



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO

CODIGO: PLAP14A
VERSION: 002
FECHA DE ULTIMA REVISION:
18/Octubre/2019
PAGINA 1 de 66

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO

JULIO MÉNDEZ BARRENECHE

NIT. 891.780.185-2

DR. TOMÁS DIAZ GRANADOS CASADIEGO

Gerente

PRESENTACIÓN

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 “por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública” o “Estatuto Anticorrupción”, el cual establece que cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, que contemplará, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción de la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano; en concordancia con lo establecido en la normatividad vigente, y atendiendo las recomendaciones del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP; La ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche formula el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2020.

Cabe aclarar que la herramienta “plan anticorrupción y de atención al ciudadano” es un instrumento de tipo preventivo para control de la gestión, el cual incluye componentes que son independientes y autónomos, estos contienen parámetros y soportes de tipo normativo. *El primer componente* consiste en la elaboración de un mapa de riesgos y las medidas de control, prevención y mitigación de los mismos. *El segundo componente* explica los parámetros generales para racionalización de trámites.

Teniendo en cuenta del deber de la institución de brindar espacios para que la ciudadanía participe y se mantenga informada de la gestión realizada, se incluye *el tercer componente*, el cual consiste en la realización de la rendición de cuentas por parte de la gerencia, beneficiando la transparencia en el accionar de la institución, *el cuarto componente* aborda aquellos elementos que requieren integrar una estrategia de servicio al ciudadano indicando actividades que deben desarrollarse al interior de la institución con el fin de mejorar la calidad de atención y accesibilidad de los trámites y servicios que se ofrecen a los ciudadanos.

En aras de dar cumplimiento a la Ley 1712 del 6 de marzo 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", se establece el *quinto componente*.

La ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, establece las herramientas necesarias que garanticen transparencia en la gestión, manteniendo los procesos de control social para la ejecución de todos los proyectos, garantizando la formación de veedores ciudadanos que logren un ejercicio libre y lo más técnico posible.

Contenido

MARCO NORMATIVO	5
OBJETIVOS CORPORATIVOS	7
PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	8
MISIÓN	8
VISIÓN	8
VALORES COPORATIVOS	9
PRINCIPIOS CORPORATIVOS.....	10
DESARROLLO DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	12
PRIMER COMPONENTE: METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y ACCIONES PARA SU MANEJO.....	12
SEGUNDO COMPONENTE: ESTRATEGIA ANTI TRÁMITES	¡Error! Marcador no definido.
TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS.....	57
CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	61
QUINTO COMPONENTE: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	64

MARCO NORMATIVO

- ✚ **Constitución Política de Colombia:** En el marco de la constitución de 1991 se consagraron principios para luchar contra la corrupción administrativa en Colombia.
- ✚ **Ley 80 de 1993:** Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, en las exorbitancias.
- ✚ **Ley 87 de 1993:** Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.
- ✚ **Ley 734 de 2002:** Por la cual se expide el Código Único Disciplinario.
- ✚ **Ley 850 de 2003:** Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas. Crea el marco legal para el ejercicio de la veeduría en nuestro país, así como un procedimiento para la constitución e inscripción de grupos de veeduría y principios rectores.
- ✚ **Ley 1474 de 2011:** Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- ✚ **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 1876 de 1994:** Reglamenta artículos de la Ley 100 de 1993 en relación a las Empresas Sociales del Estado.
- ✚ **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.
- ✚ **Decreto 1599 de 2005:** adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.

- ✚ **Decreto 371 de 2010:** Alcaldía Mayor de Bogotá, por el cual se establecen lineamientos para preservar y fortalecer la transparencia y para la prevención de la corrupción en las Entidades y Organismos del Distrito Capital.
- ✚ **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.
- ✚ **Decreto 943 de 2014:** Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno.
- ✚ **Decreto 124 de 2016:** 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.
- ✚ **Decreto 1083 de 2015** Regula el procedimiento para establecer y modificar los trámites autorizados por la ley y crear las instancias para los mismos efectos.
- ✚ **Decreto 1081 de 2015** Señala como Metodología para elaborar la estrategia de lucha contra la corrupción la contenida en el documento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.
Decreto 124 de 2016, “por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015”
- ✚ **Decreto 1499 de 2017 del 11 de septiembre de 2017**, que actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, armonizado en sus dimensiones Control Interno -Gestión del riesgo de corrupción-, Gestión con Valores para Resultados -Racionalización de Trámites, Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano y Rendición de cuentas-, e Información y comunicación -Mecanismos para la transparencia y el acceso a la información-, y atendiendo las recomendaciones del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP

OBJETIVOS CORPORATIVOS

En el marco de la misión institucional, la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, estableció los siguientes objetivos corporativos:

- ✚ Propender por ofrecer un servicio humanizado, generando un vínculo entre el paciente y todo el personal involucrado en su atención.
- ✚ Promover una cultura de seguridad del paciente, que permita disminuir los riesgos en la atención y generar una Institución segura.
- ✚ Fomentar espacios investigativos, proporcionando escenarios de prácticas formativas en convenio con las principales universidades a nivel regional.
- ✚ Impulsar altos estándares de calidad, encaminando las acciones del Hospital hacia la acreditación Institucional.
- ✚ Garantizar un óptimo manejo de los recursos, generando una sostenibilidad financiera.
- ✚ Lograr conquistar el 70% del mercado demandante de servicios de salud del departamento.
- ✚ Promover estrategias que favorezcan la lactancia materna orientando las acciones necesarias para mejorar el estado de salud y nutrición de mujeres y niños.
- ✚ Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, a través de la implementación de nuevas tecnologías.
- ✚ Establecer políticas que permitan la selección, capacitación y mejoramiento del talento humano de la Institución.

PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE

MISIÓN

Somos un hospital universitario prestador de servicios de salud de mediana y alta complejidad. Contamos con tecnología de punta y un capital humano altamente capacitado para satisfacer las necesidades de nuestros usuarios basados en una filosofía de mejoramiento continuo, buscando alcanzar altos estándares de calidad. Nuestra acción la enmarcamos generando escenarios de prácticas formativas e investigación, contando con la infraestructura física requerida para brindar bienestar a nuestros usuarios y generar una cultura de seguridad del paciente.

VISIÓN

Para el 2025 la E.S.E. Hospital Universitario Fernando Troconis será reconocida a nivel regional y nacional como una institución segura, líder en la atención integral con altos niveles de eficiencia y eficacia, con un alto rigor científico y académico, acreditada institucionalmente y centrada en la humanización del servicio. Nos consolidaremos por promover estrategias que favorezcan la salud y nutrición materna infantil y la práctica de la lactancia materna, propiciando calidad y calidez en la atención.

VALORES COPORATIVOS

Responsabilidad

- Cumplir oportunamente con los deberes y obligaciones del personal de la Institución, obteniendo la calidad esperada en el servicio.
- Es la capacidad de asumir las consecuencias de lo que se hace o se deja de hacer en la empresa y su entorno. Tomar acción cuando sea menester y obrar de manera que se contribuya al logro de los objetivos de la empresa.

Respeto

- Valorar a las personas sin importar su condición social, raza, cultura, propiciando una convivencia pacífica, y manteniendo buenas relaciones interpersonales tanto con el cliente interno como con el cliente externo.

Solidaridad

- Integrando las necesidades de los pacientes como necesidades propias del Hospital, y asociar los esfuerzos con el propósito de lograr determinados fines.

Honestidad

- Actuar con rectitud y veracidad en conformidad con las normas morales y el código de ética, según la sociedad y la cultura Institucional. Rechazando complicidad y comportamientos inadecuados que comprometan el buen nombre del Hospital.

Compromiso

- Involucrar a todo el personal de la Institución en ir mas allá del simple deber, participando proactivamente en el logro de la visión, misión y objetivos de calidad.

Prudencia

- Conservar la reserva de la información en los diferentes espacios.

Transparencia

- Actuar de manera abierta, dando a conocer el fondo de las decisiones públicas y respondiendo por ellas ante cualquier entidad.

Tolerancia

- Aceptación de la diversidad de opinión, escuchando y valorando las diferentes formas de entender sin atentar contra los derechos fundamentales de la persona.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

Eficiencia

- Utilizando los recursos de la Institución de manera óptima, generando una rentabilidad y suficiencia patrimonial.

Eficacia

- Garantizando el cumplimiento de un servicio de calidad, que satisfaga las necesidades implícitas y explícitas de los usuarios de la Institución.

Integralidad

- Garantizando un servicio continuo tanto a pacientes como a familiares, brindando servicios de alta calidad científica, tecnológica, humana.

Excelencia

- Logrando resultados óptimos en la prestación del servicio, generando pacientes satisfechos. Encaminando las acciones hacia el cumplimiento de la visión Institucional.

Calidad

- Logrando efectividad en cada uno de los procesos de la Institución, que se ve reflejada en el impacto positivo en la prestación del servicio.

Integralidad humana

- Generando una cultura de seguridad del paciente, respetando y generando conciencia de la importancia de valorar los derechos de los usuarios.

Calidez

- Garantizar que los pacientes de la Institución reciban un servicio cordial que les genere bienestar tanto físico como mental, logrando la humanización en todo el personal asistencial.

Mejoramiento continuo

- Analizar las necesidades y cambios del entorno, para poder responder eficaz y eficientemente a todas las situaciones que se puedan presentar. Lo que permite generar una cultura de adaptación y flexibilidad en todos los procesos de la Institución.

Igualdad

- Brindar las mismas oportunidades de atención para todos los usuarios del Hospital, sin distinguir clase social, raza, cultura.

No maleficencia

- Evitar el daño del paciente actuando correctamente y con prudencia y pertinencia.

Seguridad del paciente

- Velar por brindar un servicio seguro a los pacientes y culturizarlos sobre el auto-cuidado.

DESARROLLO DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

PRIMER COMPONENTE: METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y ACCIONES PARA SU MANEJO.

Este componente toma como base, el listado sugerido en las “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”, de conformidad con los Artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011, se priorizaran aquellos procesos de mayor vulnerabilidad de riesgos de corrupción, teniendo en cuenta el mapa de procesos de la institución, de acuerdo a lo anterior los riesgos con mayor vulnerabilidad en la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, son los relacionados en la matriz de riesgo adjunta.

