulación de la Contratación	2	10	Moderada	Reducir	Manual de contratación actualizado.	Cumplimiento de la normatividad sobre contratación y de los procesos y procedimientos internos, proyección de estudios previos con base en las necesidades reales de adquisición de bienes y servicios para la ESE	Gerente Asesor Jurídico Subdirector Administrativo Auxiliar Administrativo Contratación	Documentación contractual revisada / Contratos suscritos = 1

2.1.3. CONSULTA Y DIVULGACIÓN:

Se aplicó la metodología para la identificación, análisis y calificación de los riesgos con los líderes de proceso.

Se publica en la página web institucional el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, así como también la Matriz de Riesgos de Corrupción, lo anterior en el link:

<http://www.hsjbelen.gov.co/index.php?module=19>

2.1.4. MONITOREO Y REVISIÓN:

Una vez diseñado y validado el plan anticorrupción, es necesario monitorearlo teniendo en cuenta que los riesgos nunca dejan de representar una amenaza para la entidad.

Se deben adelantar revisiones sobre la marcha para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que pueden estar influyendo en la aplicación de las acciones preventivas.

El monitoreo está a cargo de los líderes de procesos en conjunto con sus equipos de trabajo. Deberán revisar periódicamente el documento y si es el caso ajustarlo y publicar los cambios.

2.1.5. SEGUIMIENTO:

Teniendo en cuenta que aunque resultan nuevos riesgos y algunos permanecen, éstos nunca dejan de representar una amenaza para el Hospital, el seguimiento es esencial para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que puedan estar influyendo en la aplicación de las acciones preventivas y verificar la efectividad del plan de tratamiento de los riesgos, el sistema de administración y las estrategias implementadas para asegurar que están siendo efectivas.

La Oficina de Control Interno, en coordinación con los directos responsables de las áreas, realizará el seguimiento, con base en el cronograma de las Auditorías Internas de Control Interno; esto permitirá conocer el comportamiento, incluso, identificar nuevos riesgos, aplicar correctivos y ajustes necesarios para asegurar el efectivo manejo del riesgo; así mismo, dentro de su función asesora comunicará a las respectivas áreas y a la Gerencia, los hallazgos y sugerencias para la prevención y tratamiento de los riesgos detectados.

2.1.6. ACTIVIDADES:

ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	META O PRODUCTO	RESPONSABLE
MAPA DE RIESGOS	Revisar y actualizar con los líderes de procesos, el mapa de riesgos de cada proceso.	Mapa de Riesgos por Proceso Actualizado	Líderes de Proceso
	Analizar y monitorear el estado de los riesgos desde la Alta Dirección para la toma de decisiones.	Análisis y Monitoreo por parte de la Gerencia	Gerente
MAPA DE RIESGOS	Administrar y efectuar seguimiento a los riesgos identificados en cada proceso	Seguimiento a Riesgos	Líderes de Proceso
	Evaluar la efectividad de la política de Administración del Riesgo y los controles establecidos en el mapa de riesgos institucional	Análisis de la política de Administración de Riesgos	Gerente
	Difundir actualizaciones a la política y mapa de riesgos institucional.	Incluir tema de Mapa de Riesgos Institucional en las Jornadas de Inducción y Reinducción 2021	Subdirector Administrativo

2.2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

Busca facilitar al ciudadano el acceso a los trámites y servicios que brinda la entidad, por lo que se han implementado acciones normativas, administrativas y tecnológicas que tienden a simplificar, optimizar y automatizar los trámites existentes.

Se han establecido medios adecuados que permitan mejorar las comunicaciones con los usuarios tanto internos como externos, con el mejoramiento de medios electrónicos, redes de datos, optimización de la página Web e instrumentos tecnológicos del Hospital, con el propósito de racionalizar los trámites y procedimientos administrativos divulgar, promocionar y facilitar el acceso a la prestación de los servicios de salud y servicios complementarios del Hospital con las siguientes actividades:

2.2.1. IDENTIFICACIÓN DE TRÁMITES:

IMPLEMENTACIÓN DE SUIT

Desde el año 2015 la entidad una reunión en Pereira donde el DAFP capacita al personal de sistemas de la E.S.E sobre el manejo de la plataforma SUIT, donde se crea un usuario y se definen cuáles son los trámites que aplican para la E.S.E.

