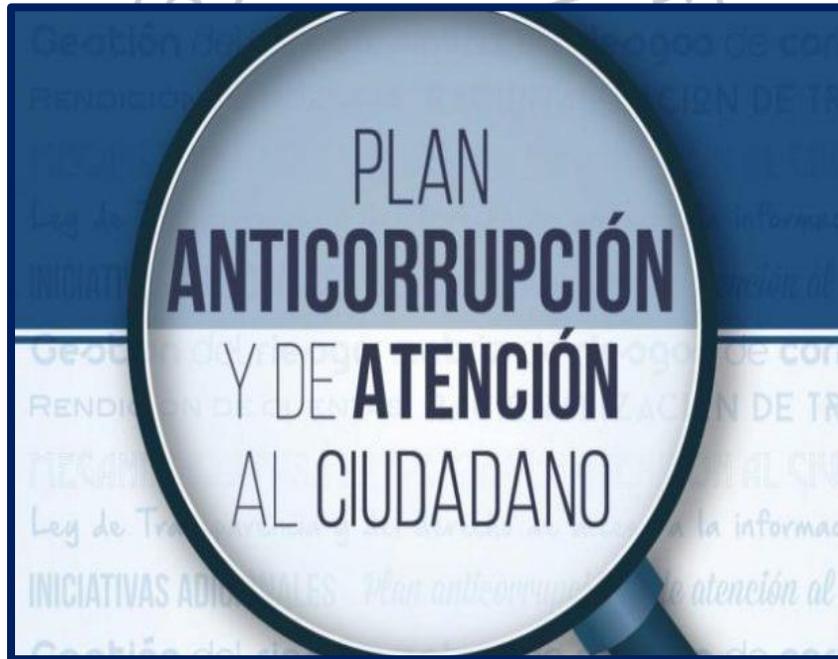


	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

# PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2024



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL  
SAN ANTONIO DE PITALITO – HUILA  
NIT. 891.180.134 – 2**

**Fecha de Publicación:  
30 de Enero de 2024**

**DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ  
Gerente**

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	1

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>		

## CONTROL DE DOCUMENTO Y DISTRIBUCIÓN:

### Control del Documento

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor	César Augusto Salamanca Bernal	Profesional Planeación Operativa	Planeación Operativa	20 de Enero de 2023
Autor	Jenifer Paola Giraldo Tovar	Profesional de Apoyo – Planeación O.	Planeación Operativa	18 de Enero 2024
Revisión	Ana Luz Trujillo Muñoz	Subgerente Administrativa y Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera	27 de enero de 2023
Aprobación	Comité Institucional de Gestión y desempeño Acta No. 001 del 30 de enero de 2024			
Adopción	Resolución Gerencial No. 049		Fecha: 30 de enero de 2024	

### Control de los Cambios

Versión No.	Fecha de Aprobación	Descripción de los Cambios	Solicitó
1.0	Resolución No. 042 del 28/01/2020	Levantamiento del Plan	
2.0	Resolución No. 053 del 29/01/2021	Actualización del documento	
3.0	Resolución No. 027 del 27/01/2022	Actualización del documento	
4.0	Resolución No. 037 del 27/01/2023	Actualización del documento	
5.0	Resolución No. 049 del 30/01/2024	Actualización del documento	

FECHA:	Elaboración:	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	07/01/2020	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	2

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN .....	5
2. OBJETIVOS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO (PAAC) .....	7
<b>2.1. Objetivo General</b> .....	7
<b>2.1 Objetivos Específicos</b> .....	7
3. ALCANCE .....	8
4. MARCO LEGAL .....	8
5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES .....	11
6. MARCO TEÓRICO .....	15
7. ELEMENTOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES .....	18
<b>7.1. Misión</b> .....	18
<b>7.2. Visión</b> .....	18
<b>7.3. Políticas de la calidad E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.</b> .....	19
<b>7.4. Principios Institucionales</b> .....	21
<b>7.5. Valores Institucionales.</b> .....	22
<b>7.6. SARLAFT/FPADM y SICOF.</b> .....	26
8. Componentes del Plan Anticorrupción y De Atención al Ciudadano .....	27
<b>8.1 Primer Componente: Mapa de Riesgos de Corrupción y Medidas para mitigarlos</b> .....	27
<b>8.2 Segundo Componente: Racionalización de Trámites</b> .....	36
<b>8.3 Tercer Componente: Rendición de Cuentas</b> .....	37
<b>8.4 Cuarto Componente: Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano</b> .....	40
<b>8.5 Quinto Componente: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información Pública</b> .....	42

<b>FECHA:</b>	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	3

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

**8.6 Sexto Componente: Iniciativas Adicionales..... 44**

**9. CONSOLIDACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL ..... 45**



<b>FECHA:</b>	<b>Elaboración:</b> 07/01/2020	<b>Aprobación</b>	<b>Adopción</b>	<b>Versión:</b>	<b>Hoja:</b>
	<b>Modificación:</b> 30/01/2024	<b>Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño</b>	<b>Resolución No. 049 del 30/01/2024</b>	<b>5.0</b>	<b>4</b>

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

## 1. INTRODUCCIÓN

La corrupción se define como el “abuso de una posición de poder en beneficio particular o de terceros que desvía el uso de los recursos públicos y afecta el interés general y el bienestar social.

Para el caso particular de las entidades públicas, se definen las acciones de los servidores públicos asociadas a la corrupción como aquellas que están relacionadas con los delitos contra la administración pública y con acciones que buscan obtener un beneficio particular por parte de un colaborador del Distrito. <https://secretariageneral.gov.co/>

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, es una entidad de II nivel de complejidad en salud y productiva al servicio de la comunidad que nos impone gran responsabilidad en el ejercicio de nuestra funciones, por esto es de gran importancia la observancia de valores y principios éticos para que de esta manera podamos cumplir con el compromiso adquirido donde los recursos públicos sean manejados de manera coordinada en la búsqueda del beneficio de la comunidad y los intereses generales, acatando siempre la normatividad y teniendo la ética como uno de los pilares fundamentales en todos y cada uno de nuestros funcionarios.

El presente documento denominado PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO (PAAC) para la Vigencia 2024, es el instrumento de tipo preventivo para el control de la corrupción, basado en lo establecido en la Ley 1474 de 2011, el Decreto 124 de 2016, ley 2495 de 2022 y demás normas complementarias. Para la presente vigencia se contó metodológicamente con lo estipulado en el documento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – Versión 2 2015”, en la “Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción 2015” y Documento Técnico Programas de Transparencia y Ética Pública del Distrito Capital 2022.

Se invita a todos los servidores públicos, nuestros usuarios y comunidad en general a conocer, y socializar los diferentes componentes del presente instrumento; así mismo a informar oportunamente a través de los canales de comunicación institucionalizados los hechos de corrupción, las falencias en la prestación de servicios y las observaciones pertinentes para la mejora continua de nuestros procesos y procedimientos.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	5

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

### Objetivos de la ley anticorrupción:

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

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	6

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

## 2. OBJETIVOS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO (PAAC)

### 2.1. Objetivo General

Buscar y fijar lineamientos comportamentales que orienten a nuestra actuación con el fin de controlar de manera articulada, preventiva, y correctivas situaciones donde la corrupción sea protagonista al interior de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, contribuyendo al fortalecimiento de las entidades públicas desde una perspectiva ética y de buen gobierno, afianzando los valores de los usuarios internos en beneficio de la comunidad y el Estado.

### 2.1 Objetivos Específicos

- Definir en cada uno de los procesos más vulnerables de corrupción al interior de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, situaciones que propicien la corrupción afrontándolas de manera rigurosa, buscando generar estrategias que fortalezcan la ética y valores de todos los colaboradores de la entidad que les permitan una lucha asociada contra la corrupción, favoreciendo el bien común y el respeto hacia los recursos públicos.
- Fortalecer de manera continua los procesos y procedimientos realizados al interior de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, a favor de los usuarios internos y externos, implementando soluciones generales y específicas que pretendan la minimización de trámites y fortaleciendo la oportunidad y calidad de los servicios prestados.
- Generar espacios de participación ciudadana, donde personas naturales o jurídicas y las organizaciones sociales y comunitarias se reúnan en un acto público para generar diálogos e intercambiar información y brindar explicaciones, sobre aspectos relacionados con la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, así como sobre el manejo de los recursos para cumplir con dichos programas.
- Crear mecanismos para satisfacer las necesidades en la prestación de los servicios de manera oportuna, a los usuarios de la E.S.E Hospital Departamental

<b>FECHA:</b>	<b>Elaboración: 07/01/2020</b>	<b>Aprobación</b>	<b>Adopción</b>	<b>Versión:</b>	<b>Hoja:</b>
	<b>Modificación: 30/01/2024</b>	<b>Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño</b>	<b>Resolución No. 049 del 30/01/2024</b>	<b>5.0</b>	<b>7</b>

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

San Antonio de Pitalito, fortaleciendo la comunicación y la mejora en las actividades propias para la atención al ciudadano.

### 3. ALCANCE

El presente documento aplica a todos los colaboradores y contratistas vinculados con la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, bajo cualquier modalidad de contratación; en sus actividades laborales y en las de carácter oficial con ocasión del Ejercicio de su función pública, cualquiera sea la denominación del cargo o jerarquía que ostente, para todos los procesos y procedimientos de la entidad.

### 4. MARCO LEGAL

En la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se hace necesaria la implementación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano obedeciendo a las siguientes normas legales:

- **Constitución Política de Colombia:** En el marco de la constitución de 1991 se consagraron principios para luchar contra la corrupción administrativa en Colombia. De igual forma dio gran importancia a la participación de la ciudadanía en el control de la gestión pública y estableció la responsabilidad patrimonial de los servidores públicos. Los artículos relacionados con la lucha contra la corrupción son: 23, 90, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 183, 184, 209 y 270.
- **Decreto- Ley 128 de 1976:** Por el cual se dicta el estatuto de inhabilidades, incompatibilidades y responsabilidades de los miembros de las Juntas Directivas de las entidades descentralizadas y de los representantes legales de éstas. Es un antecedente importante en la aplicación del régimen de inhabilidades e incompatibilidades de los servidores públicos.
- **Ley 80 de 1993:** Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. En su articulado establece causales de inhabilidad e incompatibilidad para participar en licitaciones o concursos para contratar con el

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	8

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

estado, adicionalmente también se establece la responsabilidad patrimonial por parte de los funcionarios y se consagra la acción de repetición.

- **Ley 489 de 1998:** Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Amplía el campo de acción del decreto ley 128 de 1976 en cuanto al tema de inhabilidades e incompatibilidades, incluyendo a las empresas oficiales de servicios públicos domiciliarios.
- **Ley 617 de 2000:** Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la Ley Orgánica de Presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional.
- **Ley 734 de 2002:** Por la cual se expide el Código Disciplinario Único. En dicho código se contemplan como faltas disciplinarias las acciones u omisiones que lleven a incumplir los deberes del servidor público, a la extralimitación en el ejercicio de sus derechos y funciones, a incumplir las normas sobre prohibiciones; también se contempla el régimen de inhabilidades e incompatibilidades, así como impedimentos y conflicto de intereses, sin que haya amparo en causal de exclusión de responsabilidad de acuerdo con lo establecido en la misma ley.
- **Ley 795 de 2003:** Por la cual se ajustan algunas normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 819 de 2003:** Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 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 872 de 2003:** Crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en su artículo 3° establece que dicho sistema es

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	9

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

complementario con los Sistemas de Control Interno y de Desarrollo Administrativo.

- **Ley 909 de 2004:** Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 962 de 2005:** Por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos.
- **Decreto Nacional 1599 de 2005:** Adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.
- **Ley 1437 de 2011:** Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
- **Ley 1474 de 2011:** Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- **Decreto 2641 de 2012:** Por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la ley 1474 de 2011.
- **Decreto Ley 0019 de 2012:** Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración 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 943 de 2014:** Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado.
- **Ley 1755 de 2015:** Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
- **Ley 1757 de 2015:** Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	10

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

- **Decreto 1081 de 2015:** Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República.
- **Decreto 1083 de 2015:** Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Función Pública.
- **Decreto 124 de 2016:** Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.
- **Decreto 1499 de 2017:** Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con El Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
- **Decreto 612 de 2018:** Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado.
- **Ley 2195 de 2022:** La presente Ley tiene por Objeto adoptar disposiciones tendientes a prevenir los actos de corrupción, a reforzar la articulación y coordinación de las entidades del Estado y a recuperar los daños ocasionados por dichos actos con el fin de asegurar promover la cultura de la legalidad e integridad y recuperar la confianza ciudadana y el respeto por lo público.

## 5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

En el documento “objetivos del plan anticorrupción y de atención al ciudadano (PAAC) y programa de transparencia y ética pública (PTEP)”, del DAFP y la Secretaria de la Transparencia se define el Riesgo de Corrupción como la “La posibilidad de que, por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia del Estado, para la obtención de un beneficio particular”.

El Programa de Transparencia y Ética Pública como el conjunto de acciones o iniciativas que se desarrollan para promover la transparencia, la ética, la integridad y la lucha contra la corrupción, desde el marco institucional y legal en el que se inscriben las entidades públicas distritales y bajo una perspectiva de

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	11

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

corresponsabilidad en la prevención, detección y sanción de actos asociados a la corrupción

A continuación, se definen algunos conceptos o modalidades de corrupción en las diferentes entidades:

- **Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC):** Documento que consolida las actividades a emprender institucionalmente en cinco grandes componentes: Gestión de riesgos, racionalización de trámites, rendición de cuentas, servicio al ciudadano, transparencia y acceso a la información.

- **Programas de Transparencia y Ética en el Sector Público:** Documento que tienen como finalidad promover la cultura de legalidad y fortalecer el control del riesgo de corrupción, dándole tratamiento sistemático para identificar, medir, controlar y monitorear constantemente dicho riesgo, con el objetivo de incorporar en las entidades públicas un sistema integral de riesgos de corrupción. [http://www.secretariatransparencia.gov.co/prensa/SiteAssets/comunicado-implementacion-plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano-y-mapa-de-riesgos-de-corrupcion/Comunicado\\_PAAC\\_y\\_mapas\\_de\\_riesgo\\_de\\_corrupcion.pdf#search=programa%20de%20transparencia](http://www.secretariatransparencia.gov.co/prensa/SiteAssets/comunicado-implementacion-plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano-y-mapa-de-riesgos-de-corrupcion/Comunicado_PAAC_y_mapas_de_riesgo_de_corrupcion.pdf#search=programa%20de%20transparencia)

- **Rendición de cuentas a la ciudadanía de baja calidad y deficiente:** Inexistencia o inadecuada gestión del proceso de rendición de cuentas al interior de la entidad. Espacios limitados de interlocución con los ciudadanos y baja calidad de la información suministrada por diversos medios.

- **Ausencia o debilidad de canales de comunicación:** Inexistencia en canales de entrega y acceso a la información por parte de la ciudadanía o de los mismos servidores públicos de la entidad.

- **Concentración de Poder:** Centralización de la administración, la toma de decisiones, la vigilancia y el control de un proceso, procedimiento o una entidad, en un solo lugar o en una sola persona.