Proceso	RIESGO, EVENTO, FALLA O SITUACION PELIGROSA	GENERADO POR/ CAUSADO POR / FUENTE	POSIBLE CONSECUENCIA/ EFECTO NO DESEADO	PROBABILIDAD (De 1 a 5)	CONSECUENCIA (De 1 a 5)	Resultado	NIVEL DEL RIESGO INHERENTE (Probabilidad x Consecuencia)	CONVERSIÓN	CONTROLES ACTUALES (Controles de ingeniería, señalización/ advertencias o controles administrativos o EPP)
PLANEACION ESTRATEGICA	Debilidades en la administración de los riesgos (Identificación inadecuada, omisión del riesgo, inadecuada valoración, tratamiento insuficiente y falta de control)	Error humano. Falta de análisis. No se logró un buen diagnóstico Falta de Conocimiento	No tomar medidas preventivas para evitar o mitigar el riesgo. Materialización del Riesgo	4	4	16	Alto	4	1. Procedimiento de Gestión del Riesgo 2. Capacitación matriz del riesgo 3. Monitoreo a riesgos
	Formulación inadecuada o muy ambigua de estrategias, objetivos estratégicos, lineamientos y políticas, planes y programas estratégicos.	Deficiente Planificación. Desconocimiento de la institución y su entorno. Falta de lineamientos para la planeación estratégica Falta de Liderazgo y compromiso.	Incumplimiento al Plan de desarrollo establecido en la Institución Incumplimiento de metas de procesos Incumplimiento legal Pérdida de imagen y confianza de la Administración.	2	4	8	Medio	3	1. Procedimiento para el Direccionamiento Estratégico 2. Informes de seguimiento trimestral en Junta Directiva. 3. Indicadores de gestión a los planes establecidos 4. Informes de Rendición de cuentas

<p>No contar con información confiable, oportuna y clasificada tanto de nivel externo, como interno para formular los distintos Planes, Programas, Subprogramas y Proyectos.</p>	<p>Deficiencia en la existencia de una metodología sistemática hacia la generación de información estadística útil y en tiempo real Ausencia de una herramienta integradora tecnológica Falta de análisis de datos</p>	<p>Planeación Institucional inadecuada. Incumplimientos legales Toma de decisiones inadecuadas Pérdida de credibilidad e interrupción de la actividad desarrollada.</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>16</p>	<p>Alto</p>	<p>4</p>	<p>Análisis de datos en comités institucionales</p>
<p>Incumplimiento normatividad vigente</p>	<p>Desconocimiento de la normatividad aplicable. Falta de una metodología para la adecuada identificación, acceso y seguimiento de los requisitos legales aplicables Entrega extemporánea</p>	<p>Sanciones por incumplimiento legal</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>16</p>	<p>Alto</p>	<p>4</p>	<p>Seguimiento de procesos por parte de sus líderes</p>
<p>Deficiencias en la gestión de las auditorías tanto internas como externas</p>	<p>Falta de seguimiento a la implementación de los procedimientos de auditorías Falta de compromiso de los líderes de procesos con la gestión las auditorías.</p>	<p>Incumplimientos reportados por parte del equipo auditor. No establecimiento de los planes de mejora requeridos Sanciones. Cierre del servicio y/o intervención de la entidad Pérdida de clientes. Pérdida de imagen corporativa</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>16</p>	<p>Alto</p>	<p>4</p>	<p>1. Procedimiento para las Auditorías internas</p>

GESTION JURÍDICA	Defensa errada en procesos	<ul style="list-style-type: none"> * Desconocimiento o Desidia * Falta de competencia del personal asignado al proceso Carga laboral 	<ul style="list-style-type: none"> * Daño patrimonial * Pérdida de imagen Institucional Responsabilidades 	1	5	5	Bajo	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisión de procesos por parte de jefe oficina jurídica 2. informes mensual de procesos jurídicos
	Defensa basada en intereses particulares	<ul style="list-style-type: none"> * Aplicación de procedimientos poco éticos * Poca experiencia en el personal profesional * Presión de grupos de poder * Falta de control del proceso 	<ul style="list-style-type: none"> * Detrimiento patrimonial * Pérdida de imagen y credibilidad Responsabilidades 	1	5	5	Bajo	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisión de procesos por parte de jefe oficina jurídica 2. informes mensual de procesos jurídicos
	Inadecuado manejo de expedientes de los procesos judiciales	<ul style="list-style-type: none"> * Inseguridad en el cuidado y custodia de expedientes y documentos. * Tráfico de influencias en la consulta, utilización, manipulación y administración de expedientes. * Demora injustificada en el estudio, análisis, pruebas y evaluación de los expedientes. * Infraestructura inadecuada para el archivo de documentos * Deficiencia en la determinación de responsabilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> * Detrimiento patrimonial * Pérdida de imagen y credibilidad * Pérdida de demandas Perdida de documentación 	3	5	15	Alto	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asignación de responsabilidades sobre procesos legales 2. Archivo físico de expedientes por abogado 3. Archivo digitalizado de los expedientes

	Conciliaciones desfavorables para la entidad	<ul style="list-style-type: none"> * Ausencia de control * Primacia de los intereses particulares * Negligencia de los funcionarios *Desconocimientos de la legislación aplicable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afecta gravemente los intereses económicos y patrimoniales de la Institución. • Sanciones por parte de los entes de control 	1	5	5	Bajo	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisión por jefe de oficina jurídica 2. Comité de conciliaciones 3. Proceso institucional 4. apoyo de diversas áreas
GESTIÓN DE CALIDAD	Incumplimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de competencias del responsable del PAMEC 2. Ejercicio de Autoevaluación deficiente 3. Falta de seguimiento al plan de acción generado por el PAMEC 4. Falta de compromiso por parte de los líderes de procesos 5. PAMEC desarrollado para periodo de cortos plazo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sanciones por parte de los entes de Control 2. Estancamiento de procesos por la no implementación de acciones de mejora. 2. Demora para la acreditación Institucional 3. Afectación de la gestión gerencial. 	3	3	9	Medio	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cronograma de trabajo para la ejecución de cada una de las etapas del PAMEC 2. Seguimiento a la Ejecución del Plan de Acción generado para el PAMEC

<p>Debilidades en la gestión de los eventos adversos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poca cultura de reporte de eventos adversos 2. Errores en la clasificación de los eventos adversos 3. Demoras en el análisis y establecimiento de planes de mejora generados por los eventos adversos ocurridos 4. Falta de seguimiento a los eventos reportados 5. Falta de Capacitación sobre eventos adversos 6. Dar carácter punitivo al reporte 	<ol style="list-style-type: none"> 1, Aumento en la ocurrencia de los eventos adversos. 2. Daños a los pacientes 3. Poco mejoramiento en los procesos de asistenciales 4. Glosas 	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>16</p>	<p>Alto</p>	<p>4</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación sobre eventos adversos 2. Programa de seguridad del paciente 3. Presentación de informes de eventos adversos en Comités Institucionales.
<p>Procesos no estandarizados</p>	<p>Sistema de gestión de calidad en proceso de implementación. Líderes de procesos poco capacitados en Sistemas de Gestión. Falta de compromiso de los responsables de los procesos. Falta de seguimiento a los resultados de los procesos</p>	<p>Incumplimiento de los objetivos de procesos Fallas en la prestación de los servicios Pérdida de clientes Sanciones Toma de decisiones sin análisis de datos.</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>16</p>	<p>Alto</p>	<p>4</p>	<p>Capacitación a líderes de procesos sobre sistemas de gestión</p>

	No cumplir con los requisitos requeridos para obtener la Acreditación Institucional.	Desconocimiento de los Estándares de Acreditación por parte de los líderes de procesos Falta de compromiso de los líderes de procesos con el cumplimiento de los criterios de los estándares de acreditación Falta de recursos para la implementación del Componente de Acreditación Plazo corto para la implementación del Componente de Acreditación Falta de estandarización, seguimiento y control a los procesos	Perdida de la condición de Hospital Universitario Servicios con baja calidad	5	5	25	Muy Alto	5	<ol style="list-style-type: none"> Nombramiento de un equipo líder de acreditación Desarrollo de cronogramas de trabajo para alcanzar el cumplimiento de los estándares de acreditación Capacitación al personal sobre Sistema Único de acreditación Apoyo de entidades como Universidad del Magdalena y Ministerio de la salud y Protección Social Desarrollo de mesas de trabajo con lineamientos de acreditación
ATENCIÓN EN SALUD	Incumplimiento de los atributos de calidad de la atención en salud.	<ol style="list-style-type: none"> Fallas en el proceso de admisión y asignación de citas Fallas en el apoyo logístico Hospitalario. Falta de insumos y dispositivos médicos Falta de humanización en la atención 	<p>Insatisfacción de los usuarios y familia insatisfecho</p> <p>Reproceso</p> <p>Demora en la atención</p> <p>Larga estancia</p> <p>Eventos Adversos</p> <p>Pacientes con tratamientos interrumpidos</p>	4	4	16	Alto	4	<p>Comités Asistenciales</p> <p>Seguimiento a indicadores de gestión</p> <p>Capacitaciones</p> <p>Medición de la satisfacción del usuario</p>

Fallas en el ingreso del paciente al servicio.	<ol style="list-style-type: none"> Deficiencias en la solitud de autorizaciones Documentación Incompleta del paciente. Ausencia de estandarización de Procedimientos de traslados e ingresos entre servicios. Insuficiencia de personal de apoyo para el traslado eficiente de pacientes. No disponibilidad de camas en los servicios 	<p>Eventos adversos Glosas Mala Imagen Sanciones Insatisfacción de usuario Disminución de ingresos por venta de servicio</p>	3	4	12	Alto	4	Proceso de admisiones
Fallas en los registros clínicos	<ol style="list-style-type: none"> Ausencia de una herramienta sistemática para la consolidación de las Historia clínicas Falta de cultura del diligenciamiento adecuado de Registros Alta rotación de estudiantes - internos (convenio docencia servicio) 	<p>Eventos adversos Demandas y sanciones Aumento de costos, glosas y reproceso. Facturación inadecuada en Retraso en el proceso de atención, inadecuado registro, débil supervisión por el docente</p>	4	5	20	Muy Alto	5	<ol style="list-style-type: none"> Implementación de herramienta sistemática seguimiento por parte de comité de historias clínicas
Error en la identificación del paciente.	<p>Falla en la aplicación de procedimientos de identificación del paciente Falta de sensibilización en la importancia de la identificación del paciente. Falta de Herramientas visibles para la identificación del paciente Fallas e en el sistema de información (proceso de admisión)</p>	<p>Retraso en el proceso de atención del paciente Evento adverso Demandas, glosas</p>	2	5	10	Medio	3	<ol style="list-style-type: none"> Utilización de manillas de identificación Procedimiento de identificación y control de pacientes Sensibilización al personal asistencial.