En reunión con Calidad, Control Interno y Sistemas de Información se analizan uno a uno los trámites que aplican a la E.S.E y se define plan de trabajo para incluir la totalidad de trámites que aplican para la entidad.

2.2.2. PRIORIZACIÓN DE TRÁMITES:

TRÁMITES INCLUIDOS EN LA PLATAFORMA SUIT:

Los siguientes trámites fueron aprobados e incluidos en la plataforma SUIT

- Solicitud de Historia Clínica
- Solicitud de Certificado de Defunción
- Solicitud de Atención Inicial de Urgencias
- Solicitud de Asignación de citas
- Dispensación de Medicamentos
- Solicitud de toma de Rayos X
- Solicitud de Fisioterapia
- Solicitud de toma de Examen de Laboratorio

En reuniones de planeación y elaboración del Plan Operativo Anual, se socializa con líderes la necesidad de capturar la información para cada trámite y se define la forma como cada líder hace llegar la información para subir a la Plataforma SUIT. La racionalización de trámites se implementó a partir del 01-01-2016 en la Plataforma SUIT.

En este link se busca HOSPITAL SAN JOSÉ DE BELÉN DE UMBRÍA y allí se encuentran los trámites:
<http://www.suit.gov.co/inicio>

2.2.3. ACTIVIDADES:

ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	META O PRODUCTO	RESPONSABLE
MEDIDAS ANTITRÁMITES	Suprimir o racionalizar los trámites requeridos por la empresa para la prestación de servicios o para la entrega de la información que requiera la ciudadanía.	Seguimiento a priorización y racionalización de Trámites	Subdirector Científico Sistemas de Información
	Inscripción de trámites en el SUIIT	Revisión trámites inscritos en el SUIIT	Sistemas de Información
	Implementación de mecanismos de solicitud de citas médicas por teléfono e Internet	Número de cupos ampliados para asignación de citas por internet y telefónicamente	Gerente Subdirector Científico Sistemas de Información
	Ampliación de cupos para asignación de citas para gestores comunitarios del área rural	Número de cupos ampliados según necesidad de las veredas	Subdirector Científico
	Adopción de los correos institucionales como un medio de comunicación oficial, evitado la radicación de oficios físicos.	Seguimiento a correos institucionales adoptados y en uso	Sistemas de Información
	Simplificación de los documentos soporte de las cuentas a fin de evitar documentos innecesarios o duplicados en las mismas y disminuir el volumen de documentos para archivar	Seguimiento a disminución de uso de papel y optimización de recursos (espacio-tiempo)	Subdirector Administrativo Sistemas de Información
	Link en página Web para recepción de hojas de vida de futuros contratistas	Link TRABAJE CON NOSOTROS habilitado en la página web institucional	Sistemas de Información
	Implementación de entrega de algunos resultados de exámenes por correo electrónico según criterios médicos y autorización escrita del usuario.	Seguimiento a envío de exámenes por correo electrónico a los usuarios que así lo soliciten y autoricen	Sistemas de Información Subdirector Científico Líderes de Procesos
	Implementación de entrega de historia clínica digital por correo electrónico según se defina en procedimiento.	Seguimiento a envío de historia clínica por correo electrónico a los usuarios que así lo soliciten y autoricen según el procedimiento	SIAU Coordinación de Calidad

2.3. RENDICIÓN DE CUENTAS.

La rendición de cuentas es una expresión de control social, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la evaluación de la gestión, y que busca la transparencia de la gestión de la administración pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno.

