

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PÚBLICA 2024



Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 2 de 55

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVOS	3
2. ALCANCE	4
3. CAMPO DE APLICACIÓN	4
4. ACTUALIZACION.....	4
5. DEFINICIONES (SI APLICA).....	4
6. GENERALIDADES.....	7
7. CONTENIDO GENERAL.....	7
8. CONTROL DE CAMBIOS	55

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 3 de 55

1. OBJETIVOS


1.1 OBJETIVO GENERAL

Formular e Implementar acciones de prevención, control y seguimiento de los posibles hechos de corrupción, mitigando riesgos susceptibles mediante el establecimiento de parámetros para la generación de alarmas y toma de decisiones que favorezcan el mejoramiento continuo en sus componentes.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Revisar y/o actualizar el mapa de riesgos de corrupción institucional y sus respectivas medidas de mitigación, prevención y control.
- Racionalizar los trámites y procesos, de tal forma que se logre un mejoramiento en la gestión institucional, y se facilite a los usuarios el acceso a los servicios de salud prestados por La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz.
- Generar transparencia y confianza con las diferentes partes interesadas a través de la entrega de información oportuna, clara y confiable de la gestión institucional y el fortalecimiento de los espacios de participación y control social.
- Fortalecer las estrategias orientadas al mejoramiento de la atención de los usuarios y demás partes interesadas.
- Garantizar el derecho de acceso a la información pública, a los usuarios y demás partes interesadas por los medios definidos optimizando los recursos tecnológicos para acercar al ciudadano a los servicios que presta la entidad, reduciendo el esfuerzo y costo asociado en su realización.
- Fortalecer el ejercicio de Rendición Pública de cuentas de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, y específicamente los espacios de diálogo entre la Institución y los grupos de interés.
- Implementar mecanismos de divulgación del código de integridad y de la política de conflictos de interés entre los funcionarios de la institución.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 4 de 55

2. ALCANCE

Las estrategias y acciones contenidas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano, aplica para todos los funcionarios, colaboradores y contratistas de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, en la ejecución de sus procesos, el desarrollo de sus funciones y la normatividad aplicable.

3. CAMPO DE APLICACIÓN

Este plan aplica a los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz.

4. ACTUALIZACION

De acuerdo a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), Se deberá actualizar cada año, con fecha máxima de publicación en página web institucional 31 de Enero 2024.

5. DEFINICIONES (SI APLICA)

Causa: Medidas, circunstancias, situaciones o agentes generadores del riesgo.

Consecuencia: Efectos generados por la ocurrencia de un riesgo que afecta los objetivos o un proceso de la entidad. Pueden ser entre otros, una pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento.


Corrupción: Uso del poder para desviar la gestión de lo público hacia el beneficio privado.

Gestión del Riesgo de Corrupción: Es el conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo de corrupción.

Impacto: Son las consecuencias o efectos que puede generar la materialización del riesgo de corrupción en la entidad.

Mapa de Riesgos de Corrupción: Documento con la información resultante de la gestión del riesgo de corrupción.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 5 de 55

Modelo Integrado de Planeación y de Gestión: Instrumento de articulación y reporte de la planeación de las políticas de desarrollo administrativo.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Plan que contempla la estrategia de lucha contra la corrupción que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal.

Probabilidad: Oportunidad de ocurrencia de un riesgo. Se mide según la frecuencia (número de veces en que se ha presentado el riesgo en un período determinado) o por la factibilidad (factores internos o externos que pueden determinar que el riesgo se presente).

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para genera un valor.

Riesgos: Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad, pudiendo entorpecer el desarrollo de sus funciones.

Riesgo de Corrupción: Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

Sistema Único de Información de Trámites – SUIT: Es la fuente única y válida de la información de los trámites que todas las instituciones del Estado ofrecen a la ciudadanía, facilita la implementación de la política de racionalización de trámites y contribuye a fortalecer el principio de transparencia, evitando la generación de focos de corrupción.

Riesgo de Seguridad de la Información: Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información. Suele considerarse como una combinación de la probabilidad de un evento y sus consecuencias. (ISO/IEC 27001).


Riesgo Inherente: Nivel de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto, nos permite determinar el nivel del riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad.

Riesgo Residual: El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.

Control: Medida que permite reducir o mitigar un riesgo.

Causa Inmediata: Circunstancias bajo las cuales se presenta el riesgo, pero no

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 6 de 55

constituyen la causa principal o base para que se presente el riesgo.

Causa Raíz: Causa principal o básica, corresponde a las razones por la cuales se puede presentar el riesgo.

Factores de Riesgo: Son las fuentes generadoras de riesgos.

Confidencialidad: Propiedad de la información que la hace no disponible o sea divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados

Integridad: Propiedad de exactitud y completitud.

Disponibilidad: Propiedad de ser accesible y utilizable a demanda por una entidad.

Vulnerabilidad: Representan la debilidad de un activo o de un control que puede ser explotada por una o más amenazas.

Activo: En el contexto de seguridad digital son elementos tales como aplicaciones de la organización, servicios web, redes, Hardware, información física o digital, recurso humano, entre otros, que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital.


Nivel de riesgo: Es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos. En general la fórmula del Nivel del Riesgo poder ser Probabilidad * Impacto, sin embargo, pueden relacionarse las variables a través de otras maneras diferentes a la multiplicación, por ejemplo, mediante una matriz de Probabilidad – Impacto.

Apetito de riesgo: Es el nivel de riesgo que la entidad puede aceptar, relacionado con sus Objetivos, el marco legal y las disposiciones de la Alta Dirección y del Órgano de Gobierno. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar.

Tolerancia del riesgo: Es el valor de la máxima desviación admisible del nivel de riesgo con respecto al valor del Apetito de riesgo determinado por la entidad.