<p>Fallas en los dispositivos médicos y equipos biomédicos.</p>	<p>Deficiencia en la presentación y embalaje de los dispositivos médicos. Falta de disponibilidad de dispositivos médicos y equipos biomédicos. Falla en la calidad en los dispositivos médicos. Deficiente competencia en el manejo de dispositivos y equipos biomédicos. Falla en el cumplimiento del programa de mantenimiento de los dispositivos y equipos biomédicos</p>	<p>Retraso en el proceso de atención del paciente Eventos adversos Insatisfacción del paciente y su familia Demandas, glosas</p>	<p>2</p>	<p>5</p>	<p>10</p>	<p>Medio</p>	<p>3</p>	<p>1. Plan de mantenimiento preventivo de dispositivo biomédicos</p>
<p>Estancia prolongada.</p>	<p>Paciente sin red de apoyo familiar y/o sin recursos. Falta de oportunidad para los traslados por la ambulancia. Falta de oportunidad en respuesta de la red de las EPS Deficiencia en el procedimiento de egreso Debilidad en la completitud de la documentación en el proceso de la admisión</p>	<p>Infección nosocomial Glosas Aumento en los costos Incumplimiento de las metas en los indicadores de ley</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>16</p>	<p>Alto</p>	<p>4</p>	<p>1. Mesas de trabajo EPS con el fin de lograr acuerdos de agilización de respuesta</p>

Infección intrahospitalaria	Débil adherencia a protocolos médicos y enfermería Insumos de deficiente calidad Medicamentos insuficientes Fallas en los procedimientos de desinfección	Paciente y familia insatisfecho, Demandas Eventos adversos	2	5	10	Medio	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comité de infecciones intrahospitalaria 2. Capacitaciones a personal asistencial 4. Manual para control y prevención de infecciones 3. Evaluación de adherencia de guías y protocolos
Caídas de pacientes.	Débil adherencia al protocolo de caídas Debilidad en la infraestructura física (barandas, baños, camillas, escalerillas, rejillas, superficie antideslizante) Incumplimiento en la ejecución del programa de mantenimiento	Eventos adversos, Insatisfacción del paciente, Demandas Aumento de los costos Pérdida de ingresos	1	5	5	Bajo	2	<ol style="list-style-type: none"> 1, Programa de seguridad del paciente 2. Capacitaciones a personal asistencial 3. Plan de mantenimiento de infraestructura 4. Plan de mantenimiento de equipos

<p>Fallas por el uso de medicamentos, hemocomponentes y dietas.</p>	<p>Débil programa de Farmacovigilancia. Seguimiento al programa de hemovigilancia. Débil adherencia al protocolo de administración de medicamentos (10 correctos). Debilidad en la adherencia al protocolo de gases medicinales. Entrega no adecuada de las dietas requeridas. Débil seguimiento a las dietas en el momento de la entrega al paciente. Deficiente conservación de condiciones ambientales en cuartos de medicamentos.</p>	<p>Incidentes asistenciales Eventos adversos. Reacciones adversas. Insatisfacción del paciente y familia Demandas</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>16</p>	<p>Alto</p>	<p>4</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programa de Farmacovigilancia 2. Seguimiento programa de hemovigilancia 3. Evaluación de adherencia de protocolos y guías 4. Seguimiento y control de dietas
<p>Debilidad en el manejo de pacientes en condiciones especiales (física, mental, comportamental, religiosa y lengua)</p>	<p>Deficiencia en metodología de manejo de los pacientes en condiciones especiales No adherencia a los protocolos existentes.</p>	<p>No colaboración del paciente en su tratamiento Fuga de pacientes. Riesgo de evento adverso e incidente Estancias prolongadas Accidente laboral</p>	<p>2</p>	<p>4</p>	<p>8</p>	<p>Medio</p>	<p>3</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de adherencia de protocolos y guías 2. Personal capacitado 3. Equipo médico especial 4. Infraestructura adecuada



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO

CODIGO: PLAP14A
VERSION: 002
FECHA DE ULTIMA REVISION:
18/Octubre/2019
PAGINA 23 de 66

	Fallas en el proceso de ayuda diagnóstica.	Demora en la entrega de resultados Error en el procedimiento en la toma de ayuda diagnóstica. Inadecuado registro de datos (Identificación del paciente) Error en el procesamiento de las muestras. Falta de mantenimiento preventivo y calibración de equipos biomédicos.	Eventos adversos Insatisfacción del paciente Demandas Falta de Confiabilidad en el resultado. Estancia prolongada.	4	5	20	Muy Alto	5	<ol style="list-style-type: none">1. Seguimiento y control de aliados estratégicos2. Plan de mantenimiento de equipos3. capacitaciones del personal
--	--	--	--	---	---	----	----------	---	---



PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO

	Atenciones inseguras	<p>Incumplimiento de las normas del lavado de manos por parte del equipo quirúrgico e Incumplimiento de limpieza y desinfección de áreas y de equipos.</p> <p>Falta de verificación de lista de chequeo</p> <p>Falta de comunicación asertiva entre paciente y personal tratante y entre personal involucrado en la atención segura del paciente.</p> <p>Falta de adherencia al cumplimiento de los procesos y al correcto diligenciamiento de la Historia Clínica.</p> <p>Insumos que no cumplen con la calidad requerida o falta de entrenamiento por el personal que los va a utilizar.</p> <p>No solicita en su totalidad lo requerido para la intervención.</p> <p>Falta unificación de criterios en la solicitud de materiales por parte de los especialistas.</p> <p>Falta de médico general para ayudantía quirúrgica y/o anestesiólogo en la unidad de recuperación post- anestésica para el cuidado permanente del paciente.</p> <p>Desconocimiento por parte del personal involucrado en la atención del paciente en cuanto al uso y manejo adecuado de equipo biomédico.</p> <p>Insuficiencia de salas de cirugía para la atención de urgencias simultánea.</p>	<p>Complicaciones de la patología inicial ocasionando la muerte del paciente.</p> <p>Insatisfacción del usuario.</p> <p>Alteraciones de las condiciones físicas del paciente.</p> <p>Secuelas de tipo neurológico permanente o transitorio.</p> <p>Reproceso en el procedimiento quirúrgico</p> <p>Demandas y sanciones a la institución</p> <p>Sobre costos (estancias prolongadas)</p> <p>Pérdida de imagen y credibilidad institucional</p> <p>Inoportunidad en la realización de cirugías.</p>	2	5	10	Medio	3	<ol style="list-style-type: none">1. Programas de seguridad del paciente2. Protocolos de lavado de manos3. Señalización de lavado de manos en las áreas4. Capacitación del personal
--	----------------------	---	--	---	---	----	-------	---	--

<p>Irregular disposición final de los residuos generados en la institución.</p>	<p>Gran volumen de generación de residuos. Falta de Insumos</p>	<p>Sanciones disciplinarias y económicas por parte de las autoridades competentes. Impactos ambientales asociados a la inadecuada disposición de los residuos.</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>25</p>	<p>Muy Alto</p>	<p>5</p>	<p>Capacitación Seguimiento y Control</p>
<p>Fraude de funcionarios o terceros por acceso y manipulación a información confidencial</p>	<p>Intereses particulares en la sustracción de datos confidenciales.</p>	<p>Perjuicios económicos, técnicos y operativos.</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>12</p>	<p>Alto</p>	<p>4</p>	<p>Capacitaciones Manejo del Sistema con claves</p>
<p>Falla en el seguimiento a pacientes, diagnóstico y tratamiento</p>	<p>Falla en la asignación presupuestal para capacitación de personal No adherencia a los procedimientos del servicio</p>	<p>Fallas en el seguimiento de la evolución de los pacientes, lo que genera riesgo de evento adverso y porcentaje de demandas Mala imagen para la dependencia Usuarios insatisfechos</p>	<p>4</p>	<p>5</p>	<p>20</p>	<p>Muy Alto</p>	<p>5</p>	<p>Capacitaciones Seguimiento Socialización de protocolos de manejo de pacientes</p>

Asignación inoportuna de camas hospitalarias	Insuficiencia de camas habilitadas. Errores humanos	Congestión en el servicio de Urgencias y Salas de Cirugía. Atenciones inseguras a los pacientes hospitalizados	4	4	16	Alto	4	Rondas médica y de enfermería Seguimiento Censo de pacientes
Inoportunidad en el suministro de material estéril y/o instrumental	Desconocimiento y falta de adherencia al proceso por parte del personal; Inoportunidad para entregar la orden Solicitudes realizadas sobre el Tiempo No disponibilidad del Material por parte de los aliados estratégicos Demora para cotizar, por ende demora la autorización Ausencia en inventario disponible Demora de la EPS para autorizaciones Programación de procedimientos sin disponibilidad del material ni autorizaciones.	Cancelación de cirugía Complicaciones de la patología inicial Insatisfacción del usuario. Alteraciones de las condiciones físicas del paciente. Reproceso en el procedimiento quirúrgico Demandas y sanciones a la institución Sobre costos (estancias prolongadas) Pérdida de imagen y credibilidad institucional	3	4	12	Alto	4	Persona encargada del área de suministros de materiales a nivel interno Persona encargada del área de suministros de instrumental a nivel interno con la ERP

	Demora en la atención en Consulta especializada.	Médico Especialista se demora en llegar a la atención de citas asignadas Datos incorrectos en la asignación de la cita. Distancias amplias de lugares de origen de los usuarios Los usuarios no llegan con documentos completos, o con fecha vigente de la autorización para la atención Usuario que llega después de la asignación de la cita Diferentes motivos para la cancelación de la cita Suspensión de agenda por parte del especialista sin previo aviso Fallas en la comunicación del Responsable asistencial con el Call Center Falta de Oportunidad en la cita	Pérdida de tiempo de especialista contratado Pérdida de recursos financieros Pérdida de la imagen institucional Pérdida de la credibilidad en la institución Aumento en la demanda del servicio por causas externas ajenas a la Institución Demoras en la facturación	4	4	16	Alto	4	Agendas programadas de Especialistas Capacitaciones al personal auxiliar y de apoyo de Call Center
APOYO EN LA PRESTACIÓN DE SALUD - BANCO DE SANGRE	Auto inoculación accidental	Pinchazos o cortes con agujas, bisturís u otros elementos Punzantes.	Contaminación de muestras. Infecciones y peligro de contagio de virus/enfermedades.	3	4	12	Alto	4	Capacitaciones con ARL Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Exposición de la piel o mucosas a sangre u otros fluidos biológicos contaminados.	Permeabilidad de la piel y mucosas alteradas por heridas, excoriaciones, eczemas, lesiones herpéticas, conjuntivitis o quemaduras.	Infecciones y peligro de contagio de virus/enfermedades. Sufrir patologías.	3	4	12	Alto	4	Capacitaciones con ARL Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo
	Salpicadura en los ojos y aspiración bucal.	Mala manipulación de las muestras. No hay una preparación adecuada, se carece de protección y se omiten las precauciones mínimas de Bioseguridad.	Infecciones y peligro de contagio de virus/enfermedades. Sufrir patologías.	3	4	12	Alto	4	Capacitaciones con ARL Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo

APOYO EN LA PRESTACIÓN DE SALUD - APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO	No informar al paciente sobre las condiciones para la toma del examen.	Falta de adherencia a protocolos y procedimientos. Falta de consulta previa por parte del paciente.	Cancelación de procedimientos. Inconformidad del paciente Resultados inconsistentes con las condiciones clínicas del paciente.	3	4	12	Alto	4	Protocolos y procedimientos Capitaciones
	Falta de información al paciente sobre la preparación para el examen de imagenología correspondiente.	Falta de adherencia a protocolos y procedimientos. Falta de consulta previa por parte del paciente.	Cancelación de procedimientos. Inconformidad del paciente Resultados inconsistentes con las condiciones clínicas del paciente.	3	4	12	Alto	4	Protocolos y procedimientos Capitaciones
	Fallas en la identificación del paciente en el servicio de apoyo diagnóstico.	No adherencia a procedimientos Competencias del personal asistencial Carga laboral asignada Suplantación del paciente	Demandas por diagnóstico equivocado Evento Adverso	4	4	16	Alto	4	Capitaciones
	Error en la toma de muestra o imagen diagnóstica.	No adherencia a procedimientos Personal no competente para la toma del examen. Adquisición de insumos inadecuados. Actitudes propias del paciente.	Demandas por diagnóstico equivocado Evento Adverso	4	4	16	Alto	4	Protocolos y procedimientos Capitaciones
	Validación de resultados no concordantes con la clínica del paciente.	Error en la técnica de validación. No adherencia a procedimientos Fallas aleatorias del sistema	Sobrecosto por reproceso Demandas por diagnóstico equivocado Evento Adverso	4	4	16	Alto	4	Protocolos y procedimientos Capitaciones
	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria.	Procesos Inseguros. Falta de adherencia a la Política de Seguridad del paciente Incumplimiento de las condiciones de Infraestructura y dotación Hospitalaria.	Condiciones Inseguras para la prestación de los servicios de salud.	4	4	16	Alto	4	Protocolos y procedimientos Capitaciones

APOYO EN LA PRESTACIÓN DE SALUD - FARMACIA	Agotamiento de recursos, materiales, insumos y medicamentos	Fallas en los Proveedores (Adquisición de medicamentos e insumos médicos).	Incumplimientos Eventos adversos	4	4	16	Alto	4	Inventarios
	Vencimiento de medicamentos y/o reactivos	Falta de control tanto en el ingreso del Almacén como por parte del servicio y del proveedor directamente.	Detrimiento patrimonial Eventos adversos Impacto Ambiental Errores en el diagnóstico del resultado, queja por parte del paciente. Errores en los análisis y resultados de las muestras de Patología.	4	4	16	Alto	4	Capacitaciones sobre la verificación de insumos, reportes oportunos
DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN	Insatisfacción de las Instituciones Educativas respecto a la Relación Docencia Servicio	Insuficiencia de espacios físicos para actividades académicas y de bienestar de los estudiantes y docentes	Pérdida de convenios de docencia servicio por fallas en las condiciones de calidad del escenario de prácticas	4	2	8	Medio	3	1. Se establecen lugares alternativos para los casos que requiere.

<p>Ocurrencia de atenciones inseguras en los procesos de Docencia Servicio</p>	<p>Falta de seguimiento a las actividades efectuadas por los estudiantes</p>	<p>Generación de eventos adversos Sanciones Demandas</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>16</p>	<p>Alto</p>	<p>4</p>	<p>1. Procedimientos de gestión de docencia servicio 2. Procedimientos de evaluación estudiantil 3. capacitaciones a estudiantes y docentes</p>
<p>Uso inadecuado de la información de los procesos de investigación</p>	<p>Incumplimiento de los docentes con sus compromisos Institucionales</p>	<p>Procesos Jurídicos en contra de la entidad por violación de principios de confidencialidad y ética</p>	<p>1</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>Bajo</p>	<p>2</p>	<p>1. Control documental</p>

	<p>Incumplimiento de los docentes con sus compromisos Institucionales</p>	<p>Inasistencia a los espacios de inducción y capacitación institucionales. Inasistencia a las reuniones de docentes Desconocimiento o desatención del reglamento docente y directrices institucionales. Negligencia Los docentes no siguen los contenidos programáticos. Inadecuada gestión de la coordinación de área. Incumplimiento del reglamento académico.</p>	<p>Estudiante con formación diferente a los objetivos y perfiles planteados en el programa académico. Desarrollo curricular sin sujeción a los lineamientos pedagógicos institucionales. Incumplimiento de compromisos académicos e institucionales. Bajo nivel de competencias laborales de los graduados objetivos de formación. Afectación en el cumplimiento de los procesos institucionales. Deterioro de la imagen institucional</p>	<p>1</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>Bajo</p>	<p>2</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimientos de gestión de docencia servicio 2. Horarios de labores de los docentes 3. Comité docencia servicio 4. Atención de PQR de los estudiantes
--	---	---	--	----------	----------	----------	-------------	----------	---

	Suplantación de estudiantes	Bajo rendimiento académico Falta de mecanismos de control para verificar la identidad de los estudiantes.	Pérdida de imagen y credibilidad de la Institución. Problemas de índole judicial por falsedad en Documento Público	2	3	6	Bajo	2	1. Procesos disciplinarios 2. Proceso de seguimiento a los estudiantes
GESTION FINANCIERA	Deficiencia en la planeación y programación presupuestal de la entidad.	Mala elaboración y programación del plan de Adquisiciones, necesidades e inversión de la vigencia. Incumplimiento en los términos de la planeación presupuestal. Inadecuada proyección de ingresos y de recaudos para la vigencia. Dificultades en los procesos de recaudo de la cartera a cargo de las Entidades Responsables de Pago. Reglamentación y normatividad que afecte los valores proyectados.	Sobre o Sub estimación de rubros presupuestales. Exceso de modificaciones presupuestales. Imposibilidad de suplir las necesidades de la entidad. Imposición de sanciones, acciones de mejora y hallazgos por los entes de Inspección, vigilancia y control.	1	4	4	Bajo	2	Programa saneamiento fiscal y financiero, normas legales presupuestales aplicables al sector publico

<p>Expedición de los Certificados de Disponibilidad y Registro Presupuestal sin lleno de requisitos o afectación equivocada de rubros presupuestales.</p>	<p>Interpretación inadecuada de la afectación de los rubros presupuestales. Error en la digitación. Compromisos adicionales a los inicialmente solicitados y soportados. Exposición a condiciones de mercado de alta variabilidad en regulación.</p>	<p>Inconsistencias en la información suministrada para la toma de decisiones y rendición de informes. Sanciones por parte de los Entes de Inspección vigilancia y control. Des financiación de rubros presupuestales.</p>	<p>1</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>Bajo</p>	<p>2</p>	<p>Revisión de documentación y legalidad de los soportes requeridos</p>
<p>Giro con diferencias entre valor pagado y el valor a pagar.</p>	<p>Error en digitación. Errores de parametrización del sistema de Información. La no aplicación de los descuentos tributarios. Inconsistencia de los valores facturados, frente al valor del bien o servicio recibido.</p>	<p>Sanciones por parte de los Entes de Inspección, vigilancia y control. Diferencias en los valores de inventarios. Pérdida de imagen frente a los Proveedores. Demandas</p>	<p>2</p>	<p>4</p>	<p>8</p>	<p>Medio</p>	<p>3</p>	<p>Conciliación de cifras de bancos y egresos entre contabilidad, tesorería y presupuestos</p>
<p>Declaraciones tributarias y rendición de informes a entes de inspección, vigilancia y control con errores o extemporaneidad.</p>	<p>Errores de digitación. Desconocimiento de la normatividad. No oportunidad en la información por parte de los procesos involucrados. Errores en reportes del sistema de información que soportan la preparación de declaraciones y/o rendición de informes. Cambio de normatividad aplicable.</p>	<p>Sanciones de los entes de inspección, vigilancia y control.</p>	<p>1</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>Bajo</p>	<p>2</p>	<p>Realización de los declaraciones tributarias a tiempo y de generación de informes en los plazos otorgados por los entes de control</p>

GESTION DEL TALENTO HUMANO	Vinculación de personal no competente	* Deficiente diseño del Manual de Funciones * Deficiente diseño del proceso de Selección	* Deficiente desempeño laboral * Deficiente gestión Institucional	4	3	12	Alto	4	Plan Institucional de Capacitación
	Poca disponibilidad de personal para garantizar la calidad del servicio	* Limitaciones presupuestales por parte del Gobierno Nacional * Política de ingreso al empleo público	* Deficiente gestión Institucional * incumplimiento objetivos y metas institucionales	4	3	12	Alto	4	Creación de Estudios de necesidades para la contratación del personal requerido para la Institución
	Acción incompleta a la realización de nómina de los empleados y pensionados. Liquidación inadecuada de la prestación social	*Error humano al realizar la nómina *Desconocimiento de la ley aplicable * Desconocimiento del manejo del software	* Deficiente gestión Institucional * Quejas *Tutelas	3	1	3	Muy Bajo	1	Control Dual de Técnico Administrativo y la Profesional Especializado de Talento humano
	Clima laboral desfavorable	* Falta de incentivos * Escaso reconocimiento * Carga excesiva de trabajo * Ambiente laboral desfavorable *No realizar las encuesta, *Evaluar aspectos que no aportan al clima organizacional *No retroalimentación de los resultados obtenidos	* Personal desmotivado * Baja productividad laboral * Incremento de la brecha salarial entre funcionarios de planta y contratistas con actividades similares y formación académica igual. * Inequidad en las cargas laborales vs. salario.	4	3	12	Alto	4	Realización de la Encuesta de Clima Laboral
	No cumplimiento del plan Institucional de Capacitación	* Limitaciones presupuestales * Políticas Gubernamentales	* Personal no capacitado ni actualizado	3	2	6	Bajo	2	Seguimiento a las actividades planteadas

	Contratación de personal sin la competencias, capacidades y habilidades para el desempeño de las actividades	* Presiones de los grupos políticos * Escasa Planeación	*Influencia indebida de criterios y de intereses particulares en la selección de contratistas de persona natural por prestación de servicios * Incumplimiento de objetivos y metas institucionales	4	3	12	Alto	4	Plan Institucional de Capacitación
	Fuga de información sensible	*Influencia indebida de criterios y de intereses particulares *Soborno *Corrupción	* Deficiente gestión Institucional * incumplimiento legal	3	3	9	Medio	3	Plan Anticorrupción
	Falta de ejecución del programa de bienestar	*Ausencia de herramientas financieras para la aplicación de un programa de bienestar integral *falta de compromiso del personal.	* Personal desmotivado * Baja productividad laboral	4	3	12	Alto	4	Seguimiento al programa de bienestar
COMUNICACIONES	Incumplimiento del cronograma del Plan de Comunicaciones.	Inconvenientes en la ejecución de las actividades del Plan de Comunicaciones. Cambio en el personal del área de Comunicaciones. Falta de comunicación entre el personal.	Disminución en el posicionamiento de la imagen corporativa de la institución, Falta de reconocimiento de la gestión Fallas de comunicación con los interesados.	4	4	16	Alto	4	Coordinación de las actividades. Planificación y asignación de las actividades al persona de comunicaciones. Programar las actividades que no se crucen.