- **Extralimitación de Funciones:** Cuando un organismo o funcionario que está investido de un poder legal, y que tiene una órbita específica, va más allá de las funciones y fines que le otorga ese poder. Si bien es un delito independiente, que

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	12

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

no solo se asocia a hechos de corrupción, en el ámbito institucionalidad es funcional a la corrupción.

- **Amiguismo y Clientelismo:** En el intercambio extraoficial de favores, en el cual un individuo con poder político se beneficia a sí mismo o un tercero a cambio de apoyo electoral.

- **Inexistencia de canales de denuncia interna y externa:** Inexistencia o debilidad en los espacios, procesos y procedimientos para la comunicación de hechos o riesgos de corrupción de manera segura y confiable, por parte de los ciudadanos o por los servidores públicos al interior de la entidad.

- **Peculado:** Apropiación ilegal, en beneficio propio o de un tercero, de los bienes del Estado.

- **Tráfico de Influencias:** Consiste en utilizar la influencia personal para recibir, dar o prometer, para sí mismo o para un tercero, beneficios, favores o tratamiento preferencial

- **Cohecho:** Soborno (dar, ofrecer) Es un delito de doble vía.

- **Concusión:** Cuando un servidor público abusa de su cargo o funciones para inducir a otra persona a dar o prometer dinero o cualquier otra utilidad indebida.

- **Interés indebido en la celebración de contratos:** Cuando se actúa de manera interesada o amañada en cualquier clase de contrato o acto administrativo.

- **Abuso de autoridad por omisión de denuncia:** Cuando teniendo conocimiento de una conducta delictiva no se informa a las autoridades.

- **Utilización indebida de información oficial privilegiada:** Aprovechamiento de datos confidenciales para beneficio propio.

- **Detrimento Patrimonial:** Se entiende como la lesión del patrimonio público, representada en el menoscabo, disminución, perjuicio, detrimento, pérdida, uso indebido o deterioro de los bienes o recursos públicos, o a los intereses patrimoniales del Estado.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	13

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

- **Bajo nivel de Publicidad de la Información:** En la inexistencia de procesos, procedimientos y acciones concretas de publicidad de la información, las decisiones de la administración y la forma mediante la cual se toman dichas decisiones.

- **Otros conceptos:**

- **Administración De Riesgos:** Conjunto de elementos de control que al interrelacionarse permiten a la entidad pública evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función.

- **Análisis De Riesgo:** Elemento de control que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de la entidad pública para su aceptación y manejo.

- **Corrupción:** La entendemos como “el abuso de posiciones de poder o de confianza, para el beneficio particular en detrimento del interés colectivo, realizado a través de ofrecer o solicitar, entregar o recibir bienes o dinero o en especie, en servicio o beneficios, a cambio de acciones, decisiones y omisiones”.

- **Evaluación del Riesgo:** Proceso utilizado para determinar las prioridades de la Administración del Riesgo comparando el nivel de un determinado riesgo con respecto a un estándar determinado.

- **Mapa de Riesgos:** Es una herramienta básica que muestra los riesgos a los cuales está expuesta una entidad, identificando las áreas, actividades, activos que podrán verse afectados por un suceso.

- **Probidad:** Es la cualidad que define a una persona íntegra y recta; alguien que cumple sus deberes sin fraudes, engaños ni trampas. Ser probo es ser transparente, auténtico y actuar de buena fe.

- **Transparencia:** Dar a conocer la información de carácter público que obra en los archivos de cada dependencia gubernamental, garantizar el derecho de acceso a la información, y salvaguardar la protección de datos personales de los solicitantes y de los sujetos obligados.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	14

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

## 6. MARCO TEÓRICO

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

De otra parte, aunque los órganos de control y la rama judicial han adelantado acciones de fortalecimiento, la impunidad sigue siendo muy elevada y la eficacia en materia de investigación y sanción insuficiente, si bien es cierto se han expedido normas contra la corrupción no se han articulado las condiciones para hacer más efectivas las denuncias y de ésta manera darle aplicación a la norma.

La corrupción está definida como “el abuso de posiciones de poder o de confianza, para beneficio particular en detrimento del interés colectivo, se realiza a través de ofrecer o solicitar, entregar o recibir, bienes en dinero o en especie, en servicios o beneficios, a cambio de acciones, decisiones u omisiones.

Los beneficios que se derivan del acto corrupto son principalmente económicos, por cuanto consisten en la apropiación directa de un bien público, ya sea en dinero o en especie, o en la obtención de recursos de particulares que requieren de servicios o trámites estatales; o en la consecución de bienes o ingresos monetarios derivados de una decisión pública, o de la utilización de información obtenida en ejercicio de funciones públicas. En todos estos casos, de forma más o menos directa, los responsables de la práctica de corrupción obtienen un beneficio económico que incrementa su patrimonio.

Transparencia Internacional, publicó el 31 de enero de 2023 el índice de percepción de corrupción 2022 en el cual indica que la situación en Colombia no está mejorando, el país obtuvo un puntaje de 39 sobre 100 (siendo 0 mayor percepción de corrupción y 100 menor percepción de corrupción), lo que lo mantiene en el puesto 91 entre los 180 países evaluados.

La calificación del País en el Índice de Percepción de Corrupción (IPC) 2023 de Transparencia Internacional refleja la necesidad de fortalecer las políticas y los mecanismos de lucha contra la corrupción para obtener resultados más contundentes y visibles.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	15

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

Transparencia por Colombia el pasado enero de 2023 mencionó que Colombia mantuvo su puntaje de 39 sobre 100 por tercer año consecutivo. Desde 2012 no ha logrado cambios significativos en esta calificación. Según Andrés Hernández, Director Ejecutivo de Transparencia por Colombia, “esta situación reitera que los distintos tipos de corrupción que se analizan a través del IPC no han sido contrarrestados de manera suficiente: soborno, desvío de recursos públicos, uso de cargos públicos para beneficio privado, nepotismo en el servicio civil y captura del estado, entre otros”.

El análisis del IPC 2022 señala puntos clave para contribuir al cambio esperado:

Primero, abordar la corrupción que favorece que aumenten los niveles de conflictividad en el país y que al tiempo disminuye la capacidad de respuesta del Estado. Al respecto, según Transparencia por Colombia, el sector defensa y seguridad fue el más afectado por actos de corrupción entre 2016 y 2020 con irregularidades en contratación pública, uso indebido de servicios de seguridad y vulneración de derechos humanos, entre otros hechos.

Segundo, fortalecer los esfuerzos para identificar y evitar los riesgos de corrupción relacionados con la consolidación de la paz en el país, pues la prevención de la corrupción es fundamental para alcanzar la “paz total”. Tercero, contrarrestar los efectos de esta problemática en la calidad de vida, el respeto por los derechos humanos y la preservación del medio ambiente.

Lo anterior deberá estar acompañado de una visión clara en la estrategia del nuevo gobierno para combatir la corrupción. En ese sentido, “Transparencia por Colombia reitera la invitación al Gobierno Nacional y al Congreso para articular un fuerte componente de lucha anticorrupción en el Plan Nacional de Desarrollo, lo cual contribuiría decididamente a las tres prioridades en materia de justicia social, justicia ambiental y paz total”, concluye Andrés Hernández.

Fuentes consultadas: <https://transparenciacolombia.org.co/colombia-no-mejora-en-el-indice-de-percepcion-de-corrupcion/>

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	16

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>		

## Últimos Avances Contra La Corrupción

El Gobierno Nacional dentro de la ley 1474 de 2011 incorporó en el Estatuto Anticorrupción un grupo de medidas orientadas a conjurar la propagación de la corrupción en el sector salud así:

1. Se adopta un nuevo Sistema de Control y Vigilancia del Sector Salud. En este se obliga a las entidades sometidas al control y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud a adoptar manuales de control para evitar fraudes; estos manuales deben contar con un capítulo especial orientado a regular la conducta de los directores, representantes legales o administradores de las mismas.
2. Se prohíbe que las entidades prestadoras del servicio de salud realicen donaciones a campañas políticas.
3. Los empleados o directores de entidades sometidas a la vigilancia de la SUPERSALUD que omitan el cumplimiento de los mecanismos de control para ocultar actos de corrupción incurrirá en prisión de 38 a 128 meses.
4. Se crea el Sistema preventivo de prácticas riesgosas al sector salud, a través del cual se hará seguimiento a las conductas identificadas como corruptas, el cual emitirá alertas tempranas para actuar a tiempo.
5. Se establecen como causales de agravación punitiva que las conductas tengan relación con el sistema de seguridad social integral.
6. Se tipifican la especulación y el agiotaje sobre medicamentos o dispositivos médicos, la cual tendrá una pena entre 5 y 10 años de prisión y multa hasta de mil salarios mínimos legales mensuales vigentes.
7. Se establece como agravante punitivo el hecho de que el peculado se cometa frente a recursos de la salud.

Esperamos con estas medidas prevenir y corregir conductas desarrolladas por servidores públicos, particulares que administran recursos públicos y profesionales de la salud, que no se corresponden con los principios y normas que orientan la prestación del servicio público de salud y ponen en riesgo la vida de las personas.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	17

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

## OBJETIVOS DE LA LEY ANTICORRUPCIÓN:

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

## 7. ELEMENTOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES

### 7.1. Misión

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, presta servicios de salud humanizados y confiables, soportados en la gestión del conocimiento de su talento humano y la mejor tecnología, asegurando su sostenibilidad y permanencia en el tiempo, orientados en la transformación organizacional y el mejoramiento en la calidad de vida de la población a la que sirve.

### 7.2. Visión

En el año 2024 La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, será modelo y referente a nivel nacional por la prestación de servicios complementarios,

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	18

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

diferenciados por la humanización y la integralidad en la atención a sus pacientes y familias con estándares superiores de calidad.

### 7.3. Políticas de la calidad E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

En concordancia con la Misión, la Empresa, se compromete con la calidad mediante el mejoramiento continuo de sus procesos, en beneficio de los pacientes y/o usuarios de los servicios de salud. Esto se logra mediante la colaboración de todo el personal de la Empresa, el cual debe estar comprometido con la Misión de la Entidad, los Objetivos Estratégicos, Los Ejes del Sistema Único de Acreditación, los Principios y Valores.

Es deber de la Empresa divulgar y socializar las políticas sobre Calidad, para garantizar su comprensión y continua aplicación, además de verificarlas periódicamente y ajustarlas si fuere necesario.

La prestación de los servicios de salud, debe estar encaminada al respeto de los derechos de los pacientes reconociendo las necesidades de cada individuo en atención en salud. La Empresa ha publicado documentos con los deberes y derechos de los pacientes en los diferentes servicios y áreas. Todos los Colaboradores y/o contratistas deben conocer estos deberes y derechos, al igual que el despliegue permanente del valor de la semana, y toda la información relacionada con el ciclo de preparación para la Acreditación Institucional.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	19

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

A la fecha la E.S.E cuenta con 30 Políticas integradas de las cuales 8 son estratégicas, 13 operativas y 9 Tácticas, todas estas contribuyen al desarrollo de los Objetos Estratégicos y a mitigar los posibles riesgos de la institución (incluye los riesgos de corrupción):

<b>POLÍTICAS DEL HDSAP</b>		
<b>No.</b>	<b>Política</b>	<b>Tipo</b>
1	POLITICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Estratégicas
2	POLITICA DE TRANSFORMACIÓN CULTURAL	Estratégicas
3	POLITICA DE CALIDAD	Estratégicas
4	POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Estratégicas
5	POLITICA DE HUMANIZACIÓN	Estratégicas
6	POLITICA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	Estratégicas
7	POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	Estratégicas
8	POLITICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL	Estratégicas
9	POLÍTICA CERO PAPEL	Tácticas
10	POLITICA DE REFERENCIACIÓN	Tácticas
11	POLITICA DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Tácticas
12	POLÍTICA ACOSO LABORAL Y ACOSO SEXUAL AL COLABORADOR	Tácticas
13	POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Tácticas
14	POLÍTICA IAMII	Tácticas
15	POLITICA AMBIENTAL	Tácticas
16	POLITICA GENERAL DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACION	Tácticas
17	POLITICA DE BUENAS PRACTICAS EN SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	Tácticas
18	POLITICA DE REUSO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	Operativas
19	POLITICA DE SILENCIO	Operativas
20	POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA	Operativas
21	POLITICA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Operativas
22	POLÍTICA SEGURIDAD VIAL	Operativas
23	POLITICA DOCENCIA SERVICIO	Operativas
24	POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	Operativas
25	POLITICA DESARROLLO SEGURO DE SOFTWARE	Operativas
26	POLITICA CLAVES DE ACCESO USUARIOS	Operativas
27	POLÍTICA DE SEGURIDAD FÍSICA Y DEL ENTORNO	Operativas
28	POLÍTICA DE SEGURIDAD PARA RELACIÓN CON PROVEEDORES	Operativas
29	POLITICA DE RESPALDO DE INFORMACIÓN	Operativas
30	POLITICA GESTIÓN DOCUMENTAL	Operativas

Fuente: Proceso Gestión de La Calidad - 22 de enero de 2024

<b>FECHA:</b>	<b>Elaboración:</b> 07/01/2020	<b>Aprobación</b>	<b>Adopción</b>	<b>Versión:</b>	<b>Hoja:</b>
	<b>Modificación:</b> 30/01/2024	<b>Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño</b>	<b>Resolución No. 049 del 30/01/2024</b>	<b>5.0</b>	<b>20</b>

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

#### 7.4. Principios Institucionales.

La ética de los funcionarios tiene como propósito fundamental el bien común ciudadano. Los principios éticos tienen como función primordial desarrollar hábitos y actitudes positivas en los servidores públicos, que permitan el cumplimiento de los fines institucionales para beneficio de la comunidad, y generen confianza y credibilidad en la sociedad.

Los principios adoptados por la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito son:

**Amor:** Es el principio que crea y sustenta las relaciones humanas con dignidad y profundidad; permitiendo no fijarse en las debilidades de los demás sino interesarse en eliminar los propios defectos, valorándose a sí mismo y al otro. El amor es la fuerza que nos impulsa para hacer siempre las cosas bien, con sentimiento de vivo afecto, expresado en la humanización de los servicios y el bienestar para todos.

**Integridad:** Conducirse en el desarrollo de funciones con honradez, rectitud, dignidad, decoro, poniendo en la ejecución de sus labores toda su capacidad, conocimiento y experiencia laboral.

**Mejoramiento Continuo:** La entidad aplicará todos los procedimientos técnicos e instrumentos gerenciales que le permitan responder oportunamente a los cambios del entorno, contando con un personal comprometido en la búsqueda de resultados excelentes en su gestión, mediante el cumplimiento de sus deberes con competencia, diligencia y calidad.