La ESE ha implementado el procedimiento de rendición de cuentas, que está plasmado en el Documento de Apoyo DI-DA-1, en el cual se establece como objetivo definir las actividades para el Procedimiento de Rendición de Cuentas a los ciudadanos, el cual permite establecer una metodología acorde con las necesidades y posibilidades de la comunidad, la ciudadanía y la entidad, para la presentación pública de los resultados de la gestión anual de la ESE, en el marco de los lineamientos definidos en la Política de Rendición de Cuentas de la Rama Ejecutiva a los Ciudadanos y con base en el Manual único de Rendición de Cuentas



2.3.1. OBJETIVOS DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS:

De acuerdo a la normatividad vigente, los principales objetivos de la Rendición de Cuentas son los siguientes:

- Fortalecer el sentido de lo público.
- Recuperar la legitimidad de las instituciones del estado.
- Facilitar el ejercicio del control social a la gestión pública.
- Contribuir al desarrollo de los principios constitucionales del transparencia, responsabilidad, eficacia, eficiencia, imparcialidad y participación ciudadana en el manejo de los recursos públicos
- Constituir un espacio de interlocución directa entre los servidores públicos y la ciudadanía
- Servir como insumo para ajustar proyectos y planes de acción de manera que responda a las necesidades y demandas de la comunidad.

2.3.2. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO:

La entidad basa su estrategia en el Procedimiento de Rendición de Cuentas DI-DA-1, el cual proporciona la metodología para la realización de esta actividad y los temas que en ella se deben exponer.

Los pasos que se tienen planteados son:

- Insumos:
 - Necesidades de información de los usuarios, información de la gestión que deberá exponer la entidad.
- Planeación:
 - Conformación de grupo de trabajo
 - Organización de la Audiencia Pública
- Ejecución
La ESE Hospital San José de Belén de Umbría - Risaralda, realizará la rendición de cuentas por medio de audiencia pública máximo un mes después de la presentación del Informe de Gestión ante la Junta Directiva de la ESE con la invitación pública a su realización y participación directa de la comunidad hospitalaria, asociación de usuarios, grupos organizados y ciudadanía en general
- Evaluación:
 - Consolidación encuesta
 - Elaboración Plan de Acción
 - Ejecución y seguimiento Plan de Acción
- Publicación.
 - Publicar los resultados de la consulta y los documentos ajustados de los temas y contenidos para la rendición de cuentas, Identificando las prioridades establecidas por los ciudadanos y grupos de interés.
 - Publicación del informe de la rendición de cuentas anual, en la página Web de la entidad y se enviará copia al respectivo organismo de control.

- Publicación en la página Web y en las redes sociales información sobre las actividades que desarrolla el Hospital según lo establece la Ley 1712 de 2014 (Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública)

2.3.3. ACTIVIDADES:

ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	META O PRODUCTO	RESPONSABLE
RENDICIÓN DE CUENTAS	La ESE Hospital San José de Belén de Umbría - Risaralda, realizará la rendición de cuentas por medio de audiencia pública máximo un mes después de la presentación del Informe de Gestión ante la Junta Directiva de la ESE con la invitación pública a su realización y participación directa de la comunidad hospitalaria, asociación de usuarios, grupos organizados y ciudadanía en general.	Audiencia pública de Rendición de Cuentas	Gerente Asesor Control Interno
	Publicar los resultados de la consulta y los documentos ajustados de los temas y contenidos para la rendición de cuentas, identificando las prioridades establecidas por los ciudadanos y grupos de interés.	Publicación de informe en página web institucional, página web SUPERSALUD, emisión televisiva.	Gerente Asesor Control Interno
	Publicación del informe de la rendición de cuentas anual, en la página Web de la entidad y se enviará copia al respectivo organismo de control.	Publicación de informe en página web institucional, página web SUPERSALUD, emisión televisiva.	Gerente Asesor Control Interno
	Publicación en la página Web y en las redes sociales información sobre las actividades que desarrolla el Hospital según lo establece la Ley 1712 de 2014 (Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública)	Publicación en página web institucional de actividades realizadas por la ESE	Gerente Asesor Control Interno

2.4. MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO.

Busca mejorar la calidad y el acceso a los trámites y servicios de las entidades públicas, mejorando la satisfacción de los ciudadanos y facilitando el ejercicio de sus derechos.