<p>Divulgación en medios de comunicación de información que no corresponde a la realidad de la institución, así como de material audiovisual no autorizado.</p>	<p>Falta de oportunidad en la atención de los requerimientos de los medios de comunicación (información sobre pacientes, eventos y gestión del HUJMB). Falta de imparcialidad en la información emitida. Falta de profesionalismo de los medios de comunicación en difundir información no veraz</p>	<p>Desinformación sobre la situación real de la institución, así como de los pacientes y eventos que se presenten. Pérdida de credibilidad sobre los servicios que presta el Hospital</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>12</p>	<p>Alto</p>	<p>4</p>	<p>Control de los procedimientos de producción de audiovisuales. Relación estrecha con los medios de comunicación. Aplicación del Manual de Comunicaciones</p>
<p>Diseño y divulgación de piezas comunicativas sin aprobación ni autorización del Proceso de Comunicaciones/Alta Dirección</p>	<p>Falta de implementación de procedimientos para el diseño y divulgación de piezas comunicativas Falta de control sobre la comunicación Institucional Desconocimiento Personal Nuevo sin capacitación</p>	<p>Falta de adherencia a la plataforma estratégica, actividades del Plan de Desarrollo y demás programas y proyectos de la institución; desconocimiento del aporte que realiza cada colaborador al logro de los objetivos organizacionales. (sentido de pertenencia y cultura organizacional) Mal uso de la imagen institucional. No hay control sobre la comunicación visual y publicitaria de la entidad. El uso sin autorización de la imagen institucional se puede prestar la suplantación de la marca. Pérdida de recursos a causa del rediseño y nueva producción de la pieza</p>	<p>1</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>Bajo</p>	<p>2</p>	<p>Procedimiento de Producción de Piezas Audiovisuales y Gráficas. Verificación de las piezas previa a su publicación o divulgación.</p>

MERCADERO	Desconocimiento de la Competencia	Planeación Inadecuada	Interrupción en la actividad, Perdida de Clientes	3	4	12	Alto	4	Reuniones con clientes; Análisis de la competencia
	Pérdida de Clientes	Recursos Insuficientes, Incumplimiento de los servicios contratados, mala imagen corporativa, falta de actualización de los códigos CUPS - CUMS	Disminución de los Recursos de la Empresa, Disminución en la Calidad del Servicio	4	4	16	Alto	4	Actualización base de datos clientes, seguimientos a la contratación del especialista del área asistencial y aliados.
	No legalización de los contratos oportunamente con las entidades responsables de pago	Control inadecuado de fechas de terminación de contratos con EPS.	Prestación del servicio sin respaldo contractual No reconocimiento de los servicios de salud prestados, Demora en el pago de la facturación generada. Desgaste administrativo y jurídico Sanciones.	5	5	25	Muy Alto	5	Seguimiento a los procesos contractuales
FACTURACION	Demora en el proceso de facturación	Falta de seguimiento y control. Falta de personal capacitado. Falta de compromiso de los responsables de los procesos. Falta de Estandarización	Detrimiento del Patrimonio	5	5	25	Muy Alto	5	inventarios

Inoportunidad en el proceso de radicación de facturas	Falta de seguimiento y control. Falta de personal capacitado. Falta de compromiso de los responsables de los procesos. Falta de Estandarización	Detrimiento del Patrimonio	4	5	20	Muy Alto	5	1. Planes de contingencia 2. depuración de información
No radicación del 100% de la facturación generada por el hospital en un tiempo determinado	1. No emisión de autorizaciones por parte de la EPS. 2. Falta de soportes de apoyo diagnóstico. 3. La factura de material de osteosíntesis o dispositivos especiales no ha sido radicado en el hospital 4. Diversidad de conceptos entre la EPS y el Hospital por inconsistencia en la afiliación del usuario (periodos de carencia, retiros, traslados) 5. Entrega inoportuna de la factura por parte del facturador; no gestión oportuna de pendientes.	Prescripción de facturas. Retraso en el pago de los servicios prestados. Disminución de flujo de recursos.	4	5	20	Muy Alto	5	1. Planes de contingencia 2. depuración de información
Subfacturación o sobrefacturación de servicios prestados	1. Descripción incompleta de registros. 2. Registros ilegibles 3. Registros de identificación del usuario incompleto, nombres, 4. Distracción en el momento de facturar; 5. Falta de revisión en el momento de generar la factura, falta de definición del procedimiento; falta de experiencia. 6. Ordenes de servicio generado en TRIAGE.	Generación de glosas. Disminución de ingresos. Reprocesos administrativos.	4	5	20	Muy Alto	5	1. manejo de prefactura 2. Mesa de cierre

	Inconsistencias en la facturación	Falta de seguimiento y control. Falta de personal capacitado. Falta de compromiso de los responsables de los procesos. Falta de Estandarización Errores de parametrización del sistema	Detrimiento del Patrimonio	4	5	20	Muy Alto	5	1. manejo de prefectura 2. Mesa de cierre
GESTION DE LA CONTRATACION	Celebración indebida de contratos (persona natural y jurídica)	Incumplimiento a requisitos legales Intereses personales y/o favorecer un tercero Cambios en la normatividad	Suspensión del cargo Retiros del cargo Sanciones fiscales, disciplinarias, penales y civiles Detrimiento patrimonial Acciones de repetición Incumplimiento a las normas	1	5	5	Bajo	2	1. Check list de documentos necesarios 2. Verificación de referencias 3. Apoyo con talento humano para verificación de títulos 4. Estudios de necesidad, oportunidad y conveniencia

<p>Perdida de documentos necesarios para celebrar contratos</p>	<p>Manipulación de carpetas Documentación entregada 100% en medios físicos</p>	<p>Falta de requisitos para celebrar contratos Hallazgos por entes de control Sanciones legales Demandas a la entidad</p>	<p>3</p>	<p>5</p>	<p>15</p>	<p>Alto</p>	<p>4</p>	<p>1. Escaneo de documentación para tener evidencia digital 2. No se permite manipulación por parte de terceros, solo funcionario de área archivo puede manipular 3. Verificación constante de check list de documentos necesarios</p>
<p>Insuficiente supervisión de contratos</p>	<p>Incumplimiento a las actividades establecidas en el contrato Falta de compromiso y seguimiento de los supervisores Deficiente conocimiento de la normatividad aplicable a la gestión pública</p>	<p>Incumplimiento al contrato traumatismo para el HJMB Sanciones Disciplinarias, fiscales y penales Detrimiento patrimonial Multas Sanciones Administrativas Caducidad del contrato Pérdida de credibilidad de los usuarios Mala prestación del Servicio</p>	<p>3</p>	<p>5</p>	<p>15</p>	<p>Alto</p>	<p>4</p>	<p>1. Capacitación por parte de la oficina jurídica a supervisores 2. Requerimientos de gerencia</p>

GESTION DE LA TECNOLOGIA DE LA INFORMACION	Interrupción de servicios informáticos como: acceso a internet, correo electrónico, servicios de los sistemas de información.	Sobre carga en el canal de internet Uso indebido de internet para ocio en horario laboral Cambios en los niveles de voltaje o corriente Daños en la tecnología por mala manipulación	1. Interrupción parcial o total de los servicios informáticos. 2. Denegación de servicios informáticos 3. Pérdidas económicas. 4. Insatisfacción en el usuario 5. Mala imagen institucional 6. Sanciones legales y administrativas	3	4	12	Alto	4	1. Mantenimiento de equipos tecnológicos 2. Control interno sobre red general
	Desactualización tecnológica o alto grado de obsolescencia en TICS	Poca disponibilidad Presupuestal Incumplimiento de contratos Falta de cultura hacia la seguridad informática	1. Perdida de información. 2. información inconsistente 3. Perdidas económicas. 4. Retraso o imposibilidad en la prestación del servicio. 5. Insatisfacción en el usuario interno y externo. 6 Mala imagen institucional 7. Sanciones legales y administrativas	5	4	20	Muy Alto	5	1. Solicitud de insumos 2. Estudio de necesidades tecnológicas 3. Mantenimiento preventivo y/o correctivo

<p>Fallas en los equipos informáticos</p>	<p>Falta de seguimiento y ejecución al Plan de Mantenimiento preventivo de servidores, equipos y redes. Fallas en el control de stock de partes más usadas. Fallas en el control de stock de elementos de mantenimiento. Falta de herramientas necesarias para realizar mantenimientos preventivos y/o correctivos</p>	<p>1. Información inconsistente. 2. Demora en la ejecución de las actividades. 4. Insatisfacción en el usuario interno y externo. 4. Retraso o imposibilidad en la prestación del servicio.</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>9</p>	<p>Medio</p>	<p>3</p>	<p>1. Inventario de equipos tecnológicos 2. Plan de mantenimiento de equipos 3. Documento informe de control de mantenimiento 4. Hojas de vida de equipos tecnológicos 5. capacitaciones a personal</p>
<p>Ataque cibernético a la infraestructura de red</p>	<p>Actor externo Fallas en software de seguridad Fallas humanas al descargar archivos infectados o en parametrización de redes</p>	<p>Perdida o alteración de información Perdidas económicas Afectación de la prestación de servicios Afectación de trabajo en áreas administrativas Afectación de reputación de la institución</p>	<p>2</p>	<p>5</p>	<p>10</p>	<p>Medio</p>	<p>3</p>	<p>1. Software de seguridad 2. Revisión constate de equipos de red 3. Capacitación al usuario</p>

Perdida, Alteracion y/o manipulacion de informacion	<p>Actor externo Fallas en sistemas de informacion Fallas humanas Infectacion de virus de equipos Incendios Robos Fenomenos naturales</p>	<p>Perdida o alteración de informacion Perdidas económicas Afectación de la prestación de servicios Afectación de trabajo en áreas administrativas Afectación de reputación de la institución</p>	2	5	10	Medio	3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autenticación por doble criptografía 2. Restricción en acceso físico 3. Restricción de usuarios al acceso de informacion 4. Definición de roles para manejo de base de datos 5. Auditoria de acceso a bases de datos 6. Realización constante de copias de seguridad 7. Plan de contingencia 8. Base de datos de equipos 9. Circuito de vigilancia
Uso inapropiado de los equipos, sistemas de información, servicios de Internet y correo electrónico	<p>Deficiente cultura del personal en el cumplimiento de Políticas de Seguridad</p>	<p>Daño en los equipos de cómputo; retraso en labores por retiro de equipos</p>	4	4	16	Alto	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Política de seguridad y privacidad de la informacion 2. Firewall de seguridad 3. Auditorias de tráfico de red 4. Mantenimiento preventivo 5. Capacitación de usuarios 6. Restricción de accesos a equipos
Alteración y manipulación de información manejada por el proceso por parte de funcionarios o terceros.	<p>Intereses particulares en la sustracción de datos confidenciales. Falta de controles en la gestión documental falta de herramientas tecnológicas para el manejo de la información.</p>	<p>Perdida de confidencialidad de información sensible Perjuicios económicos, técnicos y operativos.</p>	5	4	20	Muy Alto	5	<p>Claves de acceso Responsabilidades asignadas a líderes de procesos Política de Seguridad informática</p>