**Pertenencia:** Consiste en asumir el hecho de estar inmerso en la comunidad, en la empresa y en sus valores aceptados.

**Responsabilidad social:** En cumplimiento del mandato Constitucional, y por su carácter de entidad pública, El Hospital incorpora en su proceso cultural el desarrollo e implementación de estrategias para la administración de los recursos en forma responsable, tanto en lo interno como en lo externo, considerando las expectativas económicas, sociales y ambientales de todos sus participantes, demostrando respeto por las personas, los valores éticos, la comunidad y el medio ambiente.

**Autocontrol:** Control realizado por uno mismo. Implica dirigir la mirada hacia nosotros mismos, hacia nuestros comportamientos y actitudes, dejar atrás la tendencia de atribuir a las circunstancias externas, a las demás personas, al destino

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	21

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

y al azar, las causas de nuestras decisiones, acciones u omisiones, y de los resultados que alcanzamos. Es una filosofía de vida enmarcada en una actitud positiva y permanente para hacer las cosas bien, promoviendo el Mejoramiento Continuo en la forma de realizar nuestra labor diaria

### 7.5. Valores Institucionales.

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, tendrá en cuenta para su accionar los Valores Intrínsecos (son inherentes a la condición humana), las características de los valores éticos y los definidos en el Código de Integridad de la entidad.

#### Características de los Valores Éticos:

**Permanencia:** Perduran en el tiempo.

**Integridad:** Hace parte en las actuaciones del hombre.

**Satisfacción:** Producen un gusto por el buen obrar.

**Jerarquía:** Son básicos y prioritarios al momento de hacer elecciones.

**Trascendencia:** Influyen en todas las personas del entorno.

**Dinamismo:** Generan energía de bien y sinergia a su alrededor.

**Aplicabilidad:** Son practicados por el hombre que los apropia.

**Complejidad:** Resultan difíciles de aplicar cuando se trata de sacrificar el interés personal, por lograr el bien común.

**Absolutidad:** Son terminantes, decisivos y categóricos. Concentra la atención y acción en una dirección única de hacer las cosas.

#### Valores Definidos en el Código de Integridad:

Con base en lo establecido en La Resolución No. 198 de 10 de Julio de 2018, se establecieron los VALORES INSTITUCIONALES, bajo el concepto **CÓDIGO DE INTEGRIDAD**, en el marco de la implementación del Modelo integrado de Planeación y Gestión –MIPG- para la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, los cuales son:

#### HONESTIDAD:

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

#### Lo Que Hago

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	22

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

- ✓ Siempre digo la verdad, incluso cuando cometo errores, porque es humano cometerlos, pero no es correcto esconderlos.
  - ✓ Cuando tengo dudas respecto a la aplicación de mis deberes busco orientación en las instancias pertinentes al interior de mi entidad. Se vale no saberlo todo, y también se vale pedir ayuda.
  - ✓ Facilito el acceso a la información pública completa, veraz, oportuna y comprensible a través de los medios destinados para ello.
  - ✓ Denuncio las faltas, delitos o violación de derechos de los que tengo conocimiento en el ejercicio de mi cargo, siempre.
  - ✓ Apoyo y promuevo los espacios de participación para que los ciudadanos hagan parte de la toma de decisiones que los afecten relacionadas con mi cargo o labor.
- Lo Que No Hago**
- ✓ No le doy trato preferencial a personas cercanas para favorecerlos en un proceso en igualdad de condiciones.
  - ✓ No acepto incentivos, favores, ni ningún otro tipo de beneficio que me ofrezcan personas o grupos que estén interesados en un proceso de toma de decisiones
  - ✓ No uso recursos públicos para fines personales relacionados con mi familia, mis estudios y mis pasatiempos (esto incluye el tiempo de mi jornada laboral, los elementos y bienes asignados para cumplir con mi labor, entre otros).
  - ✓ No soy descuidado con la información a mi cargo, ni con su gestión.

### RESPECTO

Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

#### Lo Que Hago

- ✓ Atiendo con amabilidad, igualdad y equidad a todas las personas en cualquier situación a través de mis palabras, gestos y actitudes, sin importar su condición social, económica, religiosa, étnica o de cualquier otro orden. Soy amable todos los días, esa es la clave, siempre.
- ✓ Estoy abierto al diálogo y a la comprensión a pesar de perspectivas y opiniones distintas a las mías. No hay nada que no se pueda solucionar hablando y escuchando al otro

#### Lo Que No Hago

- ✓ Nunca actúo de manera discriminatoria, grosera o hiriente, bajo ninguna circunstancia.
- ✓ Jamás baso mis decisiones en presunciones, estereotipos, o prejuicios.
- ✓ No agredo, ignoro o maltrato de ninguna manera a los ciudadanos ni a otros servidores públicos

### COMPROMISO

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	23

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

**Lo Que Hago**

- ✓ Asumo mi papel como servidor público, entendiendo el valor de los compromisos y responsabilidades que he adquirido frente a la ciudadanía y al país
- ✓ Siempre estoy dispuesto a ponerme en los zapatos de las personas. Entender su contexto, necesidades y requerimiento es el fundamento de mi servicio y labor.
- ✓ Escucho, atiendo y oriento a quien necesite cualquier información o guía en algún asunto público.
- ✓ Estoy atento siempre que interactúo con otras personas, sin distracciones de ningún tipo.
- ✓ Presto un servicio ágil, amable y de calidad.

**Lo Que No Hago**

- ✓ Nunca trabajo con una actitud negativa. No se vale afectar mi trabajo por no ponerle ganas a las cosas.
- ✓ No llego nunca a pensar que mi trabajo como servidor es un “favor” que le hago a la ciudadanía. Es un compromiso y un orgullo.
- ✓ No asumo que mi trabajo como servidor es irrelevante para la sociedad.
- ✓ Jamás ignoro a un ciudadano y sus inquietudes

**DILIGENCIA**

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

**Lo Que Hago**

- ✓ Uso responsablemente los recursos públicos para cumplir con mis obligaciones. Lo público es de todos y no se desperdicia.
- ✓ Cumplo con los tiempos estipulados para el logro de cada obligación laboral. A fin de cuentas, el tiempo de todos es oro.
- ✓ Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.
- ✓ Siempre soy proactivo comunicando a tiempo propuestas para mejorar continuamente mi labor y la de mis compañeros de trabajo

**Lo Que No Hago**

- ✓ No malgasto ningún recurso público.
- ✓ No postergo las decisiones ni actividades que den solución a problemáticas ciudadanas o que hagan parte del funcionamiento de mi cargo. Hay cosas que sencillamente no se dejan para otro día.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	24

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

- ✓ No demuestro desinterés en mis actuaciones ante los ciudadanos y los demás servidores públicos.
- ✓ No evado mis funciones y responsabilidades por ningún motivo

## JUSTICIA

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

### Lo Que Hago

- ✓ Tomo decisiones informadas y objetivas basadas en evidencias y datos confiables. Es muy grave fallar en mis actuaciones por no tener las cosas claras.
- ✓ Reconozco y protejo los derechos de cada persona de acuerdo con sus necesidades y condiciones.
- ✓ Tomo decisiones estableciendo mecanismos de diálogo y concertación con todas las partes involucradas.

### Lo Que No Hago

- ✓ No promuevo ni ejecuto políticas, programas o medidas que afectan la igualdad y la libertad de personas.
- ✓ No favorezco el punto de vista de un grupo de interés sin tener en cuenta a todos los actores involucrados en una situación.
- ✓ Nunca permito que odios, simpatías, antipatías, caprichos, presiones o intereses de orden personal o grupal interfieran en mi criterio, toma de decisión y gestión pública

## TRABAJO EN EQUIPO

Realizo una tarea en particular entre un grupo de dos o más personas, manteniendo un buen nivel de coordinación y armonía entre los integrantes, en la búsqueda de los objetivos de la Entidad

### Lo Que Hago

- ✓ Valoro las opiniones y experiencias de los miembros del equipo de trabajo.
- ✓ Aporto en mi equipo de trabajo lo mejor de mi conocimiento y experiencia
- ✓ Hago parte activa de las labores y tareas con un sentido de colaboración con mis compañeros de trabajo
- ✓ Permito que la comunicación fluya y valoro el conocimiento y experiencia del compañero

### Lo Que No Hago

- ✓ Imponer opiniones o actuaciones al interior del equipo de trabajo sin atender otros puntos de vista.
- ✓ Trabajar de manera independiente, sin interacción y colaboración con y hacia los demás compañeros del equipo.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	25

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

## 7.6. SARLAFT/FPADM y SICOF.

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, viene dando cumplimiento a la normatividad expedida por La Superintendencia Nacional de Salud –SNS (Circular Externa 09 de 2016, Circular Externa 20211170000005-5 de 2022 y demás reglamentarias), para la implementación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos de la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT/FPADM. A la fecha se cuenta con:

- Política para el Sistema de Administración del Riesgo y Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, Matriz de Riesgo.

- En el año 2022, mediante Acuerdo No 07 del 22 de septiembre, La Junta Directiva de la institución, realizó la actualización del Manual de Procesos y Procedimientos de SARLAFT/FPADM, con sus respectivos formatos de procedimientos, acorde a lo establecido por la Circular Externa No 20211170000005-5 de 2021.

Así mismo, en lo relacionado con El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude- **SICOF**, se viene dando cumplimiento en lo establecido en la Circular Externa No. 20211700000005-5 del 17 de septiembre 2021, expedida por La Supersalud. A la fecha se cuenta con:

- Manual de Políticas Procesos y Procedimientos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude; En el año 2022 la Junta Directiva de la Hospital Departamental San Antonio de Pitalito aprobó el Manual de Políticas Procesos y Procedimientos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, mediante Acuerdo No 08 del 14 de septiembre de 2022.

- Designación de los responsables de la Implementación del SICOF y se delegaron los cargos y funciones de oficial de cumplimiento a servidores públicos de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, mediante Resolución No 203 del 20 de septiembre de 2022.

- Mapa de Riesgos y procedimientos, acorde a lo establecido por la Circular Externa No 20211170000005-5 de 2021.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	26

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

## 8. Componentes del Plan Anticorrupción y De Atención al Ciudadano

### 8.1 Primer Componente: Mapa de Riesgos de Corrupción y Medidas para mitigarlos.

En este componente se establecen los criterios generales para la identificación y prevención de los riesgos de corrupción de las entidades permitiendo a su vez las alarmas y la elaboración de mecanismos orientados a prevenirlos o evitarlos. Es necesario recordar que el riesgo de corrupción se define como “La posibilidad de que, por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesione los intereses de una entidad y en consecuencia del Estado, para un beneficio particular”. Las causas las identificamos a partir de los factores internos y externos que pueden influir en los procesos y procedimientos que generan una mayor vulnerabilidad frente a los riesgos de corrupción.

Para la descripción de las causas y las consecuencias del posible riesgo de corrupción se tuvo en cuenta la metodología estipulada en los documentos: “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – Versión 2” y en la “Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción”.

La importancia radica en que tanto el cliente interno como externo contribuya a su respectiva actualización, mitigación de los mismos, seguimiento y monitoreo permanente. Otro ítem importante dentro de este primer componente son las medidas para mitigar los riesgos de la institución (incluyendo los de corrupción) y su respectivo monitoreo permanente, para ello se diseñó durante la vigencia 2022-2023 la reformulación del Mapa de Riesgos de la Institución, con la participación de los diferentes procesos asistenciales y administrativos, a través del formato **HSP-DE-ME-F06**, el cual contiene toda la metodología del DAFP a través de archivos de Excel iniciando por: El contexto estratégico, identificación de los riesgos, análisis de los riesgos, valoración de los controles, valoración de los riesgos, seguimiento y monitoreo de los riesgos, el riesgo inherente, el riesgo residual, y la gráfica de control.

Sumado a la identificación de los riesgos por los diferentes procesos, para efectos de la consolidación de la matriz de riesgo institucional, se priorizaron un total de 39 riesgos, los cuales serán motivo de análisis, seguimiento, monitoreo y actualización para la presente vigencia, de acuerdo a los resultados que arrojen las respectivas auditorías internas y el trabajo en equipo por parte de cada uno de los líderes responsables de los diferentes procesos.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	27