Capacidad de riesgo: Es el máximo valor del nivel de riesgo que una Entidad puede soportar y a partir del cual se considera por la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno que no sería posible el logro de los objetivos de la Entidad.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 7 de 55

6. GENERALIDADES

Talento Humano:

- **Gerente:** Se encargara de que el Plan anticorrupción y Atencion al Ciudadano se construya y se cumpla.
- **Asesora de Planeación:** Será la encargada de gestionar su construcción.
- **Líderes de Procesos:** Serán los encargados de dar cumplimiento a cada uno de los criterios que queden como responsables.

Materiales e Insumos:

- Pagina web a través de la pestaña Transparencia y acceso a la información punto 4.

7. CONTENIDO GENERAL

INTRODUCCION

El Plan Anticorrupción es un instrumento de tipo preventivo que nace del Estatuto Anticorrupción Ley 1474 de 2011, todo lo que la norma dispone se encuentra inmerso en los procesos de la organización cómo medidas administrativas.

La metodología incluye seis (6) componentes independientes que contienen soporte normativo propio y la finalidad es determinar iniciativas dirigidas a combatir la corrupción con mecanismos que faciliten la prevención, control y seguimiento.

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, es un hospital público del orden

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

departamental que tiene como:

Misión: Somos una Empresa Social del Estado, que produce y presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, actuando como centro de referencia de la región, mejorando la calidad de vida de sus usuarios y generando desarrollo del conocimiento mediante docencia.

Modelo de atención: SER MEJOR

Propuesta de Valor: Satisfacer las necesidades en salud, con talento humano multidisciplinario PRESENCIAL las 24 horas del día.


Las cuales, entre otras, buscan preservar la ética empresarial, garantizar la transparencia de su gestión, administrar eficientemente sus recursos, reconocer y respetar los derechos de los pacientes y partes interesadas.

Es por lo descrito anteriormente y acorde con lo establecido en la Ley 1474 de 2011, el Decreto 2641 de 2012, y acatando la metodología definida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, que se estructura y gestiona el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, como un instrumento de nivel estratégico que busca la prevención de hechos de corrupción, mejorar la atención a las necesidades de los ciudadanos y la efectividad del control de la gestión institucional, a través de estrategias de participación y comunicación sistemáticas y metódicas que garantizan la transparencia y visibilidad de la gestión.

El Plan lo integran las políticas descritas en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, en el artículo 52 de la Ley 1757 de 2015 y en la Ley 1712 de 2014 de Transparencia y Acceso a la Información, todas estas orientadas a prevenir la corrupción.

En su estructura, se recogen los lineamientos establecidos en el documento “Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano, versión 2” desarrollado por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 9 de 55

De igual manera La Secretaría de Transparencia, a través del Observatorio de Transparencia y Anticorrupción, liderará la creación del Sistema General de Transparencia y Lucha Contra la Corrupción, cuya finalidad es unificar y garantizar la interoperabilidad de la información potencial para la investigación y análisis del fenómeno de la corrupción, así como para la toma de decisiones acertadas de política pública en la materia” (PND, 2018-2022)., este proceso se lleva a cabo a través del Portal Anticorrupción de Colombia (PACO) el cual se convertirá en la herramienta central que las autoridades y líderes de la política pública de transparencia y lucha contra la corrupción usarán para monitorear el fenómeno.

SICOF es un subsistema, dispuesto desde la Súper Salud que consta de una serie de herramientas enfocadas en controlar prevenir y mitigar los riesgos de Corrupción Opacidad y Fraude, las cuales fomentan el uso de mecanismos de participación ciudadana, para identificar posibles riesgos de corrupción.

Banderas Rojas es otra herramienta preventiva para el fortalecimiento y la eficiencia institucional, el cual fomenta el uso de mecanismos de participación ciudadana, para identificar posibles riesgos de corrupción a partir del análisis de datos desde el portal de datos abiertos.

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, cuenta con una Política de Administración del Riesgo y las Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención del Ciudadano la cual se compromete a identificar, analizar, controlar y gestionar los riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud, seguridad de la información y riesgos por corrupción, promoviendo la gestión efectiva de los recursos, proporcionando una seguridad que permita fortalecer el logro de los objetivos institucionales, por otro lado, cuenta con la política La Política del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, con el fin de prevenir y gestionar posibles eventos de este tipo que se presenten al interior de la entidad por parte de todos los implicados tanto interna o externa en los procesos de la entidad.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

En el presente documento inicialmente se definen los objetivos y el alcance del plan anticorrupción y de atención al ciudadano para 2024 basado en las recomendaciones del seguimiento realizado por la oficina de Control Interno en el año inmediatamente anterior y de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, que incluye las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) Públicas, Privadas y Mixtas como es nuestro caso; la circular define las instrucciones generales del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF). La Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular Externa (CE) 09 de 2016, imparte los criterios, directrices y parámetros mínimos que deben tener en cuenta los agentes del SGSSS en el diseño, implementación y funcionamiento de estos Sistemas de Administración de Riesgos para prevenir que el riesgo de LA/FT Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia.
- Ley 42 de 1993 (Control Fiscal de la CGR).
- Ley 80 de 1993, artículo 53 (Responsabilidad de los Interventores).
- Ley 87 de 1993 (Sistema Nacional de Control Interno).
- Decreto 1757 de 1994: Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4o del Decreto Ley 1298 de 1994
- Ley 190 de 1995 (Normas para preservar la moralidad en la administración pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa).

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

- Decreto 2232 de 1995: Artículos 70, 80 y 90 (Por medio del cual se reglamenta la Ley 190 de 1995).
- Ley 489 de 1998, artículo 32 (Democratización de la Administración Pública).
- Ley 599 de 2000 (Código Penal).
- Ley 610 de 2000 (Establece el trámite de los procesos de responsabilidad fiscal de competencia de las contralorías).
- Ley 734 de 2002 (Código Único Disciplinario).
- Ley 850 de 2003 (Veedurías Ciudadanas).
- 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”.
- Ley 1150 de 2007 (Dictan medidas de eficiencia y transparencia en la contratación con Recursos Públicos).
- Conpes 3654 de abril de 2010, en el cual se establece la política de rendición de cuentas de la rama ejecutiva a los ciudadanos.
- Ley 1437 de 2011, artículos 67, 68 y 69 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo).
- Ley 1474 de 2011 (dictan normas para fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública).
- Decreto 4326 de 2011 (Divulgación Programas de la Entidad).
- Decreto 4567 de 2011 (Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y decreto ley 770 de 2005).
- Decreto 4632 de 2011 (Reglamenta Comisión Nacional para la Moralización y la Comisión Nacional Ciudadana para la Lucha contra la Corrupción).