Para garantizar la participación ciudadana en forma real y efectiva, se han venido fortaleciendo y seguirán en proceso de fortalecimiento y mejora los siguientes instrumentos:

- Actualización permanente de la página Web www.hsjbelen.gov.co con relación a los planes, programas y proyectos de la ESE.
- Fortalecer en cada dependencia la Atención al Ciudadano para proveer una información veraz y oportuna, ya sea de forma presencial, virtual o vía telefónica
- Hacer del Código de Ética un instrumento guía para generar relaciones de respeto y fortalecer siempre la imagen institucional ante el ciudadano.
- Disponer de diferentes mecanismos para la recepción de quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones: Página Web, buzones en diferentes áreas del Hospital, ventanilla única, funcionarios de la ESE.



- Responder en los términos establecidos por la ley las peticiones escritas, virtuales, presenciales y telefónicas, de carácter general, particular y de información, que presenten los ciudadanos a través de los diferentes mecanismos dispuestos para su recepción.
- Elaboración de plan de mejoramiento de propuestas, quejas, reclamos y expectativas planteadas por la ciudadanía en la rendición de cuentas.
- Realización periódica de encuestas de satisfacción al usuario.
- Implementar acciones de educación, concientización, fortalecimiento y promoción de una nueva cultura de responsabilidad, dirigidos a la comunidad en general
- Presentar informes mensuales, ante el Comité de Ética y Comité de Calidad, sobre el estado de las quejas, reclamos y denuncias por parte de los usuarios, para la definición de acciones de mejora en las áreas correspondientes

ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	META O PRODUCTO	RESPONSABLE
MECANISMOS DE MEJORA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	Actualización permanente de la página Web www.hsjbelen.gov.co con relación a los planes, programas y proyectos de la ESE.	Seguimiento a actualización de contenidos de la página web institucional de manera periódica	Sistemas de Información
	Fortalecer en cada dependencia la Atención al Ciudadano para proveer una información veraz y oportuna, ya sea de forma presencial, virtual o vía telefónica	Disminución de quejas y reclamos por atención inadecuada al ciudadano Sensibilización y capacitación a los colaboradores de la ESE para brindar atención oportuna y amable al ciudadano	Gerente Subdirector Administrativo
MECANISMOS DE MEJORA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	Hacer del Código de Ética un instrumento guía para generar relaciones de respeto y fortalecer siempre la imagen institucional ante el ciudadano.	Socialización y seguimiento al Código de Ética institucional	Subdirector Administrativo Subdirector Científico
	Disponer de diferentes mecanismos para la recepción de quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones: Página Web, buzón en diferentes áreas del Hospital, ventanilla única, funcionarios de la ESE.	Socialización y seguimiento a los diferentes mecanismos para recepción de quejas, reclamos y felicitaciones	Subdirector Científico
	Responder en los términos establecidos por la ley las peticiones escritas, virtuales, presenciales y telefónicas, de carácter general, particular y de información, que presenten los ciudadanos a través de los diferentes mecanismos dispuestos para su recepción.	Verificación de la oportunidad en la respuesta a los derechos de petición, quejas y reclamos entablados por los ciudadanos ante la ESE	Subdirector Científico
	Elaboración de plan de mejoramiento de propuestas, quejas, reclamos y expectativas planteadas por la ciudadanía en la rendición de cuentas.	Plan de mejora elaborado, publicado y con seguimiento al cumplimiento de las acciones planteadas	Gerente
	Realización periódica de encuestas de satisfacción al usuario.	Evaluación de la satisfacción del usuario a través de aplicación de encuestas	Subdirector Científico
	Implementar acciones de educación, concientización, fortalecimiento y promoción de una nueva cultura de responsabilidad, dirigidos a la comunidad en general	Socialización y sensibilización a los usuarios y líderes sobre los servicios que presta el hospital, los mecanismos de acceso al uso de los servicios y mecanismos de participación.	Subdirector Administrativo Subdirector Científico Líderes de Proceso
	Presentar informes mensuales, ante el Comité de Ética y Comité de Calidad, sobre el estado de las quejas, reclamos y denuncias por parte de los usuarios, para la definición de acciones de mejora en las áreas correspondientes	Actas de reuniones con análisis y compromisos para toma de acciones de mejora	Gerente