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2													CODIGO DE FORMATO: HSP-DE-ME-F06		
PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL													VERSIÓN: 3.0		
PROCEDIMIENTO: MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN													APROBACION: 26/06/2023		
NOMBRE DEL DOCUMENTO: FORMATO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL															
Periodo: 2022-2023															
No.	PROCESO	ÁREA/ SERVICIO	CAUSA (Debido a)	NOMBRE DEL RIESGO (Puede Ocurrir u ocasionar)	Tipo de Riesgos	Consecuencia (Lo que genera)	Riesgo priorizado por AMFE	CALIFICACIÓN		EVALUACIÓN		Herramientas de control	Responsable de la herramienta de control	1 Línea de Defensa (Autocontrol )	Indicador
							Probabil idad (20-100)	Impacto (20-100)	Perfil del Riesgo	Zona de Riesgo					
R1	Direccionamiento Estrategico	Direccionamiento Estrategico	* Falta de seguimiento al cumplimiento del Cronograma de Informes a Entes de Vigilancia y Control. * Desconocimiento por parte de los colaboradores de las fallas que se cometen por el NO envío de Informes a Entes de Control.	Inoportunidad en el reporte de la información a las Entidades de Vigilancia y Control en los términos establecidos.	Estrategico	* Sanciones por los Entes de Vigilancia y Control. * Baja Calificación en la Gestión Institucional. * Pérdida de confiabilidad de los datos Interesados. * Falta de Autocontrol y diagnósticos a causa de la NO elaboración de informes.	NO	20	100	200	ZONA RIESGO EXTREMA	Implementación del sistema de Gestión Documental con el fin de centralizar y hacer seguimiento a todas las solicitudes (matriz de controles a los informes) Elaborar cronograma de actividades con el fin de establecer las entidades - comité de autocontrol - Drive con evidencias del chequeo se revisa diaria)	Subgerencia Administrativa	Líder del proceso	Inoportunidad en el reporte de la información a las Entidades de Vigilancia y Control en los términos establecidos.
R2	Experiencia del paciente y su familia	Experiencia del paciente y su familia	* Las áreas y procesos encargados de dar respuesta a las PQR no realiza un análisis adecuado de cada queja y generalizan las respuestas a los usuarios. * Falta de compromiso del proceso o colaborador implicado en la queja. *Respuestas extemporáneas de las quejas o solicitudes de los usuarios.	Falta de impacto de las soluciones que se generan a las quejas de los usuarios para solventar las quejas o reclamos, haciendo que su experiencia sea mejor.	Operativo	* Reincidencias de las quejas * Insatisfacción de los usuarios y no fidelización.	NO	100	100	1000	ZONA RIESGO EXTREMA	Lista de chequeo con criterios que midan dominios relacionados con la oportunidad de las respuestas de las quejas.	Coordinador del área Experiencia del paciente y su familia	Líder del proceso	Oportunidad en la respuesta emitida a las PQRs presentadas por los usuarios en el HDSAP- 2019-2023
R3	Gestión de la calidad	Gestión de la calidad	Falta de Gestión para el cumplimiento de los estándares a partir de la implementación de las matrices de autoevaluación en cada uno de los servicios habilitados. Falta de gestión y de seguimiento a los planes de mantenimiento y de acción relacionados con el cumplimiento de los estándares. Interpretación de los estándares por parte de VIC sin lineamientos claros del MSP	No cumplimiento a la totalidad de los estándares del Sistema Único de Habilitación aplicables a la institución	Estrategico	* No certificación de habilitación o cierre de servicios. * Cierre total temporal de los servicios, multas económicas a la institución	NO	20	100	200	ZONA RIESGO EXTREMA	Aplicación y seguimiento a la matriz de estándares de habilitación por servicios, periódico con los líderes de los servicios - líderes de los estándares y calidad - seguimiento comité de calidad y reporte a comité gerencial	Líder de Gestión de la Calidad	Líder del proceso	Cumplimiento a los estándares del SUH
R4	Gestión del Talento Humano	Gestión del Talento Humano	Alta demanda de carga laboral (pacientes, acompañantes y usuarios atendidos durante un turno) y alto número de actividades asignadas en la jornada con sobrecarga).	Alto índice de estrés laboral	SST	Baja productividad en el desarrollo de los procesos, lo que se ve reflejado en la insatisfacción del cliente interno y cliente externo. Incapacidades	NO	80	100	800	ZONA RIESGO EXTREMA	(Seguimiento al plan de acción de los resultados COPASST, Revisión de turnos-estándares de producción administrativos: Análisis de cargas de trabajo - formato de requerimiento de personal conveniencia - articulación del proyecto de mejora para evidenciar ciclos de mejora) - paquete instruccional de prevención del cansancio (lineamientos con un máximo de horas en determinados servicios) articulación de los líderes de SGSST (reuniones mensuales con apoyo de la aplicación de encuesta epígrima instancia validada con usuarios de la batería de riesgo psicosocial)	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo	Líder del proceso	Ausentismo laboral por Enfermedad Común
R5	Atención de Urgencias	Atención de Urgencias	Alto flujo de pacientes, fallas y caídas del sistema, errores de digitación, suplantación de identidad.	Error en la identificación del paciente al llamado a procedimientos de enfermería.	Asistenciales	* Presentación de Eventos adversos. * Alteración de la patología de Base del Paciente. * Dificultades legales por IC	NO	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Registros en la nota de enfermería con doble identificación de los pacientes y con seguimiento (muestreo - calculadora estadística)	Líder del proceso proceso de Atención de Urgencias	Líder del proceso	Porcentaje de incidentes y errores asociados a las fallas de identificación de pacientes
R6	Referencia y contrareferencia	Referencia y contrareferencia	* Demoras y barreras en la ubicación de las EPS * No disponibilidad de ambulancia para el traslado. * Demoras administrativas en facturación para el egreso de paciente * Falta de acompañante para el traslado de paciente.	Demora en el egreso por remisión	Operativo	* Deterioro clínico del paciente * Estancia prolongada * Aumento en los tiempos de egreso * Insatisfacción del paciente y familia.	NO	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Censo diario de pacientes en trámite de remisión enviado a Facturación para trámites (referencia y facturación)- listas de chequeo de verificación con paciente para información sobre trámites (SIAU)	Líder del proceso proceso de Referencia y Contrareferencia	Líder del proceso	Tiempo de espera para la aceptación de pacientes en IFS de mayor complejidad
R7	Hospitalización	Hospitalización	Inoportunidad en la realización de procedimientos quirúrgicos	Estancia prolongada en el servicio de los pacientes con procedimiento quirúrgico definido	Operativo	Insatisfacción de los pacientes PQRS	NO	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Procedimiento (Bitácora) para comentar la priorización de los pacientes en hospitalización con orden cx - Criterios - lista de chequeo de priorización de pacientes para cirugía	Líder del proceso - Atención de la Hospitalización	Líder del proceso	Promedio día de estancia/Estancias prolongadas. Porcentaje de satisfacción de los usuarios.
R8	Hospitalización	Hospitalización	* No adherencia al procedimiento de traslado intrahospitalario Fallas de *Comunicación entre los auxiliares de enfermería y el personal de traslado	Valoración insuficiente de los riesgos clínicos previo al traslado del paciente	Clinicos	* Paciente inestable * Complicaciones de la condición clínica de paciente * Comisión de información	SI	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Lista de chequeo teniendo el procedimiento de traslado intrahospitalario	Líder del proceso - Atención de la Hospitalización	Líder del proceso	Tasa de incidentes durante el traslado de pacientes a Hospitalización
R9	Atención de UCI	Atención de UCI	* Falta de adherencia a las tablas de dilución * Fallas en los cuidados de accesos venosos * Técnica en la administración de medicamentos	Flebitis química	Asistenciales	* Formación de coágulos sanguíneos * Limitación funcional de la extremidad del paciente. * Pérdida de sensibilidad * Necrosis.	SI	80	100	800	ZONA RIESGO EXTREMA	Seguimiento a buenas prácticas dentro de cada turno	Líder del proceso - Atención de UCI	Líder del proceso	Eventos e incidentes relacionados con administración de medicamentos UCI
R10	Atención de UCI	Atención de UCI	Falta de aditamentos necesarios para prevenir úlcera por presión	Úlceras por presión	Asistenciales	* Necrosis de Piel * Deterioro de la condición clínica del paciente.	SI	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Aplicación de lista de chequeo de prevención de úlceras por presión	Líder del proceso - Atención de UCI	Líder del proceso	Tasa de úlceras por presión UCI

<b>FECHA:</b>	<b>Elaboración: 07/01/2020</b>	<b>Aprobación</b>	<b>Adopción</b>	<b>Versión:</b>	<b>Hoja:</b>
	<b>Modificación: 30/01/2024</b>	<b>Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño</b>	<b>Resolución No. 049 del 30/01/2024</b>	<b>5.0</b>	<b>28</b>

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL          SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO:          HSP-DE-PL02          30/01/2024          Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL          CIUDADANO</b>	

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2													CODIGO DE FORMATO: HSP-DE-ME-F06		
PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL													VERSIÓN: 3.0		
PROCEDIMIENTO: MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN													APROBACION: 26/06/2023		
NOMBRE DEL DOCUMENTO: FORMATO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL															
Periodo: 2022-2023															
No.	PROCESO	ÁREA/ SERVICIO	CAUSA (Debido a)	NOMBRE DEL RIESGO (Puede Ocurrir u ocasionar)	Tipo de Riesgos	Consecuencia (Lo que genera)	Riesgo priorizado por AMFE	CALIFICACIÓN		EVALUACIÓN		Herramientas de control	Responsable de la herramienta de control	1 Línea de Defensa (Autocontrol )	Indicador
								Probabil idad (20-100)	Impacto (20-100)	Perfil del Riesgo	Zona de Riesgo				
R11	Atención de Ginecología	Atención de Ginecología	Falta de disponibilidad de camas en hospitalización colindante a que el paciente se demore en ginecobstetricia y la estancia prolongada del binomio madre hijo	Caidas de las pacientes	Asistenciales	*Lesiones *Evento adverso	SI	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Protocolo de acompañamiento de la paciente al baño (lista de chequeo de cumplimiento) empoderar a acompañante con criterios de cuidado (educación al acompañante -lista de chequeo)	Líder del proceso - Ginecobstetricia	Líder del proceso	Tasa de caídas en el servicio de Ginecobstetricia GO
R12	Atención de Ginecología	Atención de Ginecología	Demora en la autorización de la aseguradora para el traslado de la gestante, demora en la llegada de la ambulancia y su tripulación completa	Demora en la aceptación de la remisión	Operativo	*Nacimiento del producto prematuro en la institución sin disponibilidad de UCI neonatal *Evento centinela	NO	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Jefe de servicio - facturador con el censo de las pacientes que se remiten (lista de chequeo de requerimientos que debe llevar la gestante)	Líder del proceso - Ginecobstetricia	Líder del proceso	Tiempo transcurrido entre la orden de remisión y la aceptación del paciente a tercer nivel
R13	Atención en Consulta Externa	Atención en Consulta Externa	No se encuentra documentado el procedimiento de atención de consulta externa, no disposición por parte del talento humano especialista para la realización del examen físico completo	Realización inadecuada del examen físico por parte del médico tratante.	Asistenciales	No definición clara del paciente y su plan de tratamiento, no manejo del paciente, insatisfacción del paciente, aumento de PQRS, falta de direccionamiento al paciente y complicaciones	SI	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Auditoría de JIC con apoyo del proceso de calidad - auditor (muestra representativa) Resultados: verificación de signos vitales - apoyo de los médicos internos de especialidades que puedan rotar en la consulta con el especialista) - Reentrenamiento con especialistas para adherencia a la toma de signos vitales registrada en el Historia clínica - Implementación del procedimiento de toma de signos vitales en la consulta - Lista de verificación a la adherencia del procedimiento.	Líder del Proceso - Consulta Externa	Líder del proceso	Número de pacientes asignados para procedimientos que requieren preparación
R14	Atención en Consulta Externa	Atención en Consulta Externa	No existe el talento humano con competencias para dar la información al paciente para su preparación	Preparación inadecuada de los pacientes para los procedimientos menores a realizar en la consulta	Operativo	No realización del procedimiento o cancelación del mismo, insatisfacción, PQRS, altos costos por la preparación de insumos que no se utilizan	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Auditoría de agendamiento de pacientes para procedimientos - Lista de verificación de criterios de preparación con el paciente (referenciarse con QX)	Líder del Proceso - Consulta Externa	Líder del proceso	Número de pacientes mal preparados para procedimientos ambulatorios
R15	Atención en Cirugía	Atención en Cirugía	Represamiento de cirugías de urgencias condicionadas por la disponibilidad del material osteosíntesis, equipos biomédicos, por la demanda de patologías que ingresan por otros servicios que requieren Quirúrgico	Inoportunidad en la realización de los procedimientos quirúrgicos de urgencia	Estratégico	insatisfacción de los pacientes, estancias prolongadas, deterioro del estado clínico, mayor riesgos de infecciones.	NO	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Otopedía: tablero con la programación de procedimientos para evitar el ayuno de los pacientes - equipo adicional en los cuadros de acuerdo a la disponibilidad de salas	Líder del proceso de Cirugía	Líder del proceso	Porcentaje de pacientes previstos para intervenir
R16	Atención en Cirugía	Atención en Cirugía	No adherencia al protocolo de cirugía segura	Cirugía realizada en el lado erróneo, en una zona anatómica errónea, en el paciente erróneo.	Asistenciales	Demandas legales, complicaciones de la cirugía, riesgo financiero, muerte	SI	20	100	200	ZONA RIESGO EXTREMA	Verificación cruzada del sitio operatorio (paciente verbaliza y señala sitio, comparación con datos de HCY y consentimiento informado), informar a todo el equipo quirúrgico sobre el error y realizar la marca en el sitio correcto quitando la del sitio equivocada. Realizar el reporte del error (incidente) a través del Sistema de Gestión de Calidad, escribiendo las posibles causas.	Líder del proceso de Cirugía	Líder del proceso	Cirugía en parte equivocada
R17	Gestión de la Docencia Servicio	Gestión de la Docencia Servicio	Desconocimiento de los docentes y estudiantes del plan de delegación, no adherencia al plan delegación progresiva No conocimiento del plan de delegación.	Inadecuada supervisión del personal en práctica por parte de los docentes	Operativo	Eventos adversos.	NO	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Socializar el plan de delegación progresiva con estudiantes y docentes - incluir la socialización en los programas de inducción institucional - rondas de supervisión con las diferentes especialidades para verificación con lista de chequeo aprobada y codificada)	Gestión de la Docencia Servicio	Líder del proceso	Proporción de Eventos adversos, incidentes y errores generados por el personal en formación.
R18	Apoyo Diagnostico y Terapeutico	Servicio Farmaceutico	TIEMPO PROLONGADO ENTRE LA SOLICITUD DE LOS INSUMOS Y LA ENTREGA 1. desabastecimiento nacional 2. inconvenientes logísticos por parte de los proveedores en el envío de los insumos 3. problemas en la importación de los insumos	Inoportunidad en la entrega de los medicamentos y dispositivos médicos contratados	Asistenciales	Inoportunidad en la atención de paciente, No disponibilidad de medicamentos en la institución. Pacientes con tratamiento incompleto. Complicaciones del paciente.	SI	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS DE ADQUISICIÓN DE INSUMOS Y VERIFICACIÓN DE ABASTECIMIENTOS NACIONALES DE PRODUCTOS ( evaluación de proveedores - oportunidad de adquisición - informe a comité gerencia de desabastecimiento para evaluar alternativas: Aumento del stock de la compra de medicamentos y dispositivos vs consumo promedio vs desabastecimiento de productos vs comportamiento epidemiológico)	Líder del subproceso de Servicio Farmaceutico	Líder del proceso	Proporción de entrega medicamentos y dispositivos médicos, máximo 2 horas posterior al cargo de los listados en el sistema de información.
R19	Apoyo Diagnostico y Terapeutico	Servicio Farmaceutico	Mal almacenamiento de medicamentos LASA - mala identificación de los medicamentos LASA - no realizar la doble verificación	Dispensación incompleta o incorrecta	Operativo	Eventos adversos posibles daños secuelas e incluso la vida del paciente. Fallos en el tratamiento del paciente. Sobredosis	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Formato de control ordenes medicas previo a la dispensación. Lista de verificación: (asistamiento, verificación de orden médica - contraentrega la servicio - muestreo.)	Líder del subproceso de Servicio Farmaceutico	Líder del proceso	Proporción de fórmulas médicas dispensadas de manera incompleta.
R20	Apoyo Diagnostico y Terapeutico	Imagenología	Debido a la demanda de estudio a realizar Demora en la lectura de los estudios Daños continuos en el equipo y del software	Inoportunidad de reporte de los estudios imagenológicos cuando se arroja un resultado crítico	Operativo	Insatisfacción de los usuarios Diagnóstico tardío Retraso en procedimientos y en las consultas	NO	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Jornadas adicionales - reasignación de especialistas para la interpretación de resultados - cronogramas de jornadas adicionales con seguimiento cuadro de turnos de los especialistas y responsables de las jornadas	Líder del subproceso - Imágenes Diagnostica	Líder del proceso	Bitácora de reportes críticos

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación  Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Adopción  Resolución No. 049 del 30/01/2024	Versión:  5.0	Hoja:  29
	Modificación: 30/01/2024				