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

- Decreto 4637 de 2011 (Crea en el DAPRI Secretaría de Transparencia).
- Documento CONPES 3714 de diciembre 01 de 2011: Del Riesgo Previsible en el Marco de la Política de Contratación Pública.
- Decreto 0019 de 2012 (Normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública).
- Decreto 2641 de 2012, por medio del cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la ley 1474 de 2011.
- Decreto 2482 de 2012: Por el cual se establecen los lineamientos generales para la integración de la planeación y gestión.
- Documento Conpes 3785 de 2013, en el cual se establece la Política Nacional de eficiencia administrativa al servicio del ciudadano.
- Decreto 943 de 2014 “Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
- Decreto 1649 de 2014 “Por el cual se modifica la estructura del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República”.
- Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Documento Guía "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano -Versión 2" y "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción. Presidencia de la República. 2015.
- 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 Único Reglamentario del Sector de Función Pública”.
- 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”.

Elaboro:


Profesional Apoyo Planeación

Reviso:

Asesora De planeación y Calidad

Aprobó:

Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 13 de 55

- Ley 1757 de 2015: “Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática”.
- 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 actualiza el Modelo Integral de Planeación y Gestión MIPG - del Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP.
- Decreto 1784 de 2019, determina en el artículo 13, las funciones de la Secretaria de Transparencia.
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 6 Noviembre 2022
- Ley 2016 del 27 de 2020. Por la cual se adopta el código de integridad del servicio público colombiano y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1519 de 2020 Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos.
- Ley 2195 de 2021 por medio del cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha en contra de la corrupción y se dictan otras disposiciones, modificándose el artículo 34 de la Ley 1474 de 2011.
- Circular externa 20211700000005-5 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

MARCO NORMATIVO PROGRAMAS DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA

Ley 134 de 1994	Ley 472 de 1998	Ley 489 de 1998	
"Por la cual se dictan normas sobre mecanismos de participación ciudadana".	"Por la cual se desarrolla el artículo 88 de la Constitución Política de Colombia en relación con el ejercicio de las acciones populares y de grupo y se dictan otras disposiciones".	"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".	
Ley 720 de 2001	Ley 1473 de 2011	Ley 1474 de 2011	Ley 1712 de 2014
"Por medio de la cual se	"Por la cual se expide el Código de Procedimiento	"Por la cual se dictan normas orientadas a	"Por medio de la cual se crea la Ley
reconoce, promueve y regula la acción voluntaria de los ciudadanos colombianos".	Administrativo y de lo Contencioso Administrativo".	fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública". Artículo 73.	de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones".
Ley 1757 de 2015	Ley 2013 de 2019	Ley 2195 de 2022	
"Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática".	"Por medio del cual se busca garantizar el cumplimiento de los principios de transparencia y publicidad mediante la publicación de las declaraciones de bienes de renta y el registro de los conflictos de interés".	"Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones"	

Elaboro:

Profesional Apoyo Planeación

Reviso:

Asesora De planeación y Calidad

Aprobó:

Comité de Gestión y Desempeño

Decreto 1018 de 2015	Decreto 124 de 2016	Decreto 1499 de 2017	
"Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República". Título 4.	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".	"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	Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026.	Ley 2052 de 2020	
"Por medio de la cual se reconoce, promueve y regula la acción voluntaria de los ciudadanos colombianos".	"Colombia potencia mundial de la vida".	"Por medio de la cual establecen disposiciones transversales a la rama ejecutiva del nivel nacional y territorial y a los particulares que cumplan funciones públicas y/o administrativas, en relación con la racionalización de trámites y se dictan otras disposiciones".	
Decreto Ley 2106 de 2019	Decreto 2482 de 2012	Decreto 2641 de 2012	Decreto 103 de 2015
"Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública".	"Por el cual se establecen los lineamientos generales para la integración de la planeación y la gestión".	"Por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011"	"Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones".

Elaboro:

Profesional Apoyo Planeación

Reviso:

Asesora De planeación y Calidad

Aprobó:

Comité de Gestión y Desempeño

Resolución 1519 de 2020	Manual Operativo Modelo Integrado de Planeación y Gestión		
"Por la cual se define los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de accesos a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos."	Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano		
	Guía para la Gestión de riesgo de corrupción		
	Manual Único de Rendición de Cuentas		
	Directiva Presidencial 07 del 01 de octubre de 2018	Conpes 3649 de 2010	Conpes 3650 de 2010
"Medidas para racionalizar, simplificar y mejorar los trámites ante las entidades gubernamentales y el ordenamiento jurídico".	"Política Nacional de Servicio al Ciudadano".	"Importancia Estratégica de Gobierno en Línea".	"Importancia Estratégica de Gobierno en Línea".
Conpes 3785 de 2013			
"Política Nacional de Eficiencia Administrativa Al Servicio Del Ciudadano y concepto favorable a la Nación para contratar un empréstito externo con la Banca Multilateral hasta por la suma de USD 20 millones destinado a financiar el proyecto de Eficiencia al Servicio del Ciudadano"			

Manual Operativo Modelo Integrado de Planeación y Gestión	https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/34268003
Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano.	http://www.secretariatransparencia.gov.co/politica-publica/plan-anticorrupcion-y-atencion-ciudadano
Guía para la Gestión de riesgo de corrupción.	https://senado.gov.co/index.php/documentos/categoria-transparencia/politicas-y-planes-historico/politicas-y-planes/politicas-institucionales/6401-qp-pi02-politica-de-administracion-del-riesgo/file
Manual Único de Rendición de Cuentas.	https://www.funcionpublica.gov.co/-/funci-c3-b3n-p-c3-bablica-invita-a-ciudadanos-y-entidades-a-conocer-el-manual-c3-banico-de-rendici-c3-b3n-de-cuentas-c2-a0

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ

MISION



Somos una Empresa Social del Estado, que produce y presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, actuando como centro de referencia de la región, mejorando la calidad de vida de sus usuarios y generando desarrollo del conocimiento mediante docencia.