2.4.1. ACTIVIDADES:

ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	
ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Incorporar recursos en el presupuesto para el desarrollo de iniciativas que mejoren el servicio al ciudadano	Incluir en el plan anual de capacitaciones actividades de sensibilización y capacitación al personal sobre atención y servicio al ciudadano	Gerente Subdirector Administrativo	
	Establecer mecanismos de comunicación directa entre la áreas de servicio al ciudadano y la Alta Dirección para facilitar la toma de decisiones en el desarrollo de iniciativas de mejora	Asistencia a reuniones de la Asociación de Usuarios	Gerente Subdirector Científico	
		Audiencia Pública de Rendición de Cuentas	Gerente Líderes de Proceso	
		Evaluación de PQR	Asesor Control Interno	
FORTALECIMIENTO DE LOS CANALES DE ATENCIÓN	Realizar ajustes razonables a los espacios físicos de atención y servicio al ciudadano para garantizar su accesibilidad	Autodiagnóstico según NTC 6047 de espacios físicos para identificar ajustes requeridos Intervención de espacios físicos de atención al usuarios, según disponibilidad de recursos de la ESE	Gerente Subdirector Administrativo Subdirector Científico Líder de Mantenimiento	
	Implementar instrumentos y herramientas para garantizar la accesibilidad a las páginas web de las entidades	Autodiagnóstico según NTC 5854	Sistemas de Información	
TALENTO HUMANO	Fortalecer las competencias de los servidores públicos que atienden directamente a los ciudadanos a través de procesos de cualificación	Incluir en el plan anual de capacitaciones actividades de sensibilización y capacitación al personal sobre atención y servicio al ciudadano	Gerente Subdirector Administrativo	
	Promover espacios de sensibilización para fortalecer la cultura de servicio al interior de las entidades.	Incluir en el plan anual de capacitaciones actividades de sensibilización y capacitación al personal sobre atención y servicio al ciudadano	Gerente Subdirector Administrativo	
	Fortalecer los procesos de selección del personal basados en competencias orientadas al servicio.	Incluir en el proceso de selección de personal evaluación de competencias y habilidades orientadas al servicio	Gerente Subdirector Administrativo Subdirector Científico	
	Evaluar el desempeño de los servidores públicos en relación con su comportamiento y actitud en la interacción con los ciudadanos	Concertar objetivos enfocados al mejoramiento en la atención al ciudadano	Seguimiento a competencias comunes a los servidores públicos Seguimiento a competencias comportamentales por nivel jerárquico	Evaluadores
		Incluir en el Plan Institucional de Capacitación temáticas relacionadas con el mejoramiento del servicio al ciudadano, como por ejemplo: cultura de servicio al ciudadano, fortalecimiento de competencias para el desarrollo de la labor de servicio, innovación en la administración pública, ética y valores del servidor público, normatividad, competencias y habilidades personales, gestión del cambio, lenguaje claro, entre otros.		
	Establecer un sistema de incentivos monetarios y no monetarios, para destacar el desempeño de los servidores en relación al servicio prestado al ciudadano	Seguimiento a programa de bienestar social e incentivos de la vigencia	Subdirector Administrativo	

ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	META O PRODUCTO	RESPONSABLE
NORMATIVO Y PROCEDIMENTAL	Establecer un reglamento interno para la gestión de las peticiones, quejas y reclamos.	Revisión, actualización y socialización de procedimiento de PQR	Subdirector Científico
	Incorporar en el reglamento interno de mecanismos para dar prioridad a las peticiones presentadas por menores de edad y aquellas relacionadas con el reconocimiento de un derecho fundamental.	Revisión, actualización y socialización de procedimiento de PQR	Subdirector Científico
	Elaborar periódicamente informes de PQRS para identificar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios	Seguimiento a PQRS	Asesor Control Interno
	Realizar campañas informativas sobre la responsabilidad de los servidores públicos frente a los derechos de los ciudadanos	Socializar y divulgar los derechos de los ciudadanos y la responsabilidad de los servidores públicos frente a estos	Gerente Subdirector Administrativo Subdirector Científico
	Cualificar el personal encargado de recibir las peticiones.	Actualización y socialización de procedimiento de PQR	Subdirector Científico
	Construir e implementar una política de protección de datos personales.	Socialización y seguimiento de la política que ya está implementada	Gerente Sistemas de Información
	Definir mecanismos de actualización normativa y cualificación a servidores en esta área.	Incluir en el plan anual de capacitaciones actualización normativa y cualificación a los servidores del área de sistemas de información	Gerente Subdirector Administrativo
NORMATIVO Y PROCEDIMENTAL	Elaborar y publicar en los canales de atención la carta de trato digno.	Elaboración y publicación de la carta del trato digno	Gerente Subdirector Administrativo Subdirector Científico Sistemas de Información
	Definir e implementar elementos de apoyo para la interacción con los ciudadanos, como los formatos para recepción de peticiones interpuestas de manera verbal.	Actualización y socialización de procedimiento de PQR	Subdirector Científico
RELACIONAMIENTO CON EL CIUDADANO	Caracterizar a los ciudadanos - usuarios - grupos de interés y revisar la pertinencia de la oferta, canales, mecanismos de información y comunicación empleados por la entidad.	Caracterización de usuarios y grupos de interés	Gerente Subdirector Científico Sistemas de Información
	Realizar periódicamente mediciones de percepción de los ciudadanos respecto a la calidad y accesibilidad de la oferta institucional y el servicio recibido, e informar los resultados al nivel directivo con el fin de identificar oportunidades y acciones de mejora.	Evaluación y seguimiento a resultados de encuestas de satisfacción del usuario	Subdirector Científico

2.5. MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN:

ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	META O PRODUCTO	RESPONSABLE
LINEAMIENTOS DE TRANSPARENCIA ACTIVA	Publicar en la página web la totalidad de la información mínima obligatoria estipulada en el artículo 9 de la Ley 1712 de 2014 que sean aplicables a la entidad	Información mínima obligatoria aplicable publicada	Sistemas de Información
	Publicar los procedimientos de contratación definidos por la entidad en cumplimiento del artículo 11 de la ley 1712 de 2014.	Procedimientos de contratación publicados en la página web y SECOP	Subdirector Administrativo
	Publicación y divulgación de información establecida en la Estrategia de Gobierno en Línea.	Publicación de información según estrategia Gobierno en Línea	Sistemas de Información



ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	META O PRODUCTO	RESPONSABLE
LINEAMIENTOS DE TRANSPARENCIA PASIVA	Revisar y ajustar los tiempos definidos para la respuesta a las peticiones en el procedimiento de PQR	Actualización y socialización de procedimiento de PQR	Subdirector Científico Asesor Control Interno
ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Elaborar, adoptar mediante acto administrativo y publicar los instrumentos de gestión de la información: Inventario de activos de información, Índice de información clasificada y reservada y Esquema de publicación de información de acuerdo con los artículos 12, 13 y 20 de la Ley 1712 de 2014.	Tres (3) instrumentos adoptados y publicados	Sistemas de Información
CRITERIO DIFERENCIAL DE ACCESIBILIDAD	Elaborar un diagnóstico de accesibilidad y usabilidad del portal web con el fin de identificar acciones de mejora para la accesibilidad	Diagnóstico de accesibilidad y usabilidad	Sistemas de Información
MONITOREO DEL ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA	Elaborar informe de solicitudes de acceso a información que contenga el número de solicitudes recibidas, el número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, el tiempo de respuesta a cada solicitud y el número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.	Informe de solicitudes de acceso a información	Subdirector Científico Asesor Control Interno Sistemas de Información

2.6. INICIATIVAS ADICIONALES:

2.6.1. VALORES DEL CÓDIGO DE INTEGRIDAD

Cada uno de los valores que incluyó el Código, determinó una línea de acción cotidiana para los servidores, quedando condensados cinco (5) valores así:

RESPECTO: 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.

HONESTIDAD: Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia, rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

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.