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2												CÓDIGO DE FORMATO: HSP-DE-ME-F16			
PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL												VERSIÓN: 3.0			
PROCEDIMIENTO: MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN												APROBACIÓN: 26/06/2023			
NOMBRE DEL DOCUMENTO: FORMATO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL															
Período: 2022-2023															
No.	PROCESO	ÁREA/ SERVICIO	CAUSA (Debido a)	NOMBRE DEL RIESGO (Puede Ocurrir u ocasionar)	Tipo de Riesgos	Consecuencia (Lo que genera)	CALIFICACIÓN			EVALUACIÓN		Herramientas de control	Responsable de la herramienta de control	1 Línea de Defensa (Autocontrol )	Indicador
							Riesgo priorizado por AMFE	Probabi- lidad (20-100)	Impacto (20-100)	Perfil del Riesgo	Zona de Riesgo				
R21	Apoyo Diagnostico y Terapeutico	Rehabilitación	Alta demanda de pacientes a ser atendidos No disponibilidad de agenda para inicio de tratamiento	Desercion del tratamiento y deterioro de paciente que afecta su recuperación.	Operativo	Demoras en el inicio del tratamiento Deterioro Clínico del paciente	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Listas de agendamiento de pacientes (llamado telefónico) seguimiento. Formato de seguimiento de tratamiento del usuario - Lista de asignación de citas con seguimiento	Lider del subproceso de Rehabilitación	Lider del proceso	Oportunidad en la atención en fisioterapia
R22	Apoyo Diagnostico y Terapeutico	Rehabilitación	Omisión y falta de adherencia a los criterios de identificación de riesgos del paciente asociados a su patología.	Caidas de pacientes en el servicio	Asistenciales	Omisión y falta de adherencia a los criterios de identificación de riesgos del paciente relacionados a su patología.	SI	20	100	200	ZONA RIESGO EXTREMA	Identificación en la evolución inicial riesgos priorizados con la aplicación de la escala de Likert para valorar el riesgo de caídas, verificación de la aplicación del formato de ronda de seguridad donde se evalúa el riesgo de caída.	Lider del subproceso de Rehabilitación	Lider del proceso	Tasa de caídas en apoyo terapéutico
R23	Apoyo Diagnostico y Terapeutico	Laboratorio Clínico	Tecnología: No hay un sistema de desarrollo de datos para la filtración de códigos usados y que apliquen a actividades que realiza la Empresa - fallas en el diligenciamiento de la orden médica. Avances en sistemas de información: No hay estandarización de los códigos usados	No hay pertinencia entre la solicitud del exámen y la oferta del laboratorio	Financiero	Cierras, demoras en los resultados, resultados erroneos, reasignación de los servicios y de los usuarios.	NO	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Barrera humana de recepción de muestras y de órdenes (de acuerdo al procedimiento inmerso en el manual del LC) - registro en matriz con retroalimentación al servicio para corrección de la orden. Control de la oportunidad de respuesta del servicio a través de la no recepción de la muestra. Ajustar procedimiento de recepción de muestras que incluya las excepciones para recepción de muestras sin orden médica	Lider del subproceso de Laboratorio Clínico	Lider del proceso	% de errores relacionados con la orden médica Laboratorio
R24	Apoyo Diagnostico y Terapeutico	Laboratorio Clínico	No adherencia a protocolos. Competencia del personal, deficiencias en procesos de selección e inducción de personal. Sobrecarga laboral a enfermería. Permisividad a las escuelas de formación con programas de bajo nivel académico.	Errores generados por la toma de muestras	Asistenciales	Rechazo de muestras, Incomodidad de clientes internos y externos, Generación de eventos adversos (hematomas, flebitis, doble punción) Desperdicio de insumos , resultados no confiables	SI	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Actualizar y socializar el Manual de toma de muestras de Laboratorio. Hacer evaluación de adherencia a protocolo toma de muestras de acuerdo al procedimiento. Matriz de registro de errores relacionados con la toma de muestra por causa. Hacer mesas de trabajo para análisis de resultados, acciones de mejora y evaluar el impacto.	Lider del subproceso de Laboratorio Clínico	Lider del proceso	Porcentaje de errores en la toma de muestras de laboratorio
R25	Apoyo Diagnostico y Terapeutico	Banco de Sangre	Daños durante el proceso de optención del componente (Daños de botes, Volúmenes insuficientes en Fibrotoma, Tiempo excedido en las fibrotomas)	No disponibilidad e inoportunidad en la entrega de hemocomponentes.	Operativo	Elevación de costos dentro del proceso. Insatisfacción y PQR desde los procesos por ausencia o entrega de Hemocomponentes.	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Análisis diario de las encuestas de selección del Donante CONTROL del PROCESO de recolección de sangre (Formato de recolección de sangre)	Lider del subproceso de Banco de sangre	Lider del proceso	Porcentaje de componentes incinerados por no cumplimiento de protocolos.
R26	Apoyo Diagnostico y Terapeutico	Banco de Sangre	Malá identificación del paciente en la solicitud del componente sanguíneo Paciente equivocado. Solicitud no pertinente del componente sanguíneo.	Errores en las pruebas de compatibilidad de los pacientes	Asistenciales	Reacciones transfusionales, QPR, Complicaciones en el paciente	SI	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Lista de chequeo de paciente correcto de la solicitud del componente. (Verificación de solicitud correcta, verificación del paciente correcto y verificación de pruebas pre-transfusionales)	Lider del subproceso de Banco de sangre	Lider del proceso	Porcentaje de errores en la identificación de unidades de hemocomponentes
R27	Gestión del Ambiente Físico	Gestión del Ambiente Físico	Debido a la frecuencia alta de uso de las máquinas de lavandería como lavadora, secadora y centrifuga se requieren continuamente de mantenimientos correctivos por las fallas que generan	Inoportunidad en el suministro de ropaje hospitalario para la atención de los pacientes	Gestión	Interrupción en la utilización de los pacientes Insatisfacción de los pacientes Aumento de costos por utilización de elementos desechables (ropa) Ateso o cancelación de QX programadas	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Plan de capacitación (inducción - reinducción - entrenamiento) de los operarios de lavandería - evaluación de la adherencia al uso adecuado de las máquinas de lavandería - listas de chequeo con los criterios para la clasificación del ropaje en lavado, secado y centrifuga.	Coordinadora Ambiente Físico	Lider del proceso	Porcentaje de procesamiento de ropa hospitalaria por lavado inadecuado
R28	Gestión de la Tecnología	Gestión de la Tecnología	Personal que no cumple con los entrenamientos y capacitaciones. Alta rotación de personal a cargo del uso y manejo de los dispositivos. Ingreso de dispositivos médicos a la institución con defectos de fabricación, empaque u otro relacionado con su distribución	Incidentes adversos asociados al uso de dispositivos médicos por fallas de fabricación o inadecuado manejo de la tecnología.	Tecnológico	Eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos, los cuales pueden ser una intervención quirúrgica no programada, lesión permanente en el paciente, una demora hacia el hospital por médicos reasignados a la ejecución de un mal procedimiento médico relacionado con dispositivos, o en casos extremos la muerte de un paciente, además de la puesta fuera de servicio de los equipos involucrados.	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Cuestionarios, evaluaciones de adherencia a las capacitaciones de inducción, reinducción - rondas específicas de las vigilancias del uso adecuado de los dispositivos médicos con retroalimentación	Lider Gestión de la Tecnología	Lider del proceso	Porcentaje de eventos e incidentes adversos asociados al uso de los dispositivos médicos en el HOSAP, durante las vigilancias 2021 a 2023
R29	Gestión de la información	Gestión de la información	Insuficiencia de infraestructura tecnológica que garantiza custodia, accesibilidad e integridad de dato. Falta de priorización la compra de herramientas informáticas	Falta en la seguridad e integridad (Fidedad) de la información	Operativo	Fallas en la oportunidad de la atención que puede generar insatisfacción, deserción del paciente e implicaciones legales Insatisfacción del cliente interno y externo	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	El proceso de Gestión de la Información cuenta con los siguientes mecanismos que permitirá mitigar el riesgo así: - Plan anual de adquisiciones - HSP-SIP19 Instructivo Mesa de Servicio - Manual de Seguridad de la Información - Procedimiento de Uso y apropiación - Monitoreo y configuración de Firewall perimetral SONICWALL - Monitoreo diario - Utilización de herramientas para protección de correos institucionales - - Despliegue y educación en seguridad de la información, rondas de seguridad mensual - cuestionario google forms de adherencia - inspecciones de los equipos	Lider de Gestión de la información	Lider del proceso	Porcentaje de adherencia a la política de seguridad de la información.
R30	Gestión Jurídica	Gestión Jurídica	Demora o extemporaneidad en los trámites que realizan los contratistas en el perfeccionamiento del contrato (legalización, pólizas, firmas)	Incumplimiento en la oportunidad en la legalización de los contratos	Estrategico	Hallazgos de los entes de control Sanciones. Afecta el inicio del contrato Afecta la ejecución del contrato, incluido sus pagos.	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Incluir una cláusula de obligación contractual el cumplimiento y la oportunidad de legalización del contrato. Instructivo de requisitos para pago de estampillas- generación de multas si no cumplimiento de la cláusula. Incluir en el formato lista de chequeo de procesos de contratación el ítem de envío de información para legalización al contratista y hace el check list	Lider del proceso de Gestión Jurídica	Lider del proceso	Porcentaje de cumplimiento en la oportunidad en la legalización de los contratos.

<b>FECHA:</b>	<b>Elaboración: 07/01/2020</b>	<b>Aprobación</b>	<b>Adopción</b>	<b>Versión:</b>	<b>Hoja:</b>
	<b>Modificación: 30/01/2024</b>	<b>Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño</b>	<b>Resolución No. 049 del 30/01/2024</b>	<b>5.0</b>	<b>30</b>



E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito

# EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2

PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

CÓDIGO: HSP-DE-PL02  
30/01/2024  
Versión: 5.0

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO: 891.180.134-2												CODIGO DE FORMATO: HSP-DE-ME-F06			
PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL												VERSIÓN: 3.0			
PROCEDIMIENTO: MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN												APROBACIÓN: 26/06/2023			
NOMBRE DEL DOCUMENTO: FORMATO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL															
Periodo: 2022-2023															
No.	PROCESO	ÁREA/ SERVICIO	CAUSA (Debido a)	NOMBRE DEL RIESGO (Puede Ocurrir u ocasionar)	Tipo de Riesgos	Consecuencia (Lo que genera)	Riesgo priorizado por AMFE	Probabilidad (20-100)	Impacto (20-100)	Perfil del Riesgo	ZONA DE RIESGO	Herramientas de control	Responsable de la herramienta de control	1 Línea de Defensa (Autocontrol)	Indicador
R31	Gestión de Recursos Financieros	Gestión de Presupuesto	A. Ejecución de gastos no controlada. B. No cumplimiento de las metas estimadas de reconocimiento y recaudo.	Desequilibrio presupuestal	Financiero	Riesgo financiero.	NO	20	100	200	ZONA RIESGO EXTREMA	Monitoreo mensual de los gastos y costos frente a los ingresos a través de comité financiero. Identificar el margen máximo de compromisos teniendo en cuenta la facturación, el recaudo y las glosas mensuales. Matriz de riesgos (facturación, recaudo, etc) estandarizado con metas por vicergencias. Informe trimestral de proyecciones de ejecución y proyecciones de ingresos y gastos. Medición de indicador de Equilibrio presupuestal.	Gestión de Presupuesto	Lider del proceso	Equilibrio Operacional
R32	Gestión de Recursos Financieros	Gestión de glosas	A. Falta de adherencias a protocolos y glosas de manejo. B. No aplicación de correctivos una vez identificada y revalidada la causa de la glosa. C. Falta de claridad en algunos contratos suscritos con la EAPB. D. No facturación conforme al acuerdo de voluntades suscritos por las partes. E. Inoportunidad en la realización de procedimientos clínicos. F. Errores en la identificación del pagador	Incremento en la aceptación de glosa definitiva	Financiero	A. Disminución del flujo de recursos. B. No reconocimiento de los servicios prestados	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Identificación de las 10 primeras causas de glosas. Aplicativo de ingreso de la glosa. Revalidación personalizada de las causales de glosas. Medición de indicador de porcentaje de aceptación de glosa definitiva. Comité de Glosas, comité Financiero y comité Gerencial.	Gestión de glosas	Lider del proceso	Porcentaje de aceptación de glosas definitivas
R33	Gestión de Recursos Financieros	Gestión de costos	A. El software no dispone de los campos necesarios para la adecuada clasificación del costo. B. Recepción de cuentas por fuera del periodo a reportar para la distribución de los costos.	No disponer de información completa y detallada de ingresos y gastos por centro de costo o unidad de negocio.	Corrupción	No contar con una adecuada clasificación de los costos por los diferentes centros de costos.	NO	20	100	200	ZONA RIESGO EXTREMA	Revisión y análisis de la información generada del software, a través del informe mensual de costos mediante actas. Medición y seguimiento a indicadores, se realiza de manera mensual.	Gestión de costos	Lider del proceso	costos mes
R34	Gestión de Recursos Financieros	Gestión de Facturación	A. falta de soportes clínicos para el cobro. B. inconsistencia en los registros de historias clínicas. C. verificación de derechos inadecuado. D. errores en los envíos de los anexos técnicos o por fuera de términos. E. error en la digitación en los numero de autorización en las facturas. F. inoportunidad en la actualización de códigos CUMS, medicamentos en los sistemas de información G. inconsistencias en la documentación o pagador que puede generar glosas, devoluciones e incumplimiento de la meta de facturación	No reconocimiento de los servicios prestados (facturados)	Financiero	a. Riesgo financiero. b. No cumplimiento de la meta de facturación.	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Realizar auditoría diaria de los servicios prestados antes de facturar por los analistas de cuentas con informe mensual. (lista de chequeo parte del procedimiento de facturación) Reunión mensual de facturación para revisar cambios normativos, glosas y devoluciones con informe.	Gestión de Facturación	Lider del proceso	Meta Mensual de Radicación
R35	Gestión de Recursos Financieros	Autorizaciones	A. Fallas en el sistema de información. B. Alta rotación del personal. C. Desconocimiento de la normatividad y procedimientos vigentes.	No identificación del asegurador	Financiero	A. No reconocimiento de servicios prestados por ERP. B. No continuidad en la prestación de servicios de los usuarios.	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Validación de derechos a cada usuarios en las diferentes plataformas para identificar plenamente el pagador. Reporte diario de afiliaciones al área de aseguramiento de la secretaria de salud municipal. Registro diario de inconsistencias de los pacientes para definir pagadores.	Autorizaciones	Lider del proceso	Número de Procedimientos o Servicios de Salud Solicitados ante las ERP
R36	Gestión de Recursos Financieros	Gestión de Cartera	A. Radicación de cuentas Inoportuna. B. No identificación adecuada del pagador. C. No elaboración de cruces contables con las ERP. D. No conocimiento real de la cartera de las ERP por prestación de servicios. E. No gestión de cobros oportunos	No pago oportuno por parte de las ERP de los servicios prestados a sus afiliados.	Financiero	A. Demoras en los pagos a compromisos laborales y contratistas. B. Desequilibrio presupuestal C. Incumplimiento en la meta mensual de recaudo. D. Riesgo financiero E. No prestación de los servicios de forma oportuna y con calidad.	NO	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Se efectúa control de recaudo mensual, se cuenta con reporte del sistema de información (Riesgo de Caja), mediante reunión de conciliación soportado en acta. En comité de cartera semanal se informa las gestiones y avances realizados (Actas).	Gestión de cartera	Lider del proceso	Valor del recaudo global durante el periodo
R37	Gestión de Recursos Financieros	Gestión de contabilidad	A. Demora en la entrega de información de los diferentes subprocesos para el cierre contable B. Inexactitud en los reportes que genera el software C. Inconsistencia en la información suministrada por los subprocesos D. Duplicidad de Registros. E. Centralización de funciones	Reporte inoportuno e inexacto de la información	Financiero	Sanciones económicas y disciplinarias para la E.S.E	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Cronograma de inventario de informes con seguimiento diario. Indicador de oportunidad de reporte de información	Gestión de contabilidad	Lider del proceso	No. Informes reportados dentro de los términos y plazos establecidos
R38	Gestión de Recursos Financieros	Gestión de Tesorería	A. Errores humanos en la digitación de los valores. B. Fallas del sistema C. Cuentas mail causadas D. Deficientes sistemas de seguridad	Pérdida de los recursos	Corrupción	Riesgo financiero	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Cronograma de inventario de informes con seguimiento diario. Indicador de oportunidad de reporte de información	Gestión de Tesorería	Lider del proceso	Porcentaje de aceptación de glosas definitivas
R39	Control Interno	Control Interno	No programación del cronograma Anual de Auditoría No disposición de personal de la OCI	Incumplimiento de la presentación de las auditorías de ley según fechas establecidas.	Estrategico	Sanciones por parte de los Entes de Control. Falta de autocontrol en los procesos. Daminación de los planes de mejora institucionales	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	* Cronograma Anual de Auditorías de la OCI * Comité de Control Interno * Auditorías de los diferentes entes de Control * Comité Gerencial	Control Interno	Lider del proceso	No de auditorías integrales de control interno Realizadas en el trimestre