VISION



Ser la institución Norte Santandereana prestadora de servicios de salud, posicionada y preferida por su atención humana, segura, alto enfoque investigativo, con rentabilidad social y económica.

PROPUESTA DE VALOR



Satisfacer las necesidades en salud, con talento humano multidisciplinario PRESENCIAL las 24 horas del día.

Elaboro:

Profesional Apoyo Planeación

Reviso:









Asesora De planeación y Calidad

Aprobó:

Comité de Gestión y Desempeño

MODELO DE ATENCION INSTITUCIONAL

En concordancia con los compromisos estratégicos, la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, establece una forma en la cual se ejecutan nuestros procesos, en las siguientes dimensiones:

-  Seguridad: Que el paciente no sufra daño durante la atención.
-  Eficiencia: Utilizar la cantidad adecuada de recursos.
-  Respeto: Reconocimiento de la dignidad de todas las personas en cada una de nuestras acciones.
-  Mantener confianza: Hacer que nuestras acciones permitan a los demás creer en nosotros.
-  Entorno: Cuidar el medio ambiente en el actuar institucional.
-  Promover innovación: Generar nuevas ideas que permitan reflejar el liderazgo y beneficien la atención en salud.
-  Orientado al logro: Conocer y aportar al éxito de los logros organizacionales.
-  Reconocer necesidades: Empezar acciones teniendo en cuenta la realidad de los otros.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Posicionamiento



Posicionamiento: Posicionar a la E.S.E. como la mejor I.P.S. del Departamento Norte de Santander.

Solidez y Sostenibilidad Financiera – Rentabilidad Social

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

Solidez y Sostenibilidad Financiera – Rentabilidad Social



Solidez y sostenibilidad financiera: Mantener para la E.S.E. H.U.E.M., el índice de riesgo dentro de la clasificación "Sin riesgo", acorde a la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social.

Rentabilidad social: Fortalecer espacios de participación, educación y acercamiento con la comunidad del Departamento.

Atención Humana – Seguridad del Paciente – Docencia e Investigación



Atención humana: Brindar una experiencia hospitalaria acogedora que favorezca el bienestar integral del ser humano.

Seguridad del paciente: Garantizar los procesos institucionales y asistenciales seguros mediante la aplicación de prácticas que mejoren la actuación de los profesionales y el involucramiento de pacientes y allegados en su seguridad, en el marco de una cultura de gestión del riesgo.

Docencia e investigación: Desarrollar espacios de formación, educación e investigación que permitan mantener el status universitario.

VALORES DEL SERVIDOR PUBLICO

En la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, se han identificado y asumido como valores del servidor público:



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



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



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



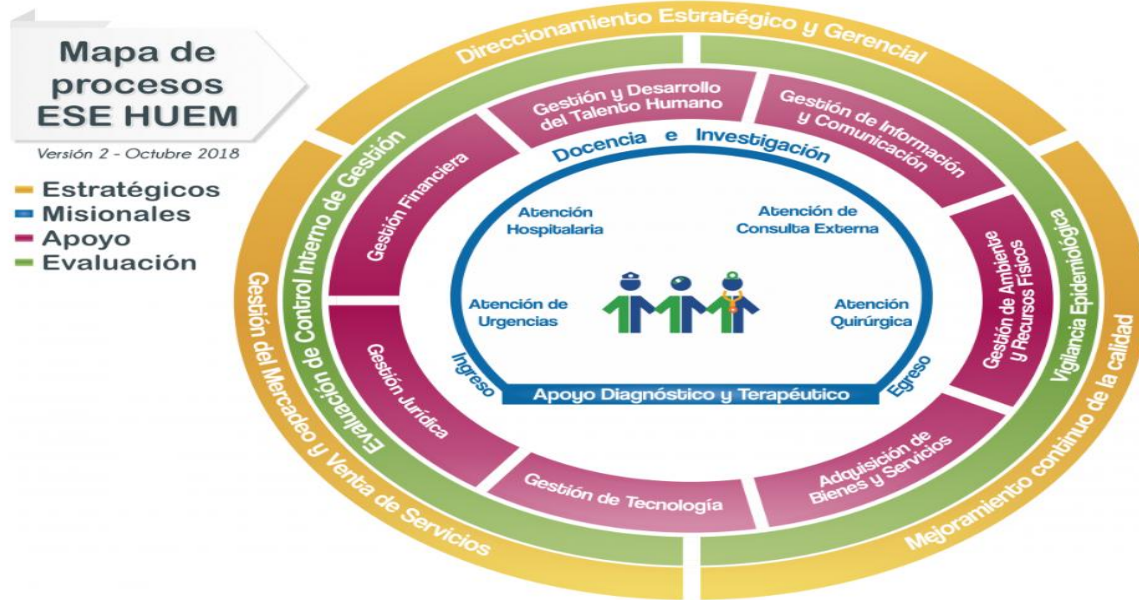
DILIGENCIA: Cumpro con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.



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

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

MAPA DE PROCESOS




ACCIONES PRELIMINARES Y ASPECTOS GENERALES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Previo a la elaboración del documento el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano se realiza la consulta de fuentes como: reportes o informes de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS), informes de gestión y/o rendición de cuentas, informes de ley que se encuentran publicados en la página web institucional, ejercicios de diálogo, participación social en salud y rendición de cuentas, reportes de auditorías internas y externas, planes de mejoramiento de la Institución, resultados del reporte Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (FURAG), autodiagnósticos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y oportunidades de mejora como resultado de la autoevaluación para la Acreditación institucional.