GESTION DE LOS RECURSOS FISICOS	Fallas continuas en los equipos biomédicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mal manejo de los equipos Biomédicos 2. Incumplimiento del programa de mantenimiento 3. Falta de Capacitación y/o actualización en el manejo de la tecnología aplicable a cada servicio La empresa contratante del personal, no informa del ingreso de estas, por lo cual no es debidamente capacitado. 	Procesos Legales Procesos Disciplinarios Eventos e incidentes adverso Daño en el equipo Daño en las redes de alimentación Alto costo de Mantenimiento	2	4	8	Medio	3	1. Plan de mantenimiento preventivo de dispositivo biomédicos
	Daños en los equipos biomédicos relacionados a causa externas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los equipos médicos se ven expuestos a daños ocasionados por anomalía de funcionamiento de redes eléctricas y gases 2. El inapropiado almacenamiento de los equipo ocasiona deterioro en los mismos 3. El proceso de limpieza y desinfección causa daño en los equipos. Fallas en el suministro de energía de la red principal (Electrificadora)	Procesos Legales Procesos Disciplinarios Eventos e incidentes adverso Daño el equipo Alto costo de Mantenimiento	3	4	12	Alto	4	1. Plan de mantenimiento correctivo de dispositivo biomédicos
	Adquisición inadecuada de los equipos biomédicos	Planeación inadecuada desconocimiento de los procesos.	Procesos Legales Procesos Disciplinarios No cumplimiento de la necesidades de la institución Altos costos de mantenimiento	1	4	4	Bajo	2	1. Estudio de necesidad y aval de áreas responsables

	Falla en los equipos industriales	No ejecutar los mantenimientos programados No realizar la reposición de equipos. Falta de recursos económicos	Poner en riesgo la vida de los usuarios Suspensión de las actividades Eventos adversos	3	4	12	Alto	4	1. Plan de mantenimiento preventivo
	Fallas y/o daños en la infraestructura (Edificios y Redes)	Cumplimiento de la vida útil de infraestructura y redes. Falta de recursos económicos	Suspensión de las actividades Eventos adversos Procesos jurídicos	3	4	12	Alto	4	1. Plan de mantenimiento preventivo
	Uso inadecuado de herramientas y equipos	Falta de capacitaciones sobre el uso adecuado de herramientas y equipos Falta de suministro de elementos por parte de la empresa contratante. Debilidad en la cultura de Autocuidado	Lesiones personales	4	4	16	Alto	4	1. Capacitaciones al personal 2. Control por parte de la oficina de seguridad y salud en el trabajo
GESTION DE LA AUDITORIA (auditoria concurrente, auditoria de cuentas médicas)	Retraso en el recibido de la notificación de glosas, por equivocación del medio implementado o el área que lo recepciona.	Fallas en el canal digital o físico, implementado para la notificación de glosas.	Respuesta inoportuna de la glosa inicial Disminución de ingresos	4	4	16	Alto	4	Notificación a la ERP de los cambios de correos institucionales
	Extemporaneidad en la respuesta a glosa inicial	Inoportunidad en la entrega de las glosas al proceso. Falta de seguimiento a la glosa. Historia Clínica manual.	Ratificación de la glosa. Disminución en los ingresos.	2	4	8	Medio	3	Seguimiento de recepción y emisión de respuesta en adherencia a los plazos establecidos
	Omisión involuntaria en evidenciar glosas doblemente notificadas	Reporte de doble glosa a la misma factura por parte de la ERP	Desgaste administrativo. Desviación en el indicador de glosa final. Inexactitud en los datos de Cartera.	2	4	8	Medio	3	Protocolo de búsqueda en el archivo Excel de la respectiva ERP para validar la factura glosada

	Error en la codificación de objeciones	Inadecuado registro de la codificación. Reporte de glosas codificadas erróneamente por la ERP..	Generación de informes con causales de glosa que no corresponden a la realidad. Planes de mejoramiento que no se ajustan a las necesidades.	3	4	12	Alto	4	Actualmente no existe control
	Desacuerdo total de conciliación de glosas entre las partes	Diferencia de conceptos para llegar a acuerdo de conciliación entre las partes.	Demora en el flujo de recursos. Desgaste administrativo	3	4	12	Alto	4	Actualmente no existe control
SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Ausencia de reporte de incidentes, accidentes y enfermedades laborales	Incumplimiento de planes de mejoramiento en SGSST Falta de asistencia a sensibilizaciones en SGSST Desconocimiento de la importancia del Reporte de incidentes, accidentes y enfermedades laborales Falta de cultura de autocuidado y adherencia a protocolos y procedimientos seguros Falta de Disponibilidad presupuestal para adecuaciones, cambios o adquisiciones	Demandas, indemnizaciones, falta de reconocimiento del accidente y/o enfermedad laboral, pérdida de capacidad laboral	2	4	8	Medio	3	1. Capacitaciones constantes 2. Inducciones al personal 3. Sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo
	Incumplimiento de procedimientos seguros	Incumplimiento de planes de mejoramiento en SGSST Falta de asistencia a sensibilizaciones en SGSST Falta de cultura de autocuidado y adherencia a protocolos y procedimientos seguros Falta de Disponibilidad presupuestal para adecuaciones, cambios o adquisiciones	Ocurrencias de incidentes, accidentes y enfermedades laborales Demandas, indemnizaciones, falta de reconocimiento del accidente y/o enfermedad laboral, pérdida de capacidad laboral	2	4	8	Medio	3	1. Capacitaciones constantes 2. Inducciones al personal 3. Sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo

	Incumplimiento de requisitos legales aplicables	Falta de aplicación de procedimiento para tener acceso y mantener actualizados los requisitos legales aplicables. Falta de aplicación de requisitos legales Falta de Disponibilidad presupuestas Cambios en la legislación	Sanciones económicas Demandas	1	5	5	Bajo	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación y actualización constante de los requisitos legales aplicables 2. Apoyo constante de ARL contratada 3. Asistencia a congresos y capacitaciones.
	Situación de emergencia (interna o externa) que afecten la integridad de las partes interesadas y las instalaciones del HJMB	Desconocimiento del Plan de Emergencia Falta de asistencia y participación a capacitaciones, simulacros del Plan de Emergencia	Daños en la Infraestructura física, incendio, aglomeración de personas, evacuación parcial o total, afluencia masiva de pacientes en estado crítico	1	5	5	Bajo	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. plan de emergencia 2. Divulgación del plan de emergencia 3. Capacitaciones constantes 4. Simulacros
GESTION AMBIENTAL	Incumplir el plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares.	No cumplimiento de la ruta sanitaria, Desconocimiento de la norma Falta de compromiso ambiental por parte del personal Impactos ambientales y/o afectación a usuarios y otras partes interesadas por contaminación con residuos	Acumulación de residuos en áreas no destinadas para tal uso Generación de vectores Generación de malos olores Riesgo biológico	4	4	16	Alto	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación de empleados 2. Inspecciones constantes
	Incumplimiento a las rutas sanitarias de la entidad.	Falta de personal de servicios generales que de cumplimiento a las rutas sanitarias. No contar con los recursos para para contratar el servicio idóneo que realice la recolección de residuos y de cumplimiento a las rutas sanitarias.	Sanciones Acumulación de residuos en las habitaciones de los pacientes y dependencias del Hospital. Insatisfacción de Usuarios y otras partes interesadas	1	5	5	Bajo	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud en presupuesto de los insumos necesarios para la labor 2. Inspecciones de control

<p>Incumplimiento de los requisitos legales ambientales aplicables</p>	<p>No realizar el análisis de calidad de agua y no realizar el mantenimiento periódico a los tanques de almacenamiento de agua potable. No contar con un contrato permanente con un gestor externo que realice la recolección, transporte, tratamiento y disposición de los residuos hospitalarios - peligrosos. Incumplir con la normatividad vigente y legal de obligatorio cumplimiento.</p>	<p>Calidad de agua fuera de cumplimiento de valores mínimos establecidos en la normatividad Generación de enfermedades gastrointestinales, hongos, etc., por consumo o contacto. Sanciones económicas. Cierre de la institución por incumplimiento por mala calidad de agua Acumulación de residuos Inadecuada disposición de residuos</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>16</p>	<p>Alto</p>	<p>4</p>	<p>1. Identificación y tramite de permisos requeridos para los aspectos ambientales significativos encontrados</p>
<p>Falta de oportunidad para la presentación de datos e informes a las Autoridades Ambientales, de Salud y Entes de Control.</p>	<p>No disponibilidad de equipos para registro de despacho de residuos. Falta de personal para recolección, procesamiento y análisis para generar los respectivos informes. Entrega inoportuna de los procesos generadores de datos. No generar datos para toma de decisiones y control.</p>	<p>No llevar control de los residuos generados en el Hospital Sanciones, demandas, multas.</p>	<p>1</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>Bajo</p>	<p>2</p>	<p>1. Planificación de informes que deben ser entregados a lo largo del periodo 2. Cronograma de entrega de documentación. 3. Recibido de informacion entregada.</p>

GESTION DE CONTROL INTERNO	Desconocimiento cambios de Gobierno, normatividad, legislación, políticas públicas y regulación.	Ausencia de equipo multidisciplinario Debilidad y sesgo en el desarrollo de la auditoria para cubrir el volumen de procesos de la institución.. Cambios de Gobierno, normatividad, legislación, políticas públicas y regulación.	Incumplimiento normativo, sanciones, procesos disciplinarios, destitución para el representante legal.	2	3	6	Bajo	2	Actualización a través de los comités inter institucionales de control interno
	Falta de confidencialidad de la información auditada respecto a hallazgos o seguimientos realizados.	Filtración de información del proceso auditado Desconocimiento del código de ética y las normas de auditoria.	Perdida de objetividad sobre los informes de control interno con personas ajenas al proceso auditado Pérdida de credibilidad y confianza en la gestión institucional, desmejora del sistema de control interno Uso indebido de la información para otros fines	2	4	8	Medio	3	Computadores con contraseña de acceso, archivos de auditoria salvaguardados

	Falta de competencia para brindar acompañamiento, asesoría, evaluación y seguimiento a todos los procesos de la Institución.	Personal insuficiente para cubrir todas las áreas y procesos de la institución con profesiones o temas específicos al proceso sujeto de verificación. Para cubrir el volumen de procesos de la institución. Ausencia de un cronograma de asesorías en temas relacionados con el sistema de control de control interno. Falta de capacitación a los funcionarios de control interno	No brindar una asesoría a la alta dirección para la acertada toma de decisiones, que contribuyan al mejoramiento continuo y logro de los objetivos misionales.	3	3	9	Medio	3	Programa de capacitación institucional
	Falta de reportar alertas tempranas, oportunas y/o preventivas a los diferentes procesos de la institución.	Falta de un equipo multidisciplinario que pueda abarcar los diferentes procesos de la institución con criterios suficientes para proponer recomendaciones. Para cubrir el volumen de procesos de la institución (35 procesos aproximadamente). Falta de metodología sistemática de gestión de riesgos	Hallazgos, no conformidades, estancamiento de los procesos, no se contribuye con el mejoramiento continuo, sanciones, demandas, procesos disciplinarios, entre otros.	4	4	16	Alto	4	Matriz de riesgos
GESTION DEL RIESGO	Falta de motivación de los servidores públicos para la aplicación de la gestión del riesgo.	Los líderes de proceso no reconocen la importancia de esta temática	Materialización de los riesgos	4	4	16	Alto	4	1. Matriz de riesgos comunicada 2. Capacitación y asesoría constante a jefes de área
	Incoherencia en la aplicación de la metodología de la gestión del riesgo, por parte de líderes de proceso	Desconocimiento de la metodología	Materialización de los riesgos	4	4	16	Alto	4	1. Matriz de riesgos comunicada 2. Capacitación y asesoría constante a jefes de área