Redactado por: Jeniffer Paola Giraldo Tovar- Profesional de apoyo Planeación Operativa  
Fecha de Redacción: 05 de Junio de 2023  
Versión: Original 2023

Revisado por: Ana Luz Trujillo Muñoz- Subgerente Administrativa y Financiera  
Fecha de Revisión: 13 de Junio de 2023  
Revisión No. 3.0 Acta No. 003

Aprobado por: Comité de Gestión de Calidad de la Atención en Salud  
Fecha de Aprobación: 26 de Junio de 2023  
Resolución No. 167 del 26 de Junio de 2023

FECHA:	Elaboración:	07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación:	30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	31

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL          SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO:          HSP-DE-PL02          30/01/2024          Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL          CIUDADANO</b>	

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2														
PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL														
PROGRAMA GESTIÓN DEL RIESGO														
NOMBRE DEL DOCUMENTO														
MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN - SICOF VIGENCIA 2024														
CODIGO DE FORMATO :HSP-DE-PRO01-F02														
VERSION: 1.0														
APROBACION: 12/04/2023														
RIESGO DE CORRUPCIÓN														
IDENTIFICACION DEL RIESGO										MONITOREO Y REVISION				
No.	RIESGO	CLASIFICACION	CAUSAS / VULNERABILIDADES	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD INHERENTE	%	IMPACTO INHERENTE	%	RIESGO RESIDUAL	DESCRIPCION DEL CONTROL	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACION	SOPORTE/DOCUMENTACION
1	Deficiencia en los sistemas de información que pueden facilitar el acceso a información y su posible manipulación o adulteración.	Corrupción	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de ética por parte del servidor público</li> <li>Manejo indebido de la información contractual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pérdidas económicas para la entidad.</li> <li>Afectación de la Imagen Institucional</li> <li>Investigaciones por parte de los entes de control</li> </ul>	MUY BAJA	20%	MUY ALTA	100%	EXTREMO	Evitar el riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rondas o inspecciones a los sitios de trabajo donde se informe y sensibilice a los colaboradores de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, acerca de las consecuencias que se pueden presentar por el mal manejo de la información confidencial</li> <li>Implementación y Desarrollo del Plan de tratamientos de riesgos de información Digital</li> <li>Verificar que el personal de planta, las agremiaciones y contratistas directos, tengan acuerdo de confidencialidad firmado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión del Talento Humano</li> <li>Sistemas de la Información</li> </ul>	A Diciembre de 2024	Evidencia de las rondas realizadas.
2	Hurto por parte del personal de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, de Activos muebles y/o bienes de consumo.	Corrupción	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de sentido de pertenencia</li> <li>Deficiencia en los controles de seguridad de ingreso y egreso de la institución</li> <li>Deficiencia en el control de las cantidades a utilizarse en determinadas tareas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Detrimiento Patrimonial</li> <li>Sanciones a los colaboradores penales, disciplinarias y fiscales</li> </ul>	MUY BAJA	20%	ALTA	80%	ALTO	Evitar el riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicar inventario de los activos, muebles y los bienes de consumo (almacén y farmacia), Anualmente</li> <li>Socialización trimestral respecto del sentido de pertenencia y cuidado de los elementos activos de la entidad en procesos de inducción, rendición y comité gerencial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Almacén Farmacia</li> <li>Gestión del Talento Humano, agremiaciones y Subgerencia Administrativa y Financiera</li> </ul>	A Diciembre de 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de inventario Anual</li> <li>Inventarios selectivos y periódicos de activos y fijos e inventarios. Y ordenes de traslado</li> <li>4 socializaciones al año</li> </ul>
3	Tráfico de Influencias	Corrupción	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de valores institucionales del funcionarios y colaboradores.</li> <li>Deficiencia en el establecimiento de las normas, reglamentos, políticas, procesos y procedimientos</li> <li>Existencia de intereses personales</li> <li>Utilización de la jerarquía y de la autoridad para desviar u omitir los procedimientos al interior de la entidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Impacto negativo en los grupos de interés.</li> <li>Afectación de la Imagen Institucional.</li> <li>Vulneración de los derechos de los usuarios</li> </ul>	MUY BAJA	20%	ALTA	80%	ALTO	Evitar el riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Socialización del código de conducta y bien gobierno en la plataforma equipo, comité gerencial y mensajes de difusión.</li> <li>Mensajes de difusión a través de protectores de pantalla de computadores institucionales respecto a la sensibilización para no cometer actos de corrupción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eje de Transformación Cultural</li> <li>Direccionamiento estratégico Subgerencia Administrativa y Financiera.</li> <li>Gestión de la Información</li> </ul>	A Diciembre de 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>Socialización por gestión de la información en la plataforma equipo y mensajes de difusión.</li> <li>Divulgación de protectores de pantalla en los equipos de la institución</li> </ul>
4	Estudios Previos y procesos contractuales deficientes.	Corrupción	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilización de la jerarquía para ejercer presión en la proyección de estudios previos</li> <li>Deficientes controles al interior del proceso de adquisición de bienes y servicios</li> <li>Chantaje y presión política para mantener al funcionario en determinado cargo</li> <li>Manipulación en la aplicación de los procedimientos y normas legales vigentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Genera ambientes de favorecimiento de la adjudicación de contratos.</li> <li>Manipulación jurídica en las evaluaciones de contratación.</li> <li>Adjudicación a ofertas menos convenientes.</li> <li>Ejecución de proyectos sin el cumplimiento de las obligaciones contractuales</li> </ul>	ALTA	80%	MUY ALTA	100%	EXTREMO	Evitar el riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar una (1) jornada de sensibilización sobre Transparencia y Ética en la contratación estatal</li> <li>Realizar (1) Capacitación al personal involucrado en el proceso de adquisición de bienes y servicios en el manual de contratación de la entidad y Estrato de Contratación</li> <li>Auditoría interna al proceso Gestión Jurídica según plan anual de auditorías 2023</li> <li>Evaluación a proveedores sobre la idoneidad para contratar con la institución</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficina Jurídica</li> <li>Oficina Jurídica</li> <li>Asesor de Control Interno</li> <li>Oficina Jurídica</li> </ul>	A Diciembre de 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jornada de Sensibilización</li> <li>capacitaciones realizadas / capacitación programadas</li> <li>cumplimiento de las auditorías internas por la oficina asesora de control interno</li> <li>Revisión de documentación precontractual mediante lista de chequeo</li> </ul>
5	Concentración de Autoridad o Exceso de Poder	Corrupción	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abuso de autoridad.</li> <li>Presiones internas o externas</li> <li>Deficiencia en el cumplimiento de las normas, reglamentos, políticas, procesos y procedimientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sanciones disciplinarias a los colaboradores</li> <li>Deterioro de la comunicación asertiva entre colaboradores</li> </ul>	MUY BAJA	20%	MEDIA	60%	MODERADO	Evitar el riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Como mínimo una (1) Capacitación al personal a cargo, sobre Servicio al Cliente con enfoque humanizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Experiencia del Paciente y su Familia</li> <li>Transformación Cultural</li> </ul>	A Diciembre de 2024	Capacitaciones realizadas/ Capacitaciones programadas
6	Uso indebido de la información para obtener un beneficio particular	Corrupción	Corrupción	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de sentido de pertenencia por la institución.</li> <li>Sanciones disciplinarias y penales.</li> </ul>	MEDIA	60%	ALTA	80%	ALTO	Evitar el riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitaciones al personal responsable sobre la custodia y manejo de la información.</li> </ul>	Sistemas de la Información	A Diciembre de 2024	Capacitaciones realizadas/ Capacitaciones programadas
7	Recibir dádivas por manipular la información de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	Corrupción	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presiones internas o externas</li> <li>Falta de ética por parte del servidor público y colaboradores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pérdida de Imagen Institucional</li> <li>Pérdida de la imagen del funcionario público, penales, disciplinarias y fiscales</li> </ul>	ALTA	80%	MUY ALTA	100%	EXTREMO	Evitar el riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitar a los colaboradores de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, por lo menos una (1) vez al año.</li> <li>Realización del Comité de Ética mensual mente y socialización a los colaboradores involucrados en faltas institucionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Archivo</li> <li>Experiencia del Paciente y su Familia</li> </ul>	A Diciembre de 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero de Capacitaciones realizadas/Numero de capacitaciones programadas</li> <li>Actas de comité de Ética</li> </ul>

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Adopción Resolución No. 049 del 30/01/2024	Versión: 5.0	Hoja: 32
	Modificación: 30/01/2024				

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL  SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO:  HSP-DE-PL02  30/01/2024  Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL  CIUDADANO</b>	

No.		RIESGO	CLASIFICACION	CAUSAS / VULNERABILIDADES	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD INHERENTE	%	IMPACTO INHERENTE	%	RIESGO RESIDUAL	DESCRIPCION DEL CONTROL	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACION	SOPORTE/DOCUMENTACION
<b>RIESGOS DE OPACIDAD</b>															
8		Opacidad en la información	Opacidad	Falta de claridad en la información entregada y archivada Errores en la entrega de información y suministro de la misma.	MUY BAJA	20%	MEDIA	60%	MODERADO	Evitar el riesgo	Realizar la verificación que la información cumple con lo estandarizado en el Acuerdo No. 043 del 2002, de archivo de gestión al archivo central (organización cronológicamente, foliación, retiro de material mecánico e inventario documental en el formato Único Documental FUD)	Archivo	A Diciembre de 2023	Socialización, inducción y aplicación de la normatividad archivística Ley 594 del 2000, entrega de archivos de las diferentes oficinas en el Formato Único de Información Documental	
9		Pérdida o extravío de la documentación Soporte	Opacidad	Deficiencia de las actas para retirar documentación archivada Faltencia en el control de documentación retirada	* Pérdida de documentación archivada * Desorden en la organización de documentos	MUY BAJA	20%	MEDIA	60%	MODERADO	Formato de Prestamo y consulta de los tipos documentales de archivo central y de gestión	Levar registro y control de la documentación (Formato de Prestamo de Documentos).	Archivo	A Diciembre de 2024	Formato de Prestamo y consulta de los tipos documentales del archivo central y de gestión
10		Desconocimiento en las directrices y la aplicación de normas internas y externas, en términos archivísticos	Opacidad	Deficiencia en la capacitación al personal responsable de la administración de documentos en nuevas técnicas y normas del manejo general	* Desconocimiento y errores en el funcionamiento de los procesos en la institución * sanciones internas	MUY BAJA	20%	MEDIA	60%	MODERADO	Como mínimo una (1) capacitación en el año	Realizar al menos una capacitación respecto de las normas archivísticas	Archivo	A Diciembre de 2024	Socialización de nuevas normativas archivísticas (Ley 594 de 2000). Se guarda copia de las asistencias a las capacitaciones
11		Ataques cibernéticos que modifiquen o eliminen la información guardada	Opacidad	Modificación de información de manera andrónima Ciberataques hechos de manera oscura que afectan la información de la institución	Suspensión o demora de las actividades por el bloqueo de sistemas o retención de la información	MEDIA	60%	ALTA	80%	ALTO	Actualización continua de la seguridad del sistema de información	* Monitoreo y seguimiento al sistema de defensa de la información. * Perfiles de acceso por responsabilidades * Cambio de contraseñas Política de seguridad de la información	Sistemas de la Información	Mensual	Actas de seguimiento y monitoreo al sistema. Seguimiento de indicador de cumplimiento desde sistemas de la información
12		Revisión y validación de las Hojas de vida de los funcionarios	Opacidad	Ineficiente revisión de documentación presentada en la hoja de vida de funcionarios Validación inadecuada de requisitos de cumplimiento para el ingreso de personal	* Contratación de personal no calificado para el cargo. * Errores en la ejecución de actividades por parte del funcionario	MUY BAJA	20%	MEDIA	60%	MODERADO	Verificación del contenido de las hojas de vida, respecto de las listas de chequeo	* Verificación de documentación antes de la posesión	Talento Humano Oficina Jurídica	Permanente	listas de chequeo aprobadas
13		Validación de documentación presentada por proveedores y contratistas	Opacidad	Ineficiente revisión de documentación presentada por proveedores y contratistas Validación inadecuada de requisitos de cumplimiento para proveedores y contratistas	* Contratación de bienes y servicios que no cumplen con los requerimientos	ALTA	80%	MEDIA	60%	MODERADO	Verificación del contenido de documentos, respecto de las listas de chequeo	* Cumplimiento de listas chequeo precontractual. * Verificación de documentación antes de la contratación	Talento Humano Oficina Jurídica	Permanente	listas de chequeo aprobadas
14		Interrupción de los servicios tecnológicos que soportan los procesos	Opacidad	Debilidad en la comunicación y control de la información dentro y a las partes interesadas internas y externas Situaciones de orden público y desastres naturales, riesgos por situaciones de emergencia origen natural, tecnológicas y humanas	Suspensión o demora de las actividades por el bloqueo del sistema de información	ALTA	80%	MUY BAJA	20%	LEVE	Actualización de sistemas de protección	* Monitoreo y seguimiento al sistema de defensa de la información. * Cambio de contraseñas * Políticas de seguridad de la información * Plan de contingencia por desastres naturales	Sistema de la Información	Mensual	Actas de seguimiento a las suspensiones generadas en el sistema que afectan la funcionalidad continua de la institución. Seguimiento al indicador % de cumplimiento de mantenimientos preventivos al hardware desde el año 2020 al 2023 - HDSAP
15		Conflicto de interés	Opacidad	Diseñar invitaciones a la medida para direccionar una contratación Valorar o calificar las ofertas de contratación de terceros, para el beneficio propio No se cumplen procesos estandarizados para la gestión de la contratación	* Incumplimiento de objetos contractuales. * Desestimar proveedores calificados para ejecución de contratos	MEDIA	60%	ALTA	80%	ALTO	Diseño de estudios previos técnicos de acuerdo a lo estipulado en el manual de contratación	* Manual de contratación, y procesos y procedimientos de contratación	Oficina Jurídica	Permanente	Estudios previos Actas de evaluación de la contratación
16		Adulteración de documentación financiera y contable	Opacidad	Manipulación de las cifras para demostrar resultados favorables. Personal con deseo de adulterar o intención de ocultar información real del hospital	* Destrucción de funcionarios * Sanciones penales, fiscales y disciplinarias * Deterioro de la imagen institucional	MEDIA	60%	MUY ALTA	100%	ALTO	Monitoreo de los recursos financieros de la institución	* Estatuto Orgánico de Presupuesto * Políticas Contables Adoptadas * Normativa General	Recursos Financieros	Permanente	Actas de comité de autocontrol
17		Ineficiencia en la gestión de recursos financieros	Opacidad	* Deficiencia en la gestión del proceso de cartera * Deficiencia en la gestión del proceso de facturación * Deficiencia en la gestión del proceso de cuentas médicas	* Pérdida de recursos para la entidad * Sanciones fiscales * Deterioro de la imagen institucional	ALTA	80%	MUY ALTA	100%	EXTREMO	Monitoreo de los procesos de cartera, facturación y cuentas médicas a través de los listeros.	Normativa Nacional y Territorial	Recursos Financieros	Permanente	Actas de comités dentro de la periodicidad establecida en los actos administrativos de: Comités de autocontrol, cartera, facturación, cuentas médicas