De igual manera, se revisa la estrategia en cada uno de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la vigencia anterior de acuerdo a la normatividad vigente y se formulan actividades para las cuales se asignan metas, responsables y plazo de ejecución, que se revisan y actualizan para la implementación del Plan Anticorrupción para 2024

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 21 de 55

ASPECTOS GENERALES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO.

ENTIDADES QUE LO ELABORAN

En cumplimiento a lo establecido en el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 y al documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano” emitido por la Presidencia de la República, la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz elabora anualmente el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, que contiene la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano con sus respectivos componentes.

ELABORACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

La elaboración y consolidación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, está a cargo de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad, con la participación de todas las áreas responsables de su ejecución.


DIVULGACIÓN

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz pone a disposición el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano a los colaboradores de la Entidad, así como de los usuarios y/o ciudadanos a través de su publicación en la página web y redes sociales con el fin de que formulen sus observaciones y comentarios al plan, las cuales serán tenidas en cuenta por la institución con el fin de ajustarlo cuando estas sean pertinentes. Una vez consolidado y aprobado en Comité de Gestión y Desempeño se realizará la divulgación del mismo a nivel interno y externo apoyada en medios tecnológicos de comunicación (página web, correo electrónico, redes sociales) y dentro de la estrategia de participación social en salud y rendición de cuentas.

PUBLICACIÓN Y MONITOREO

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano es publicado en la página web de la Entidad acorde a la normatividad vigente. Así mismo, se publicarán los ajustes a este documento con las observaciones y modificaciones, de acuerdo a

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2024
		PAGINA 22 de 55

los resultados del FURAG y las debidas justificaciones una vez ocurran.

Por lo anterior, a partir de las fechas determinadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2024, el responsable de cada una de las actividades descritas en cada componente realizará las acciones respectivas las cuales serán monitoreadas por la Oficina Asesora de Planeación y Calidad y socializadas en el Comité de Gestión y Desempeño cada 4 meses.

SEGUIMIENTO


El seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano se realizará cuatrimestralmente por la Oficina Asesora de Control Interno, con corte al 30 de abril, 31 de agosto, y 31 de diciembre de cada año y la publicación deberá realizarse dentro de los diez (10) primeros días hábiles después de cada corte.

COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO



FUENTE: Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, versión 2, 2015. Presidencia de la República

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 23 de 55

COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCION

De acuerdo con los parámetros establecidos, el plan contiene los siguientes componentes independientes:

PRIMERO: GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

El artículo 73 del Estatuto Anticorrupción, dispone que el Mapa de Riesgos de Corrupción hace parte del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Esta política es liderada por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, cuyos lineamientos están desarrollados en el documento “Guía para la gestión del riesgo de corrupción”.

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, contiene el Mapa de Riesgos de Corrupción 2024, el cual se elaboró siguiendo la Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción y el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG

Para el desarrollo de este componente se emplea la metodología definida en la Guía para la administración del riesgo de gestión y corrupción y diseño de controles en entidades públicas, versión 6, 2022, del DAFP, priorizando los procesos de mayor vulnerabilidad de riesgos de corrupción desarrollando los siguientes subcomponentes:

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

CONSTRUCCION DEL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION

Permite reconocer los eventos que puedan afectar la entidad y sus características (agentes generadores, posibles causas, efectos, probabilidad, impacto, calificación y medidas de respuesta).

Identificación del Riesgo de Corrupción

Identificar los riesgos de corrupción inherentes a la actividad de la institución. Para la identificación y evaluación se toma como base el contexto estratégico que reconoce las situaciones de riesgo de origen interno y externo para la entidad; luego se procede a la identificación de los riesgos, reconociendo variables como agentes generadores, causas, efectos entre otros, para realizar posteriormente la calificación de los riesgos.

Debido a que el Mapa de Riesgos de corrupción se elabora con los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, partiendo de ellos se identifican los procesos más vulnerables de la materialización de los riesgos de corrupción.

A partir de los factores internos y externos, se determinan los agentes generadores del riesgo, sus causas (determinar una serie de situaciones que, por sus particularidades, pueden originar prácticas corruptas) y sus consecuencias: pérdida, daño, perjuicio o detrimento.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

Análisis del Riesgo de Corrupción

En esta etapa se realiza la medición del riesgo inherente. Es decir, determinar la probabilidad de materialización del riesgo y sus consecuencias o impacto antes de controles, con el fin de establecer la zona de riesgo inicial.

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Más de 1 vez al año.
4	Probable	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Al menos 1 vez en el último año.
3	Posible	El evento podrá ocurrir en algún momento.	Al menos 1 vez en los últimos 2 años.
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento.	Al menos 1 vez en los últimos 5 años.
1	Rara vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales).	No se ha presentado en los últimos 5 años.

Fuente: DAFP

Medición de Impacto de Riesgos de Corrupción

La medición del impacto de los riesgos de corrupción se realiza aplicando la siguiente tabla de valoración. Cada riesgo identificado es valorado de acuerdo con las preguntas, la tabla y la calificación obtenida se compara con la tabla de medición de impacto de riesgo de corrupción para obtener el nivel de impacto del riesgo.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	Afectación Económica	Reputacional
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV .	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor-40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores.
Moderado 60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

Criterios para calificar el impacto en riesgos de corrupción

N.º	PREGUNTA: SI EL RIESGO DE CORRUPCIÓN SE MATERIALIZA PODRÍA...	RESPUESTA	
		SÍ	NO
1	¿Afectar al grupo de funcionarios del proceso?	X	
2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia?	X	
3	¿Afectar el cumplimiento de misión de la entidad?	X	
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la entidad?		X
5	¿Generar pérdida de confianza de la entidad, afectando su reputación?	X	
6	¿Generar pérdida de recursos económicos?	X	
7	¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios?	X	
8	¿Dar lugar al detrimento de calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien, servicios o recursos públicos?		X
9	¿Generar pérdida de información de la entidad?		X
10	¿Generar intervención de los órganos de control, de la Fiscalía u otro ente?	X	
11	¿Dar lugar a procesos sancionatorios?	X	
12	¿Dar lugar a procesos disciplinarios?	X	
13	¿Dar lugar a procesos fiscales?	X	
14	¿Dar lugar a procesos penales?		X
15	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?		X
16	¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas?		X
17	¿Afectar la imagen regional?		X
18	¿Afectar la imagen nacional?		X
19	¿Generar daño ambiental?		X
Responder afirmativamente de UNA a CINCO pregunta(s) genera un impacto moderado. Responder afirmativamente de SEIS a ONCE preguntas genera un impacto mayor. Responder afirmativamente de DOCE a DIECINUEVE preguntas genera un impacto catastrófico.		10	
MODERADO	Genera medianas consecuencias sobre la entidad		
MAYOR	Genera altas consecuencias sobre la entidad.		