	Desactualización de los riesgos	Falta de seguimiento de la metodología	Materialización de los riesgos	2	3	6	Bajo	2	1. Actualización y control constante de matriz de riesgos
RIESGOS APLICABLES A TODOS LOS PROCESOS	Cohecho (Manipulación indebida de información): Omitir, negar, retardar, falsear o entorpecer la orientación o suministro de información a los usuarios que requieren los servicios del hospital a cambio de dádivas, prebendas, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios.	beneficios particulares Débiles procesos de seguimiento Favorecimiento a terceros Procedimientos sin puntos de control para el riesgo de cohecho	* Pérdidas económicas * Pérdida de credibilidad y confianza por parte de los usuarios. * Demandas y sanciones * Daño de la imagen institucional	3	5	15	Alto	4	1. Seguimiento de parte de los líderes de proceso 2. Código de ética y de buen gobierno 3. Formularios de declaración sarlaft 4. Revisión constante listas de riesgo 5. Clausulas contractuales que blindan la manipulacion de informacion
	Cohecho (Diligenciamiento indebido de formularios): Generar obstáculos de trámites abusando de su cargo o de sus funciones con el fin de obtener dádivas, prebendas, agasajos, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios a cambio de agilizar los trámites para la asignación de citas y demás servicios a los que tiene derecho el usuario del hospital	* No hay claridad en las responsabilidades del procedimiento * Presencia de pacientes recomendados a quienes no se les solicita pago inmediato de la atención * Falta de adherencia a los procedimientos internos por parte de las áreas involucradas (facturación, trabajo social, cartera y líderes de procesos asistenciales)	Pérdidas económicas * Pérdida de credibilidad y confianza por parte de los usuarios. * Demandas y sanciones * Daño de la imagen institucional	4	3	12	Alto	4	1. Evaluación de adherencia de protocolos y guías 2. Capacitaciones constantes 3. Código de ética y buen gobierno 4. Sistematización de actividades 5. Sanciones disciplinarias

<p>Solicitar dádivas o acceder a soborno: Tolerar por parte del supervisor de los contratos, el incumplimiento en la calidad de los bienes y servicios adquiridos por el hospital, o en su defecto, los exigidos por las normas técnicas obligatorias, o certificar como recibida a satisfacción, obra, suministro o servicio que no ha sido ejecutado a cabalidad a cambio de un beneficio particular</p>	<p>* Interés personal *Falta de controles</p>	<p>Pérdidas económicas * Pérdida de credibilidad y confianza por parte de los usuarios. * Demandas y sanciones * Daño de la imagen institucional</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>9</p>	<p>Medio</p>	<p>3</p>	<p>1. uso de plataforma SECOP II 2. Auditoria por parte de control interno 3. Auditorias por parte de entes de control</p>
<p>Concusión –Fraude: Aprovechamiento del cargo o autoridad para inducir a la realización compras innecesaria de insumos y/o equipos, amañando los costos, necesidades reales u obviando requisitos técnicos y estudios para obtener un beneficio personal, generalmente económico afectando los recursos</p>	<p>* Interés personal * Falta de controles de inventarios en insumos y suministros Ausencia de procedimientos relacionados</p>	<p>* Pérdidas económicas * Demandas y sanciones * Pérdida de imagen institucional * Sobre stock de insumos</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>9</p>	<p>Medio</p>	<p>3</p>	<p>1. uso de plataforma SECOP II 2. Auditoria por parte de control interno 3. Auditorias por parte de entes de control 4. Análisis de costos interdisciplinarios</p>
<p>Conflicto de Interés: Incurrir en presentar un interés o beneficio económico por parte de un funcionario</p>	<p>* Interés personal * Falta controles de inhabilidades y compatibilidades del oferente Ausencia de procedimientos relacionados</p>	<p>* Pérdidas económicas * Demandas y sanciones * Pérdida de imagen institucional</p>	<p>4</p>	<p>5</p>	<p>20</p>	<p>Muy Alto</p>	<p>5</p>	<p>1. uso de plataforma SECOP II 2. Auditoria por parte de control interno 3. Auditorias por parte de entes de control 4. Análisis de costos interdisciplinarios</p>

<p>Peculado: Utilización impropia de la infraestructura, insumos, dispositivos y equipos del hospital buscando provecho particular, usufructo y/o apropiamiento de los mismos en detrimento de la institución</p>	<p>*Falta de control y actualización en los inventarios de activos fijos * Deficiencia en los controles de seguridad de ingresos y salida personas y de dispositivos * Falta de conocimiento y adherencia a los procedimientos de manejo de los bienes e inmuebles para el desarrollo de las actividades de los colaboradores * Deficiencias en el sistema de información</p>	<p>* Pérdida de inventarios * Posible detrimento patrimonial</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>25</p>	<p>Muy Alto</p>	<p>5</p>	<p>1. Sistema de seguridad 2. Inventarios 3. Asignación de responsabilidades</p>
<p>Tráfico De Influencias: Ejercer cualquier clase de coacción sobre servidores públicos o sobre particulares que ejerzan funciones públicas invocando influencias reales o simuladas, para obtener provecho personal o para terceros, o para que procedan en determinado sentido (nombramientos irregulares, nepotismo).</p>	<p>* Existencia de malas prácticas relacionadas con la clase política * falta de controles al cumplimiento de los procedimientos de selección de personal * No adherencia a los procedimientos * Procedimientos desactualizados * Deficiencia en proceso de inducción en puesto de trabajo * Débil cultura de seguimiento y control de faltas o incumplimiento de los deberes de los funcionarios</p>	<p>* Sanción legal * Sanción disciplinaria * Pérdida económica * Pérdida de imagen y credibilidad institucional *Reproceso * Fallas en los procesos de atención de los usuarios * Desmotivación y mal Clima laboral</p>	<p>3</p>	<p>5</p>	<p>15</p>	<p>Alto</p>	<p>4</p>	<p>1. Códigos de ética y seguridad 2. Auditorias de entes de control 3. Capacitaciones constantes 4.</p>



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO

CODIGO: PLAP14A
VERSION: 002
FECHA DE ULTIMA REVISION:
18/Octubre/2019
PAGINA 54 de 66

<p>Incumplimiento de funciones: Permitir y / o tolerar el incumplimiento de las normas y obligaciones establecidas para los funcionarios públicos del hospital y la aplicación de los Procedimientos y los Manuales de Funciones y Competencias a cambio de dineros, dádivas o beneficios particulares.</p>	<p>*Existencia de malas prácticas relacionadas con la clase política * Falta de controles al cumplimiento del reglamento interno de trabajo * Deficiencia en proceso de inducción en puesto de trabajo * Débil cultura de seguimiento y control de faltas o incumplimiento de los deberes de los funcionarios</p>	<p>* Sanción legal * Sanción disciplinaria *Reprocesos * Desmotivación y mal clima laboral * Pérdida de imagen y credibilidad institucional</p>	2	3	6	Bajo	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Códigos de ética y seguridad 2. Auditorias de entes de control 3. Capacitaciones constantes 4. Supervisión de contratos 5. Control interno
<p>Conclusión: Cuando un colaborador y/o funcionario exija descaradamente o solapadamente a otros colaboradores o particular el pago de dadas o contribuciones para aceptar documentación o soportes falsos de la hoja de vida o de un documento privado o público</p>	<p>* Deficiencia en el procedimiento de selección y de verificación de hojas de vida * Falta control en la recepción de hojas de vida (descentralizada)</p>	<p>* Sanción legal * Sanción disciplinaria *Reprocesos * Desmotivación y mal clima laboral * Perdida de imagen y credibilidad institucional</p>	2	3	6	Bajo	2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Códigos de ética y seguridad 2. Auditorias de entes de control 3. Capacitaciones constantes 4. Supervisión de contratos 5. Control interno

SEGUNDO COMPONENTE: ESTRATEGIA ANTI TRÁMITES

La E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, en aras de armonizar el cumplimiento de sus funciones con los últimos lineamientos de la nueva Ley anti-trámites, ha considerado tomar las siguientes medidas:

PLANEACION DE LA ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN									
N°	NOMBRE DEL TRÁMITE, PROCESO O PROCEDIMIENTO	TIPO DE RACIONALIZACIÓN	ACCIÓN ESPECÍFICA DE RACIONALIZACIÓN	SITUACIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DE LA MEJORA A REALIZAR AL TRÁMITE, PROCESO O PROCEDIMIENTO	BENEFICIO AL CIUDADANO Y/O ENTIDAD	DEPENDENCIA RESPONSABLE	FECHA REALIZACIÓN	
								INICIO dd/mm/aa	FIN dd/mm/aa
1	-	-	Creación de un comité especial para la gestión anti tramite	No existe comité	Se debe crear un comité, el cual será encargado de realizar acciones de mejora para la gestión del trámite.	Entidad	Subgerencia Administrativa	03/02/2020	28/02/2020
2	Asignación de cita para la prestación de servicios en salud	Tecnológicas	Reducción de tiempo de duración del trámite/OPA	Existen demoras en la asignación de citas	Evaluar las herramientas existentes para solicitud/asignación de citas y realizar mejoras necesarias.	Ciudadano	Apoyo Tecnológico y documentación	03/02/2020	0/03/2020
3	Oportunidad de atención	Normativas	Eliminación del trámite / OPA	Existe poca oportunidad de atención por la cantidad de trámites que deben realizar	Realizar seguimiento y control a la agenda de citas y reagendar citas en caso de ser necesario con el fin de que los pacientes no pierdan su cita, y comunicar a los pacientes el cambio.	Ciudadano	Consulta Externa	02/01/2020	31/12/2020

PLANEACION DE LA ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN									
N°	NOMBRE DEL TRÁMITE, PROCESO O PROCEDIMIENTO	TIPO DE RACIONALIZACIÓN	ACCIÓN ESPECÍFICA DE RACIONALIZACIÓN	SITUACIÓN ACTUAL	DESCRIPCIÓN DE LA MEJORA A REALIZAR AL TRÁMITE, PROCESO O PROCEDIMIENTO	BENEFICIO AL CIUDADANO Y/O ENTIDAD	DEPENDENCIA RESPONSABLE	FECHA REALIZACIÓN	
								INICIO dd/mm/aa	FIN dd/mm/aa
4	Tramites de cuenta de cobro para los empleados de la ESE	Administrativas	Optimización de los procesos o procedimientos internos	Existen muchos pasos para el pago de las cuentas	Realizar el levantamiento y el estudio del procedimiento de cobro que realizan los empleados de la E.S.E	Entidad	Calidad	02-03-2020	29/05/2020
5	Tramites de cuenta de cobro para los empleados de la ESE	Administrativas	Optimización de los procesos o procedimientos internos	Existen muchos pasos para el pago de las cuentas	Establecer un mecanismo electrónico/digital por medio del cual los empleados puedan disminuir el uso de papel y la cantidad de pasos para realizar el cobro.	Entidad	Calidad	01/06/2020	31/12/2019

TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS

La ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche acata las directrices impartidas por los organismos de inspección, vigilancia y control del Ministerio de Salud y de Protección Social, Superintendencia de Servicios Salud y Secretaría de Salud del Departamento del Magdalena a quienes compete conocer sobre la destinación y distribución de recursos asignados en salud, ejecución de convenios de desempeño, además de rendir informes a la Contraloría General del Departamento del Magdalena y Contraloría General de la República para dilucidar cualquier inquietud, denuncia o duda sobre el uso racional de los recursos en salud destinados para la población Magdalenense.