JUSTICIA: Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

DILIGENCIA: Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

2.6.2. ELEMENTOS ESTRATÉGICOS CORPORATIVOS

MISIÓN:

La ESE Hospital San José de Belén de Umbría es una institución prestadora de servicios de salud, especialmente de primer nivel de atención, que basa la prestación de servicios en criterios de calidad, humanización, respeto y seguridad.

VISIÓN:

La ESE Hospital San José de Belén de Umbría en el 2020 será una entidad reconocida por la prestación de servicios con calidad, atención con seguridad; estabilidad financiera para generar valor y confianza a las partes interesadas, impactando la calidad de vida de la comunidad.



POLÍTICAS:

POLÍTICA DE CALIDAD Y SEGURIDAD:

La ESE Hospital San José tiene como política de calidad y seguridad, la satisfacción de las necesidades en salud del usuario, de su entorno familiar y demás clientes de la organización, brindando servicios con calidez, igualdad, oportunidad, accesibilidad, seguridad, humanización y responsabilidad; generando un amplio impacto social, fomentando el autocuidado a través del compromiso empresarial y comunitario. Cumpliendo con las normas vigentes en salud y calidad, buscando el mejoramiento continuo en la prestación del servicio y una actualización permanente de su personal.

POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:

La ESE Hospital San José de Belén de Umbría, como entidad prestadora de servicios de salud, se compromete a la prevención de accidentes, incidentes y enfermedades laborales, generados por los riesgos tales como: biológico, público, psicosocial, ergonómico entre otros y controlando el impacto ambiental generado por los residuos propios de la E.SE, garantizando el bienestar físico, psicológico y social de los trabajadores, dando alcance a todas las áreas y a todos los trabajadores, incluyendo personal directo e indirecto como contratistas, estudiantes y visitantes, además se hará promoción en hábitos y estilos de vida saludable buscando un mejoramiento continuo en los procesos y tareas, dando cumplimiento a los requisitos legales y otros aplicables.

La alta dirección se compromete asignar los recursos necesarios para el desarrollo de Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSSST, y gestión ambiental.

POLÍTICA DE GESTIÓN AMBIENTAL:

La ESE Hospital San José de Belén de Umbría tiene como política ambiental, la disposición adecuada de residuos que se generan en las diferentes áreas funcionales, para la mitigación del daño al medio ambiente, teniendo en cuenta la aplicación de la normatividad vigente.

POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO:

(RESOLUCIÓN No. 067-2017 "POR LA CUAL SE ACTUALIZAN LA POLÍTICA Y LINEAMIENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS Y SE ADOPTA EL MANUAL ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS CI-DA-001, EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN JOSÉ DE BELÉN DE UMBRÍA")

La ESE Hospital San José de Belén de Umbría, coherente con su política de Calidad y Seguridad del Paciente, con los componentes que define el MECI, con los objetivos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para la Atención en Salud y la política de Seguridad y Salud en el Trabajo; busca proteger a sus usuarios internos y externos, de los potenciales riesgos asociados a la prestación del servicio. La ESE desde la Alta Dirección, se compromete a establecer los mecanismos y recursos necesarios, en la medida que exista la disponibilidad de los mismos, para garantizar la gestión de los riesgos relacionados con el desarrollo de sus procesos, que pudieran afectar a las personas, las instalaciones, los bienes y los equipos; para tal efecto realizará la identificación, análisis, valoración e intervención de los riesgos inherentes al quehacer institucional; así como también realizará el monitoreo al Mapa de Riesgos Institucional y Mapa de Riesgos Anticorrupción, con el fin de actualizarlos periódicamente, contribuyendo de esta forma al logro de los objetivos y a la misión de la Empresa.



POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y USO DE LA INFORMACIÓN DE DATOS PERSONALES:

(RESOLUCIÓN No. 136-2013 POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y USO DE LA INFORMACIÓN DE DATOS PERSONALES EN LA ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE BELÉN DE UMBRÍA – RISARALDA)

La ESE Hospital San José de Belén de Umbría – Risaralda, asegura la confidencialidad y preservación de la información generada en el proceso de atención en salud, obtenida y registrada en bases de datos, conforme a la Ley 1581 de 2012.