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	33

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

No.		RIESGO	CLASIFICACION	CAUSAS / VULNERABILIDADES	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD INHERENTE	%	IMPACTO INHERENTE	%	RIESGO RESIDUAL	DESCRIPCION DEL CONTROL	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACION	SOPORTE/DOCUMENTACION
<b>RIESGO DE FRAUDE</b>															
18	Adquisición de bienes o servicios a proveedores	Fraude	Compras de bienes o servicios a proveedores que no cumplen con los estándares de calidad, precio y condiciones de entrega requeridos por HOSPITAL, debido al conflicto de interés entre el proveedor y los colaboradores de HOSPITAL	* Destitución de funcionarios. * Sanciones penales, fiscales y disciplinarias.	ALTA	80%	MUY BAJA	20%	LEVE	Seguimiento en la gestión de adquisiciones de bienes y servicios	Fortalecimiento en las medidas de control en la adquisición de bienes y servicios	Almacén Oficina Jurídica	Permanente	* Actas de comités de compras * Actas de evaluación de Contratación	
19	Legalización de cajas menores	Fraude	Probabilidad de desvío de recursos de la caja menor del hospital por parte de funcionarios y colaboradores mediante soportes que no corresponden o son falsos	* Sanciones a funcionarios o colaboradores disciplinarias, penales y fiscales	MUY BAJA	20%	MEDIA	60%	MODERADO	Monitoreo y seguimiento al subproceso de Tesorería	Arqueos de cajas menores periódicamente	Proceso de Tesorería, control interno y revisoría fiscal	Facturación y selectivo demás procesos.	Boletines diario de tesorería, ingresos, y Acta de arqueos	
20	Liquidación y pago de nómina	Fraude	Adulterar el registro de liquidación y pagos de nómina por otros valores no corresponden Alteración de planillas de pago de nóminas y reporte de novedades	* Sanciones fiscales y disciplinarias	MUY BAJA	20%	ALTA	80%	ALTO	Monitoreo y seguimiento al proceso de liquidación y pago de nómina	De manera mensual, revisión total de las partidas que afectan la nómina institucional	Talento Humano Tesorería Contabilidad	Mensual	Planillas de liquidación de nómina Planillas de pago de la nómina	
21	Suplantación en la prestación de servicios de salud	Fraude	Un ciudadano busca acceder a los servicios de salud utilizando un documento de identidad falso o de otro usuario Tráfico de influencias por parte de los colaboradores Acceso al sistema de salud con otras intenciones inadecuadas	* Uso inadecuado del sistema de salud * Falsedad en documento de identificación * Generación de glosas para entidad	ALTA	80%	MEDIA	60%	MODERADO	Monitoreo y seguimiento por parte de los responsables del ingreso de usuarios	* Registro y monitoreo de control de documentación para el ingreso de usuarios * Seguimiento al control de seguridad de las instalaciones del hospital	Sub proceso de Facturación - Subproceso Admisiones	Permanente	Registro en la Plataforma Indigo	

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	34

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

**Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2024**  
**Componente 1: Gestión del Riesgo (Incluye Riesgos de Corrupción - Matriz de Riesgos Institucional)**

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Procesos Responsables	Fecha Programada
Subcomponente 1. Política de Administración de Riesgos (incluye los riesgos de corrupción)	1.1 Actualizar la Política de Gestión del Riesgo (incluye los riesgos de corrupción).	Política de Gestión del Riesgo Actualizada (incluye los riesgos de corrupción).	Planeación Operativa y Control Interno	Hasta el 28 de Junio 2024
	1.2 Aprobar la Política de Gestión del Riesgo actualizada.	Política de Gestión del Riesgo Actualizada y aprobada.	Planeación Operativa y Control Interno	Hasta el 30 de Julio 2024
	1.3 Divulgar la Política y Programa de Gestión del Riesgo.	Socialización de la Política y programa de Gestión del Riesgo, con los Colaboradores de la institución.	Planeación Operativa y Control Interno	01 de Agosto al 20 de Diciembre 2024
Subcomponente 2. Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	2.1 Revisión y actualización de la Matriz de Riesgos Institucional (incluye los Riesgos de Corrupción) con cada líder de proceso.	Matriz de Riesgos Institucional Actualizada (incluye los riesgos de Corrupción).	Planeación Operativa y Control Interno	17 de mayo de 2024.
	2.2 Consolidación y publicación del Mapa de Riesgos Institucional (incluye los Riesgos de Corrupción).	Mapa de Riesgos Institucional (incluye los Riesgos de Corrupción) publicada a través de los diferentes medios de comunicación de la E.S.E.	Planeación Operativa y Control Interno	08 de Julio de 2024, 19 de Agosto de 2024.
Subcomponente 3. Consulta y divulgación	3.1 Publicar el Mapa de Riesgos de Corrupción Definitivo en pagina Web	Mapa de Riesgos de Corrupción 2024 Publicado Permanentemente.	Planeación Operativa - Gestión de la Información.	20 de Agosto hasta 31 de Diciembre de 2024.
	3.2 Divulgar el Mapa de Riesgos de Corrupción Definitivo 2023	Mapa de Riesgos de Corrupción 2023 Divulgado Permanentemente.	Planeación Operativa - Gestión de la Información.	20 de Agosto hasta 31 de Diciembre de 2024.
Subcomponente 4. Monitoreo y revisión	4.1 Verificación por parte de los líderes o coordinadores de procesos y áreas de los controles de los riesgos de Corrupción para detectar su eficacia y eficiencia y evitar su materialización.	Verificación de los controles de riesgos de corrupción	Líderes o coordinadores de áreas y servicios	30 Julio y 30 Diciembre 2024
	4.2 Realizar Monitoreo semestralmente para verificación de cumplimiento a los controles establecidos por los líderes de procesos.	Reporte del monitoreo semestral	Planeación Operativa	31 Julio y 30 Diciembre 2024
	4.3 Acompañar la elaboración de planes de mejoramiento cuando se detecten desviaciones	Planes de mejoramiento	Líder del proceso y Planeación Operativa	31 Julio y 30 Diciembre 2024
Subcomponente 5. Seguimiento	5.1 Ejecutar plan de auditorías y seguimientos (Informe de mapa de riesgos de corrupción)	Informe Cuatrimestral	Control Interno	31 Julio y 30 Diciembre 2024
	5.2 Presentar reportes de seguimiento al Comité Institucional de Gestión y Desempeño relacionados con la administración de los riesgos de corrupción	Informe Semestral	Planeación Operativa	31 Julio y 30 Diciembre 2024

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	35

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

## 8.2 Segundo Componente: Racionalización de Trámites

La Política de Racionalización de Trámites del Gobierno Nacional liderada por la Función Pública, busca facilitar al ciudadano el acceso a los trámites y servicios que brinda la administración pública, por lo que cada entidad debe implementar acciones normativas, administrativas o tecnológicas que tiendan a simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar los trámites existentes.

Con base a lo anterior y aplicando la metodología para este componente La E.S.E. ha venido avanzado en:

### a) Identificación de Trámites:

Se estableció el inventario de los trámites y servicios en coherencia con los propuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, realizando a la fecha la inscripción de los mismos en el SUIT (Sistema Único de Información de Trámites):

Número	Nombre	Estado
21492	Certificado de defunción.	Inscrito
21493	Historia Clínica.	Inscrito
21494	Atención inicial de urgencia.	Inscrito
21496	Examen de Laboratorio Clínico.	Inscrito
21498	Asignación de Cita para la prestación de servicios de salud.	Inscrito
21500	Terapia.	Inscrito
21505	Radiología e Imágenes Diagnósticas.	Inscrito
35042	Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos	Inscrito

### b) Priorización de Trámites:

Para la actual vigencia se tiene programado revisar y avanzar en los trámites anteriores inscritos en la plataforma SUIT, y de cara al cumplimiento y priorización de los trámites y servicios en el Hospital se avanzará especialmente en:

- 21498 Asignación de cita para la prestación de servicios en salud.
- 21496 Examen de laboratorio clínico.
- 21505 Radiología e imágenes diagnósticas

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	36

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

### c) Racionalización de Trámites y Servicios:

Las acciones de racionalización deberán estar encaminadas a reducir: Costos, tiempos, documentos, pasos, procesos, procedimientos y a generar esquemas no presenciales para su realización como el uso de correos electrónicos, internet y página web.

A continuación, se detalla la matriz de la estrategia de racionalización de trámites y servicios:

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2024  
Componente 2: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

PLANEACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN									
Número	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 DE REALIZACIÓN	
								Fecha de Inicio	Fecha Final
21498	Asignación de cita para la prestación de servicios en salud	Tecnológica	Descarga y/o envío de documentos electrónicos	La solicitud de cita se debe hacer de manera presencial	A través de la página web el usuario diligenciará el formato de solicitud anexando orden médica y autorización de la EPS.	Ahorro de tiempo y dinero al ciudadano, pues ya no requeriría desplazarse al hospital para solicitar la cita.	Citas médicas	6/05/2024	31/12/2024
21496	Examen de laboratorio clínico	Tecnológica	Descarga y/o envío de documentos electrónicos	El usuario debe reclamar los resultados de manera presencial.	En la página web del hospital, se dejará un enlace, que previa autenticación del usuario, permitirá consultar y descargar los resultados de laboratorio clínico.	Ahorro en tiempo y dinero para el ciudadano. Mejora accesibilidad y oportunidad de los resultados de laboratorio. Evita incomodidades al ciudadano.	Laboratorio clínico	3/06/2024	31/12/2024
21505	Radiología e imágenes diagnósticas	Tecnológica	Respuesta y/o notificación electrónica.	El paciente debe asistir a la institución para reclamar el resultado de la imagen diagnóstica.	Se enviarán los resultados vía correo electrónico.	Reduce los costos al ciudadano y mejora la oportunidad.	Imágenes diagnósticas	8/07/2024	31/12/2024
21498	Extensión de horarios de atención.	Administrativa	Mayor tiempo de atención en ventanillas	La solicitud de cita se debe hacer de manera presencial y por ventanillas en horario de 7am a 12am y de 2pm a 6pm.	Ampliación del Horario de atención en asignación de citas 2 horas atendiendo en horario extendido.	Aumento de tiempo de atención del servicio al usuario.	Citas médicas	1/02/2024	31/12/2024

### 8.3 Tercer Componente: Rendición de Cuentas

Con base en la amplia normatividad existente en materia de rendición de cuentas y la reciente Ley 1757 de 2015, se ha fortalecido los mecanismos para la participación democrática, permitiendo que las entidades informemos, expliquemos y demos a conocer a nuestras comunidades los resultados de las gestiones realizadas, al igual que a otras entidades y los entes de control. Así mismo, se ha avanzado para que

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	37

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>		

en dichos espacios se presente el respectivo control social, permitiendo de esta manera un diálogo con los participantes donde se puedan aclarar hechos, gestiones, se atiendan solicitudes y sugerencias. Todo lo anterior nos permite evidenciar la transparencia en lo público y la aplicabilidad de los principios de Buen Gobierno.

Sumado a lo anterior, se debe promover una rendición de cuentas en forma permanente para que no sea solamente el ejercicio de una vez al año.

Dentro de los Elementos de la rendición de cuentas tenemos:

- **La Información:** Se refiere a la generación de datos y contenidos sobre la gestión, el resultado de la misma y el cumplimiento de sus metas misionales y las asociadas al plan de gestión y plan de desarrollo para nuestro caso. Todo lo anterior debe cumplir con los principios de calidad, disponibilidad, y oportunidad para llegar a todos los grupos poblacionales y de interés.

- **El Diálogo:** Se refiere a la sustentación, explicaciones y justificaciones o respuestas de la administración ante las inquietudes de los ciudadanos con los resultados y decisiones. Estos diálogos pueden realizarse a través de espacios (bien sea presenciales-generales, por segmentos o focalizados, virtuales por medio de nuevas tecnologías) donde se mantiene un contacto directo con la población.

- **El Incentivo:** Se refiere a premios y controles orientados a reforzar el comportamiento de servidores públicos y ciudadanos hacia el proceso de rendición de cuentas. Se trata entonces de planear acciones que contribuyan a la interiorización de la cultura de rendición de cuentas en los servidores públicos y en los ciudadanos mediante la capacitación, el acompañamiento y el reconocimiento de experiencias.