Nivel de impacto MAYOR

Elaboro:

Profesional Apoyo Planeación

Reviso:

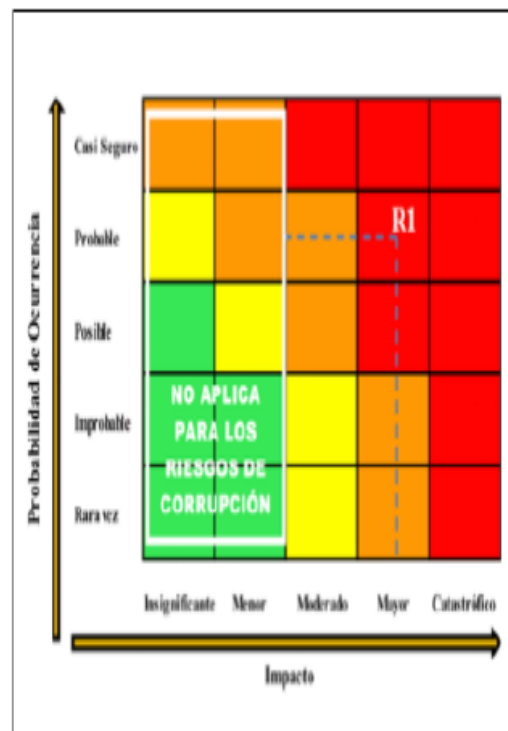
Asesora De planeación y Calidad

Aprobó:

Comité de Gestión y Desempeño

Valoración del Riesgo de Corrupción

Las actividades, atenciones y en general los procesos y proyectos que adelante la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, siempre tendrán algún grado de riesgo en su desarrollo, el cual debe valorarse con el fin de definir las acciones que permitan su prevención, supresión, mitigación o aceptabilidad según el caso.



IMPORTANTE

Aunque se utilice el mismo mapa de calor, para los riesgos de gestión y de corrupción, a estos últimos solo les aplican las columnas de impacto Moderado, Mayor y Catastrófico.

Fuente: Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

Elaboro:


Profesional Apoyo Planeación

Reviso:

Asesora De planeación y Calidad

Aprobó:

Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	VERSION: 1
		FECHA: ENE 2024
		PAGINA 28 de 55

POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO


La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, acorde con el Direccionamiento Estratégico y la Gestión por Procesos, se compromete a identificar, analizar, controlar y gestionar los riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud, seguridad de la información y riesgos por corrupción, promoviendo la gestión efectiva de los recursos, proporcionando una seguridad que permita fortalecer el logro de los objetivos institucionales.

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz define su política de Riesgo tomando como referente los parámetros del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, así como los del Sistema de Control Interno, en lo referente a las tres líneas, los lineamientos para la administración del riesgo de la Función Pública, la cual articula los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad digital y la estructura del Sistema Integrado de Gestión Calidad– SGIC. La circular externa 20211700000004-5 de 2021 (15 de Septiembre): “Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos” de la superintendencia nacional de Salud.

Para administrar adecuadamente los riesgos la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, determina alcanzar un nivel aceptable de riesgo residual en todos los macroprocesos, procesos, programas estratégicos, sistemas y subsistemas de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, a través de la gestión de acciones de control preventivas, detectivas y correctivas, con el fin de asegurar el cumplimiento de la misión institucional, los objetivos estratégicos y de procesos vigentes.

Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, la definición de la política de riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 29 de 55

nivel de aceptación del riesgo residual.

POLITICA DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE CORRUPCION, OPACIDAD Y FRAUDE

La Empresa Social Del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz, dedicada a la prestación de servicios de salud de alta y mediana complejidad consciente de sus procesos institucionales y de acuerdo a los requisitos legales, se compromete al cumplimiento del subsistema de Administración del Riesgo Corrupción, Opacidad y Fraude con el fin de prevenir y gestionar posibles eventos de este tipo que se presenten al interior de la entidad por parte de todos los implicados tanto interna o externa en los procesos de la entidad. La alta dirección proporcionará la información y recursos necesarios para la implementación de las medidas preventivas, de control y corrección en los sistemas de administración del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION


Se realizó la actualización participativa del mapa de riesgos de corrupción con los líderes de procesos, sub procesos y la ciudadanía.

Dentro del proceso participativo de la comunidad se realizó mesa de trabajo el 12 de Diciembre de 2023, con líderes comunitarios (Asociación de Usuarios), en el que se identificaron los riesgos de corrupción que pueden estar presentes en La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, identificando, nombramientos sin cumplir con el perfil, favorecer contrataciones y tráfico de influencias en la asignación de citas.

El proceso de formulación del mapa DE Riesgos De Corrupción, incluyó:

- Identificación de los riesgos, los cuales se presentan por: acción u omisión, uso del poder, desviación de la gestión de lo público, el beneficio privado.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 30 de 55

- Determinación de las causas existentes dentro de los contextos interno, externo y de proceso.
- Valoración del riesgo mediante la calificación los criterios de probabilidad (posibilidad de ocurrencia del riesgo), consecuencia e impacto, los cuales se examinaron en una matriz de calor para dar la priorización de riesgo y determinar el nivel de complejidad del mismo para reducir, evitar, mitigar, compartir, aceptar o transferir. Es importante resaltar que se tuvo en cuenta la Frecuencia como criterio de la valoración del riesgo conforme la guía versión N° 6, y que se relaciona con la ejecución de la actividad de la cual proviene el riesgo de corrupción es decir el número de veces que realiza la actividad expuesta al riesgo.
- Se realizó la definición de, los controles preventivos, detectivos y correctivos si son necesarios, que mitigarán de manera adecuada el riesgo definido, el responsable de llevar a cabo la actividad de control, la periodicidad para su ejecución, el propósito del control y el cómo se realiza la actividad de control.