POLÍTICA ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO:

La ESE Hospital San José de Belén de Umbría, adopta cada año el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, dando cumplimiento a la Ley 1474 de 2011 “Estatuto Anticorrupción”, y establece estrategias encaminadas a la Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano, a través de:

- El mapa de riesgos de corrupción de la ESE y sus respectivas medidas de mitigación.
- Acciones de racionalización de trámites para la institución.
- Mecanismos de rendición de cuentas para la entidad.
- Acciones de mejoramiento en la atención al ciudadano.

POLÍTICAS CONTABLES:

El Control Interno Contable, es un proceso que se adelanta en las entidades y organismos públicos, bajo la responsabilidad del Representante Legal y de los directivos responsables de las áreas contables; con el fin de lograr la existencia y efectividad de los procedimientos de control y verificación de las actividades propias del proceso contable, capaces de garantizar razonablemente que la información financiera, económica, social y ambiental cumpla con las características de confiabilidad, relevancia y comprensibilidad.

Para lograr lo anterior, la ESE ha implementado las Normas Internacionales de Información Financiera NIIF.

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS:

Precisan el ser, deber ser y hacer institucional. Con el propósito de garantizar un efectivo cumplimiento de la misión y alcance de la visión, la ESE Hospital San José de Belén de Umbría - Risaralda, ha definido los siguientes lineamientos estratégicos que orientan la gestión de los funcionarios que integran la ESE y en especial de quienes ejercen el liderazgo y dirección de los equipos de trabajo.

Para desarrollar la misión y lograr el alcance de la visión, la ESE Hospital San José tendrá las siguientes líneas estratégicas, las cuales serán la base del enfoque de todos los esfuerzos institucionales para el periodo 2016 – 2020.



ATENCIÓN EN SALUD:

Fortalecer el modelo de atención basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad, llevando el hospital a la comunidad rural en jornadas de atención extramural.

GESTIÓN FINANCIERA:

Garantizar los mecanismos para lograr la sostenibilidad y viabilidad en el tiempo de la ESE

GESTIÓN DE LA CALIDAD:

Implementar como cultura organizacional la prestación de servicios de salud con calidad, seguridad y humanización

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO:

Implementar estrategias que permitan sensibilizar y capacitar el talento humano, con el fin de crear compromiso para la prestación de servicios de salud con calidad, seguridad y humanización.

GESTIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN:

Fortalecer el sistema de información de la ESE con el fin de ampliar la capacidad, seguridad y gestión de la información y lograr actualizaciones en tecnologías de la información que permitan agilidad en los procesos y fácil acceso al usuario.



3. FUNDAMENTO LEGAL

En la ESE Hospital San José de Belén de Umbría - Risaralda, se hace necesaria la implementación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano obedeciendo a las siguientes normas legales:

- Constitución Política de Colombia.
- Ley 87 de 1993 (Sistema Nacional de Control Interno).
- Ley 190 de 1995 (normas para preservar la moralidad en la administración pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa).
- Decreto 139 de 1996: Por el cual se establecen los requisitos y funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público y se adiciona el Decreto número 1335 de 1990.
- Ley 489 de 1998, artículo 32 (Democratización de la Administración Pública).
- Ley 599 de 2000 (Código Penal).
- Ley 610 de 2000 (establece el trámite de los procesos de responsabilidad fiscal de competencia de las contralorías).
- Ley 678 de 2001, numeral 2, artículo 8o (Acción de Repetición).
- Ley 734 de 2002 (Código Único Disciplinario).
- Ley 850 de 2003 (Veedurías Ciudadanas).
- Decreto 1599 de 2005: adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.
- Ley 1474 de 2011 (dictan normas para fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública).
- Decreto 734 de 2012: Por el cual se reglamenta la Ley 1474 de 2011. En lo que aplica a las Empresas Sociales del Estado.
- Decreto 2641 de 2012: Por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011.
- Ley 1712 de 2014: Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 943 de 2014: Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno
- Decreto 124 de 2016: Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”

JHON FREDY MONTOYA VELÁSQUEZ
GERENTE