Con base en lo expuesto y en cumplimiento de los lineamientos normativos, La E.S.E. viene desarrollando Políticas, estrategias y herramientas para la rendición de cuentas en forma permanente, a continuación, se detallan las principales actividades a desarrollar en este componente:

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	38

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>		

**Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2024  
Componente 3: RENDICIÓN DE CUENTAS**

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Procesos Responsables	Fecha Programada	
Subcomponente 1. Información de Calidad y en Lenguaje Comprensible	1.1	Convocar el equipo lider de rendición de cuentas y realizar diagnóstico para la elaboración del informe	Diseño del Informe de Rendición de Cuentas 2023, basado en las necesidades y diagnóstico.	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Gestión de la Información, Audiovisuales y Planeación Operativa	Según Cronograma
	1.2	Caracterización de los usuarios y grupos de interés, determinando la información requerida para el informe			
	1.3	Consolidación de la información y diseño del informe de rendición de cuentas			
	1.4	Diseñar y realizar videoclips sobre los avances de la Gestión de la E.S.E.	2 Videoclips Elaborados, aprobados y publicados	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Audiovisuales y Planeación Operativa	22 de Abril de 2024 y 23 de Septiembre de 2024.
Subcomponente 2. Diálogo de Doble Vía con la Ciudadanía y Sus Organizaciones	2.1	Análisis para el diseño y elaboración de la Estrategia de Rendición de Cuentas.	Estrategia de la Rendición de Cuentas	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Gestión de la Información, Audiovisuales, Planeación Operativa y Gerencia.	Hasta el 5 de Abril de 2024.
	2.2	Divulgación de la Estrategia de Rendición de Cuentas	Publicación de la Estrategia de Rendición de Cuentas		
	2.3	Realización de la Audiencia Pública de la Jornada de Diálogo y Rendición de Cuentas a la Ciudadanía	Evento Realizado de la Audiencia Pública	Gerente y Equipo Coordinador de Rendición de Cuentas	31 de Mayo de 2024.
Subcomponente 3. Incentivos para motivar la Cultura de la Rendición y Petición de Cuentas	3.1	Incentivar la cultura de rendición de cuentas del cliente externo a través de la capacitación a la Asociación de Usuarios del HDSAP.	Capacitación a la Asociación Usuarios de La E.S.E. HDSAP	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Gestión de la Información, Audiovisuales y Planeación Operativa	29 de Julio de 2024.
	3.2	Campañas de comunicación interna para retroalimentar a los servidores sobre las responsabilidades de la Rendición de Cuentas	2 Campañas realizadas a través de los medios de comunicación interna disponibles	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Gestión de la Información, Planeación Operativa y Audiovisuales	26 de Agosto y 25 de Noviembre de 2024.
Subcomponente 4. Evaluación y Retroalimentación a la Gestión Institucional	4.1	Evaluación de la Estrategia Institucional de Rendición de Cuentas y Publicación del Informe final.	Elaboración y publicación del informe final del evento de Rendición de Cuentas y Diálogo con la Ciudadanía	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Gestión de la Información, Planeación Operativa y Audiovisuales	17 de Junio de 2024 y 30 de Septiembre de 2024

<b>FECHA:</b>	<b>Elaboración: 07/01/2020</b>	<b>Aprobación</b>	<b>Adopción</b>	<b>Versión:</b>	<b>Hoja:</b>
	<b>Modificación: 30/01/2024</b>	<b>Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño</b>	<b>Resolución No. 049 del 30/01/2024</b>	<b>5.0</b>	<b>39</b>

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

## 8.4 Cuarto Componente: Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano

Este componente busca mejorar la calidad y el acceso a los trámites y servicios de las entidades públicas, mejorando la satisfacción de los ciudadanos y facilitando el ejercicio de sus derechos. Se debe desarrollar en el marco de la Política Nacional de Eficiencia Administrativa al Servicio del Ciudadano (CONPES 3785 de 2013), de acuerdo con los lineamientos del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano (PNSC), ente rector de dicha Política.

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, cuenta con el proceso del nivel estratégico denominado Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia - GEPSF, que lidera la Oficina de atención al Usuario, cumpliendo con su sistema de información y atención, operando a través de lo que conocemos como SIAU (Servicio de Información y Atención al Usuario), el cual se ha fortalecido vigencia tras vigencia por el incremento de las necesidades de nuestra población. La GEPSF, cuenta con su plan de acción anual y contribuye en todas sus acciones a la mejora continua de la prestación de nuestros servicios de salud con calidad, eficiencia y efectividad, con enfoque en humanización de los mismos, al igual que el enfoque de la Acreditación Institucional. Además de las acciones adelantadas con éxito en esta materia, se aspira a desarrollar las siguientes actividades para la actual vigencia para el cumplimiento del presente componente:

**Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2024**  
**Componente 4: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO**

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Procesos Responsables	Fecha Programada
Subcomponente 1. Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico	1.1 Diseño e implementación de estrategias de Humanización, las cuales estarán registradas en el POA de la Gestión de la Experiencia del Paciente y Su Familia.	Resultados de los indicadores periódicos del POA en forma mensual.	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia	Según la periodicidad de los indicadores establecidos en el POA y el informe trimestral a la alta gerencia.
Subcomponente 2. Fortalecimiento de los Canales de Atención	2.1 Presentar a la Gerencia y Control Interno, los resultados estadísticos de: 1. Buzones de Sugerencias. 2. Peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones, denuncias. 3. Quejas de usuarios / funcionarios. 4. Quejas del personal por maltrato por los pacientes / acompañantes.	4 Informes mensuales	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia	Cada mes 2024
	2.2 Verificar que la señalización hospitalaria permita la accesibilidad a los espacios físicos conforme a lo establecido en las normas técnicas para personas con discapacidad.	Señalización Hospitalaria Adecuada en los Servicios.	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, y Gestión del Ambiente Físico.	Febrero hasta Diciembre de 2024.
	2.3 Diseñar y divulgar el cronograma que identifica y define los espacios de participación ciudadana, presenciales y virtuales, que se emplearán y los grupos de valor que se involucrarán en su desarrollo.	Cronograma diseñado, un informe sobre su socialización y divulgación en todos los medios de comunicación del hospital.	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Audiovisuales y Gestión de la Información	31 de Marzo de 2024.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	40

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO:</b> GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO:</b> PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO		

**Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2024**  
**Componente 4: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO**

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Procesos Responsables	Fecha Programada
Subcomponente 3. Talento Humano	3.1 Definir y ejecutar el plan institucional de capacitación 2024 (PIC) los temas relacionados con la atención al usuario y atención huamnizada.	Capacitaciones realizadas con base en la programación del PIC 2024.	Gestión del Talento Humano	Según Programación y Convocatoria de la Oficina de Talento Humano para el 2024.
	3.2 Desarrollar el Sistema de Incentivos no monetarios, para destacar el desempeño de los servidores con relación al servicio prestado al ciudadano	Mensualmente listado de colaboradores del mes	Gestión del Talento Humano	Mensualmente Vigencia 2024
Subcomponente 4. Normativo y Procedimental	4.1 Actualizar la Caracterización a los usuarios y grupos de interés y revisar la pertinencia de los canales y mecanismos de información y comunicación definidos por la Institución.	Caracterizar a los ciudadanos - usuarios - grupos de interés y revisar la pertinencia de los canales y mecanismos de información y comunicación implementados por la Institución.	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Audiovisuales y Gestión de la Información, Subgerencia Administrativa y Financiera	29 de Marzo de 2024.
	4.2 Actualizar el procedimiento de trámites de PQRS	Procedimiento actualizado.	Gestión de la Calidad, Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia.	30 de Abril de 2024.
Subcomponente 5. Relacionamiento con el Ciudadano	5.1 Elaborar informe de percepción del usuario frente al servicio brindado y respuestas de PQRSF.	4 Informes (trimestral)	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia	Marzo, Junio, Septiembre, Diciembre de 2024.
	5.2 Actualizar frecuentemente la información sobre la oferta Institucional en los diferentes canales de atención al ciudadano.	Soportes de la actualización realizada.	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia	Febrero hasta Diciembre de 2024.
	5.3 Realizar Informe específico de Sugerencias de los Usuarios.	Análisis de las Sugerencias interpuestas por los Usuarios e iniciar implementación según viabilidad o recursos disponibles.	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia	Febrero hasta Diciembre de 2024.

<b>FECHA:</b>	<b>Elaboración:</b> 07/01/2020	<b>Aprobación</b>	<b>Adopción</b>	<b>Versión:</b>	<b>Hoja:</b>
	<b>Modificación:</b> 30/01/2024	<b>Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño</b>	<b>Resolución No. 049 del 30/01/2024</b>	<b>5.0</b>	<b>41</b>

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

## 8.5 Quinto Componente: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información Pública

La entidad líder del diseño, promoción e implementación de este componente es la Secretaría de Transparencia, en coordinación con el Ministerio de Tecnología de la Información y Comunicaciones, Función Pública, el DNP, el Archivo General de la Nación y el DANE. El componente se enmarca en las acciones para la implementación de la Ley de Transparencia y Acceso a Información Pública Nacional; Ley 1712 de 2014 y los lineamientos del primer objetivo del CONPES 167 de 2013 “Estrategias para el mejoramiento del acceso y la calidad de la información pública”.

Este componente recoge los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de Acceso a la Información Pública regulado por la Ley 1712 de 2014 y el Decreto Reglamentario 1081 de 2015, según la cual toda persona puede acceder a la información pública en posesión o bajo el control de los sujetos obligados de la ley. En tal sentido, las entidades están llamadas a incluir en su plan anticorrupción acciones encaminadas al fortalecimiento del derecho de acceso a la información pública tanto en la gestión administrativa, como en los servidores públicos y ciudadanos.

Con base en lo anterior, tenemos que:

- **La garantía del derecho implica:**
  - La obligación de divulgar proactivamente la información pública.
  - Responder de buena fe, de manera adecuada, veraz, oportuna y accesible a las solicitudes de acceso.
  - La obligación de producir o capturar la información pública.
- **Obligación de generar una cultura de transparencia:**
  - Obligación de implementar adecuadamente la ley y sus instrumentos.

Dentro de las Estrategias Generales para el desarrollo del presente componente, tenemos:

1. Transparencia Activa
2. Transparencia Pasiva
3. Instrumentos de la Gestión de la Información
4. Criterio Diferencial de Accesibilidad
5. Monitoreo

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	42

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>		<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>		
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>		

A continuación, se detallan las principales actividades a desarrollar en este componente:

**Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2024  
Componente 5: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN**

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Procesos Responsable	Fecha Programada
Subcomponente 1. Lineamientos de Transparencia Activa	1.1 Realizar un diagnóstico de la información institucional registrada en el enlace de transparencia con base en la normatividad vigente.	Diagnóstico Realizado	Subgerencia Administrativa y Financiera, Gestión de la Información.	28 de Junio de 2024.
	1.1 Actualizar la información institucional registrada en el enlace de transparencia y acceso a la información con base en el diagnóstico realizado.	Actualización permanente en los ítems requeridos en el sitio web	Gestión de la Información y Planeación Operativa	Del 8 de Julio A 31 de Diciembre 2024
Subcomponente 2. Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1 Realizar seguimiento a la matriz de identificación de necesidades de información por actores para verificar la operatividad de la entrega oportuna de la información.	Matriz Ajustada e implementada	Subgerencia Administrativa y Financiera, Subgerencia Técnico Científica, Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Gestión de la Información y Planeación Operativa	Del 1 De Enero A 31 de Diciembre 2024.
	2.2 Dar respuesta oportuna a las PQRS por el mismo medio que fue recibida (Escrita o correo Electronico).	Indicador de porcentaje de usuarios informados sobre PQRS realizadas	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia,	Del 1 De Enero A 31 de Diciembre 2024.
Subcomponente 3. Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información	3.1 Realizar el registro e inventario de los activos de la información	Registro de Activos de Información Elaborado	Archivo y Gestión de la Información.	Del 1 De Enero A 31 de Diciembre 2024.
Subcomponente 4. Criterio Diferencial de Accesibilidad	4.1 Verificación de la Operatividad de los criterios de accesibilidad de las personas con discapacidad en la página web.	Funcionamiento de la página web con los criterios de accesibilidad para personas con discapacidad.	Gestión de la Información	Enero a Diciembre de 2024.
Subcomponente 5. Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.1 Seguimiento a las solicitudes de acceso a la información pública con sus respectivos indicadores.	Informe de Solicitudes de Acceso a la Información Pública (número de solicitudes, traslados, tiempo de respuesta, negación de acceso y otros).	Subgerencia Administrativa y Financieras, Gestión de la Información, Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia	Cada trimestre del 2024

<b>FECHA:</b>	<b>Elaboración: 07/01/2020</b>	<b>Aprobación</b>	<b>Adopción</b>	<b>Versión:</b>	<b>Hoja:</b>
	<b>Modificación: 30/01/2024</b>	<b>Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño</b>	<b>Resolución No. 049 del 30/01/2024</b>	<b>5.0</b>	<b>43</b>

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

## 8.6 Sexto Componente: Iniciativas Adicionales

Las entidades deberán contemplar iniciativas que permitan fortalecer su estrategia de lucha contra la corrupción. En este sentido, se extiende una invitación a las entidades para que incorporen dentro de su ejercicio de planeación, estrategias encaminadas a fomentar la integridad, la participación ciudadana, brindar transparencia y eficiencia en el uso de los recursos físicos, financieros, tecnológicos y de talento humano, con el fin de visibilizar el accionar de la administración pública.

Para la vigencia 2024, se ha proyectado seguir fortaleciendo el trabajo realizado, en lo relacionado con el Código de Integridad y Código de Conducta y de Buen Gobierno en las siguientes actividades:

### Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2024 Componente 6: Iniciativas Adicionales

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Procesos Responsables	Fecha Programada
Código de Integridad	1.1 Promover la divulgación del Código de Integridad a través de la socialización del valor de la semana y utilización de la Caja de Herramientas suministrada por el DAFP.	Socialización del Valor de la Semana a través de los medios de comunicación electrónicos y circuito cerrado de TV establecido en la E.S.E. Desarrollo de actividades propuestas en la Caja de herramientas del DAFP	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Audiovisuales y Gestión de la Información	Enero a Diciembre de 2024.
Código de Conducta y de Buen Gobierno	1.1 Promover la divulgación del Código de Conducta y de Buen Gobierno a través de la socialización de sus componentes en forma mensual.	Socialización de los Componentes del Código de Conducta y de Buen Gobierno a través de los medios de comunicación electrónicos, despliegue con los colaboradores y por medio del Equipo Primario de Transformación Cultural	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Audiovisuales y Transformación Cultural	Enero a Diciembre de 2024.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	44

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2</b>	<b>CÓDIGO: HSP-DE-PL02 30/01/2024 Versión: 5.0</b>
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>	
	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	

## 9. CONSOLIDACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL

- **La Consolidación** del plan anticorrupción y de atención al ciudadano estará a cargo del Proceso de Planeación Operativa.

- **El Seguimiento:** Estará a cargo a cada uno de los responsables por componente y su equipo de trabajo como se detalló anteriormente, y estarán monitoreando y evaluando permanentemente cada una de las acciones establecidas para lograr la meta o producto en las fechas programadas por componente y en conjunto para el cumplimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, en concordancia con la cultura del **Autocontrol**.

- **Rol de la Oficina de Control Interno:** Le corresponde adelantar la verificación de la elaboración y publicación del citado plan. Así mismo, posee la tarea de efectuar el seguimiento y control a la implementación y a los avances de las actividades consignadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

La Oficina de Control Interno realizará seguimiento tres (3) veces al año con su respectiva publicación, en las siguientes fechas:

- Primer Seguimiento: Con corte al 30 de abril. En esa medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de mayo.

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

- Tercer Seguimiento: Con corte al 31 de diciembre. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de mayo.

**DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ**  
Gerente

Proyectado por: César Augusto Salamanca Bernal  
Proceso Planeación Operativa - SIAPSA

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 30/01/2024	Acta No. 001 del 30/01/2024 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 049 del 30/01/2024	5.0	45