Para el año 2024 en concordancia con la cultura de autocontrol los responsables de los procesos, en conjunto con sus equipos de trabajo, monitorearán y evaluarán periódicamente el mapa de riesgos y si es necesario los ajustarán haciendo públicos los cambios.

El Seguimiento y evaluación del Mapa de Riesgos de Corrupción, será realizado cada cuatro meses por la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, analizando las causas, los riesgos y controles. Las fechas de seguimiento serán:

- **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.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

- **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 enero de 2025.

Los riesgos de corrupción de la zona de riesgo extrema requieren de un tratamiento prioritario. Se deben implementar los controles orientados a reducir la posibilidad de ocurrencia del riesgo o disminuir el impacto de sus efectos y tomar las medidas de protección.

Nota: En todo caso se requiere que las entidades propendan por eliminar el riesgo de corrupción o por lo menos llevarlo a la zona de riesgo baja.

El Mapa de Riesgos de Corrupción, puede ser sujeto de ajustes, las veces que sea necesario durante una misma vigencia. En este caso se deberá dejar por escrito los ajustes, modificaciones o inclusiones realizadas y se encontrará su actualización en la matriz de riesgos definida por la entidad.

La Construcción del mapa de riesgos de corrupción Permite reconocer los eventos que puedan afectar la entidad y sus características (agentes generadores, posibles causas, efectos, probabilidad, impacto, calificación y medidas de respuesta).

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZOZ VIGENCIA 2024

NO.	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	EFFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACIÓN	INDICADORES	RESPUESTAS	FECHA DE EVALUACIÓN
1
2
3

Elaboro: Profesional Apoyo Planeación	Reviso: Asesora De planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
---	---	---

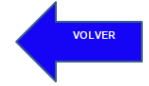
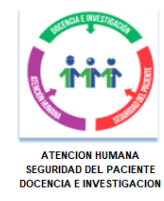


MISION
Somos una Empresa Social del Estado, que produce y presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, actuando como centro de referencia de la región, mejorando la calidad de vida de sus usuarios y generando desarrollo del conocimiento mediante docencia.

VISION
Ser la institución Norte Santandereana prestadora de servicios de salud, posicionada y preferida por su atención humana, segura, alto enfoque investigativo, con rentabilidad social y económica.

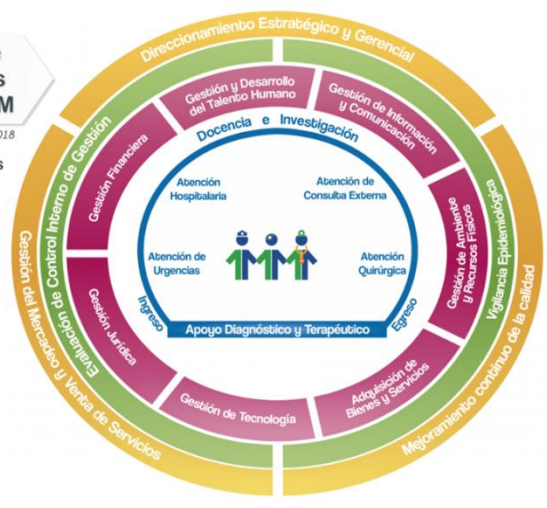
PROPUESTA DE VALOR
Satisfacer las necesidades en salud, con talento humano multidisciplinario PRESENCIAL, las 24 horas del día.

- equidad: Que el paciente no sufra daño durante la atención.
- eficiencia: Utilizar la cantidad adecuada de recursos.
- respeto: Reconocimiento de la dignidad de todas las personas en cada una de nuestras acciones.
- mantener confianza: Hacer que nuestras acciones permitan a los demás creer en nosotros.
- entorno: Cuidar el medio ambiente en el actuar institucional.
- alentar innovación: Generar nuevas ideas que permitan reflejar el liderazgo y beneficien la atención en salud.
- orientado al logro: Conocer y aportar al éxito de los logros organizacionales.
- reconocer necesidades: Empezar acciones teniendo en cuenta la realidad de los otros.



Mapa de procesos ESE HUEM
Versión 2 - Octubre 2018

- Estratégicos
- Misionales
- Apoyo
- Evaluación



Elaboro: Profesional Apoyo Planeación	Reviso: Asesora De planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
---	---	---

COMPONENTE 1. GESTION DE RIESGOS DE CORRUPCION

Teniendo en cuenta que la corrupción es por sus propias características una actividad difícil de detectar, los líderes de los procesos en conjunto con sus equipos deben monitorear y revisar periódicamente el mapa de riesgos de corrupción y si es del caso ajustarlo. Su importancia radica en la necesidad de monitorear permanentemente la gestión del riesgo y la efectividad de los controles establecida.

En esta fase se debe:

- Garantizar que los controles son eficaces y eficientes.
- Obtener información adicional que permita mejorar la valoración del riesgo
- Analizar y aprender lecciones a partir de los eventos, los cambios, las tendencias, los éxitos y los fracasos.
- Detectar cambios en el contexto interno y externo.
- Identificar riesgos emergentes.

Le corresponde a la Oficina de Planeación y Calidad diseñar y poner en marcha las actividades o mecanismos necesarios para que se conozcan, debatan y formulen las apreciaciones, consideraciones y propuestas sobre el Mapa de Riesgos de Corrupción en los periodos de seguimiento respectivos.