Para realizar el proceso de rendición de cuentas, La ESE Hospital universitario Julio Méndez Barreneche, emplea los siguientes mecanismos: Audiencias Públicas de rendición de cuentas, Informes de Ejecución de Ingresos y Gastos Anual.

Para la rendición de cuentas, la entidad se compromete a invitar y convocar a la ciudadanía por los medios tecnológicos, noticiosos y periodísticos de amplia circulación local a las audiencias públicas que se programen para tal propósito.



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO

CODIGO: PLAP14A
VERSION: 002
FECHA DE ULTIMA REVISION:
18/Octubre/2019
PAGINA 58 de 66

Componente 3: Rendición de cuentas

Subcomponente	Actividades	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 Información de calidad y en lenguaje comprensible	1.1 <i>Fortalecer los canales de comunicación por los cuales se dará participación a la comunidad para interactuar con los directivos de la ESE, respecto a la gestión de los procesos</i>	Oficina de Comunicaciones	Permanente
	1.2 <i>Elaborar y publicar oportunamente en la página web de la ESE, la presentación con los resultados de gestión de la Entidad, de la vigencia anterior</i>	Oficina de planeación y mercadeo/ Oficina de Comunicaciones	30/06/2020
	1.3 <i>Divulgar información a través de los diferentes medios con que cuenta la ESE sobre la gestión adelantada para los diferentes grupos de interés.</i>	Oficina de Comunicaciones	Permanente
	1.4 <i>Aplicar encuestas de consulta a los ciudadanos sobre temas específicos de la Entidad con el fin de conocer su percepción sobre la gestión institucional</i>	Oficina de Comunicaciones	Permanente
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2.1 <i>Realizar seguimiento a las manifestaciones, inquietudes y propuestas presentadas para la rendición de cuentas en las redes sociales de la ESE, y la efectividad de la respuesta por parte del hospital a estas manifestaciones, antes o durante la Rendición de Cuentas Públicas</i>	Oficina de Comunicaciones	Permanente

Componente 3: Rendición de cuentas

Subcomponente	Actividades	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3.1 <i>Informar a la asociación de usuarios y otros grupos organizados de la región sobre la forma de participar en la audiencia de rendición de cuentas pública.</i>	<i>Oficina de Comunicaciones</i>	<i>16/06/2020</i>
	3.2 <i>Dar respuesta a las preguntas realizadas por los participantes en los espacios de rendición de cuentas.</i>	<i>Oficina de planeación y mercadeo</i>	<i>30/06/2020</i>
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1 <i>Elaborar lista de insumos de información necesarios para la preparación del informe de gestión del año 2019</i>	<i>Oficina de Planeación y Mercadeo</i>	<i>02/03/2020</i>
	4.2 <i>Realizar la solicitud de información necesaria para la preparación del informe de gestión del año 2019 a las demás oficinas de la institución.</i>	<i>Oficina de Planeación y Mercadeo</i>	<i>16/03/2020</i>
	4.3 <i>Preparar el informe de gestión del año 2019 consolidando la información administrada por las demás oficinas de la institución.</i>	<i>Oficina de Planeación y Mercadeo</i>	<i>04/05/2020</i>
	4.4 <i>Realizar la Evaluación de los Resultados de la Audiencia</i>	<i>Oficina de planeación y mercadeo</i>	
	4.1 <i>Envío evidencia a Súper-salud de acuerdo con reglamentación de la Circular Única, Capítulo de Participación Ciudadana (publicación en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud acerca de la convocatoria a la audiencia pública de rendición de cuentas)</i>	<i>Oficina de planeación y mercadeo</i>	
	4.2 <i>Verificar la Implementación de acciones de mejora a partir de las observaciones y sugerencias ciudadanas dadas a conocer en los diferentes espacios de participación y diálogo con la comunidad.</i>	<i>Oficina de Control Interno</i>	<i>Permanente</i>
	4.3 <i>Evaluar el avance de la implementación de la Estrategia de Gobierno en Línea</i>	<i>Oficina de Control Interno</i>	

CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

La ESE Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, mostrando su compromiso público y social con el Departamento del Magdalena y la Región Caribe, adopta y fortalece en este documento el uso de los mecanismos relacionados a continuación, para brindar atención efectiva a los ciudadanos:

- ✚ Capacitar a los funcionarios e rendición de cuentas
- ✚ Audiencias públicas
- ✚ Suministro de información de rendición de cuentas a través de mecanismos informáticos, una vez solicitada por la ciudadanía o grupo de interés.
- ✚ Chats institucionales
- ✚ Recepción, radicación, respuesta, seguimiento y control a denuncias, quejas y peticiones formuladas por la Ciudadanía.

Componente 4: Servicio al Ciudadano

Subcomponente	Actividades	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1 Realizar seguimiento y mejora a los instrumentos y herramientas para el cumplimiento de las actividades priorizadas para la accesibilidad en la página web, de acuerdo con la estrategia de Gobierno digital.	Apoyo tecnológico y documentación	Permanente
	1.2 Realizar y evaluar constantemente encuestas con el fin de establecer la percepción que tienen los usuarios con los servicios	Gestión de la Calidad	Permanente
	1.3 Establecer acciones de mejora de acuerdo con los resultados obtenidos con las encuestas realizadas.	Gestión de la Calidad	Permanente
Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención	2.2 Realizar seguimiento de la tendencia de los usuarios que utilizan la información en el Facebook de la ESE, y el tiempo de respuesta por parte del hospital a los visitantes	Oficina de Comunicaciones	Permanente
	2.3 Implementar el despliegue de las campañas Institucionales, en forma conjuntas donde se pueda concentrar mayor número de usuarios y funcionarios, evaluando los resultados posteriores al despliegue	Oficina de Comunicaciones	Permanente
	2.4 A través de la plataforma Web, folletos, boletines, afiches publicitados en carteleras y actividades lúdicas que se desarrollan al interior de la ESE, se continúa socializando y motivando al personal y al usuario sobre los derechos y deberes, los diferentes canales de participación ciudadana y los mecanismos para hacer conocer sus inquietudes, peticiones, quejas y reclamos y el tramite que se sigue con los mismos.	Oficina de Comunicaciones	Permanente

Componente 4: Servicio al Ciudadano				
Subcomponente	Actividades		Responsable	Fecha programada
Subcomponente 3 Talento humano	3.1	Implementar nueva herramienta informática para la capacitación y evaluación del personal con el fin de obtener resultados confiables de los resultados de las capacitaciones y evaluaciones realizadas por los colaboradores de la ESE, relacionados a la calidad y derecho a la información abierta al usuario	Talento Humano	31/08/2020
	3.2	Hacer seguimiento y responder a tiempo las diferentes PQRS que los usuarios generan.	SIAU	Permanente
Subcomponente 4 Normativo y procedimental	4.1	Actualizar las normas Institucional, respecto a los temas de participación ciudadana, derechos y deberes, gobierno en línea, rendición de cuentas, protección de datos, anti trámite y transparencia.	Oficina jurídica	Permanente
	4.2	Socializar al personal las políticas y normas relacionadas en el ítem anterior.	Oficina de Planeación Oficina de Control Interno	Permanente
Subcomponente 5 Relacionamiento con el ciudadano	5.1	Modernización de un sistema oportuno para asignación de cita, incluyendo medios digitales por medio de los cuales se puedan solicitar las citas.	SIAU	31/12/2020
	5.2	Actualización y seguimiento del indicador de oportunidad de respuesta y satisfacción del usuario a través del Call Center de la ESE	SIAU	Permanente



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO

CODIGO: PLAP14A
VERSION: 002
FECHA DE ULTIMA REVISION:
18/Octubre/2019
PAGINA 64 de 66

QUINTO COMPONENTE: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

Hace referencia a la obligación que tiene la institución de generar de manera sistemática un informe de las solicitudes de acceso de información el cual debe contener: 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.

Componente 5: Transparencia y Acceso a la Información

Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	1.1 <i>Actualizar la matriz de autodiagnóstico desarrollada por la Procuraduría para medir la aplicación de la Ley 1712 de 2014</i>	100% de la actividad ejecutada	Apoyo tecnológico y documentación	Permanente
Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1 <i>Gestionar la respuesta a las solicitudes de acceso a la información en los términos establecidos en la ley</i>	Responder de forma oportuna el 100% de los requerimientos de información conforme a los términos establecidos en la ley.	Profesional Área Jurídica	Permanente
Subcomponente 3 Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información	3.1 <i>Elaborar el diseño de las tablas de retención documental</i>	100% de la actividad ejecutada	Apoyo tecnológico y documentación	31/12/2020
	3.2 <i>Elaborar el Registro de activos de información y el Índice de información clasificada y reservada</i>	100% actividad ejecutada	Apoyo tecnológico y documentación	31/12/2020
Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	4.1 <i>Realizar seguimientos semestrales y mejoras necesarias de sección accesibilidad en la página web donde están los link para ingresar</i>	100% de la actividad ejecutada	Apoyo tecnológico y documentación	Permanente
Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.1 <i>Realizar seguimiento semestral a la actualización de los criterios establecidos en la Ley de Transparencia y Acceso a la información pública.</i>	100% de la actividad ejecutada	Apoyo tecnológico y documentación	Permanente
	5.2 <i>Elaborar informe trimestral de seguimiento de las PQRSD</i>	4 informes realizados.	Apoyo tecnológico y documentación	31/12/2020



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO
Julio Méndez Barreneche

PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO

CODIGO: PLAP14A
VERSION: 002
FECHA DE ULTIMA REVISION:
18/Octubre/2019
PAGINA 66 de 66