Elaboro:

Profesional Apoyo Planeación

Reviso:

Asesora De planeación y Calidad

Aprobó:

Comité de Gestión y Desempeño

En el PAAC de la vigencia 2024, en el anexo 1 Mapa de Riesgos de corrupción, encuentran definidos los riesgos de corrupción identificados con su respectivo monitoreo y revisión a los periodos de seguimiento correspondiente, es responsabilidad de los líderes de los procesos y los gestores de riesgo, dar a conocer los riesgos identificados a los equipos de trabajo, este proceso logro consolidarse en su totalidad en la caracterización de los 20 procesos.



Componente 1: Gestion de Riesgos de Corrupcion - Mapa de Riesgos de Corrupcion

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	OFICINA DE APOYO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	INDICADOR	SEGUIMIENTO
Gestión del Riesgo de Corrupción	1. Política de Administración de Riesgos	11 Promover la Política de Administración de Riesgos institucional Actualizada	Política de administración de riesgos institucional con difusión a través de medios de comunicación institucionales internos.	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	PRENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeación y Calidad	ene-24	mar-24	Acta que permita evidenciar el despliegue o divulgación de la Política De Administración de Riesgos Institucional	
		12 Realizar estrategias de socialización o campañas de prevención de acciones de corrupción, opacidad y fraude	Informe de las estrategias de socialización	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación SISTEMAS	feb-24	mar-24	Informe elaborado	
		13 Promover competencias en los integrantes de la asociación de usuarios en control social y en salud.	3 capacitaciones durante la vigencia a la Asociación de Usuarios en control Social y en Salud	SIAU	Oficina Asesora de Planeación Talento Humano	mar-24	sept-24	Numero de Capacitaciones realizadas/Numero de capacitaciones programadas	
		14 Fortalecer la formación en lenguaje claro para los servidores	80% de los colaboradores Administrativos certificados en lenguaje claro (DNP)	Líder Talento Humano	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	ene-24	ago-24	Porcentaje de colaboradores administrativos certificados/Total de Colaboradores administrativos	
Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción	2. Actualización del Mapa de Riesgos de Corrupción	2.1 Revisar en coordinación con los integrantes del Comité de Gestión y desempeño la Matriz de Riesgos de corrupción Vigencia 2024 para su actualización, aprobación y garantía de Eficiencia de la misma	Mapa de Riesgos De Corrupcion Revisado Por el comité de Gestión y Desempeño	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	TODOS	ene-24	ene-24	Acta de Comité de Gestión y desempeño aprobando la matriz de Mapa de riesgos de Corrupcion	
		2.2 Consolidar el Mapa de Riesgos de Corrupcion y Publicar en Intranet Institucional	Mapa de riesgos de Corrupcion publicado en Intranet Institucional	Oficina Asesora de Planeación	SISTEMAS	ene-24	ene-24	Publicación en la intranet del Mapa de Riesgos de Corrupcion Institucional	
Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción	3. Consulta y Divulgación	3.1 Poner a Consideración de la ciudadanía el Mapa de Riesgos de Corrupcion	Presentación del Mapa de Riesgos de Corrupcion para posibles observaciones en pestaña Participo de la Página Web	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	PRENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeación y Calidad	ene-24	ene-24	Publicación en la pestaña Participo en la Web Institucional	
		3.2 Publicar Mapa de Riesgos de Corrupcion en la pagina web Institucional.	Mapa de Riesgos de Corrupcion Publicado en Pagina Web Institucional.	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación SISTEMAS	ene-24	ene-24	Publicación en la pestaña transparencia el mapa de riesgos de Corrupcion vigencia 2024 en la pagina web institucional	
		3.3 Actualizar y Publicar Mapa de Riesgos de SICOF En la pagina web institucional	Mapa de Riesgos de SICOF Actualizado y Publicado en Pagina Web Institucional.	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación SISTEMAS	feb-24	mar-24	Mapa de Riesgos SICOF Actualizado y Publicado en Pagina Web Institucional	
Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción	4. Monitoreo y Revisión	4.1 Presentar Informe del avance sobre las acciones de control de los Riesgos de Corrupcion a la oficina de Control Interno y Aplicar ajustes en caso que lo Requieran	3 Informes de Seguimiento a Mapa de Riesgos de Corrupcion	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	abr-24	dic-24	Numero de Informes Presentados/Numero de Informes Programados	
		4.2 Realizar 3 Monitoreos durante la vigencia a la línea Ética y línea Anticorrupción que sea Funcional y que cuente con línea telefónica y correo anticorrupcion	Evidencia a través de Acta del seguimiento Realizado a la línea Ética y Línea Anticorrupción Institucional	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	SISTEMAS	abr-24	dic-24	Numero de setas Elaboradas/Numero de seguimientos Programados	
		4.3 Cumplir con el 95% de Ejecución del Mapa de Riesgos de Corrupcion de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz	95% de las acciones del mapa de Riesgos de corrupcion ejecutadas.	TODOS	TODOS	ene-24	dic-24	Porcentaje de Cumplimiento del Mapa De riesgos de Corrupcion Durante la vigencia 2024	
Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción	5. Gestión Disciplinaria	5.1 Realizar estrategias de socialización o campañas de prevención de acciones de corrupción, opacidad y fraude	Ejecutar trimestralmente socializaciones o campañas de prevención de acciones de corrupción, opacidad y fraude	Control interno Disciplinario Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina de Gestión Jurídica	mar-24	dic-24	socializaciones o campañas realizadas/Total socializaciones o campañas	
		5.2 Reportar anualmente información sobre sanciones por conductas disciplinarias asociadas a riesgos de corrupción.	Informe anual de la gestión disciplinaria	Control Interno Disciplinario	Control Interno Disciplinario	nov-24	nov-24	Informe Realizado	
Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción	8. Seguimiento	6.1 Verificar y evaluar el seguimiento y control del Mapa de Riesgos de Corrupcion.	Se realizarán y publicarán tres seguimientos de evaluación del mapa de riesgos de corrupción de acuerdo con los informes suministrados por las áreas responsables en las siguientes fechas de corte: 1. Corte a 30 de abril de 2024 2. Corte a 31 de agosto de 2024 3. Corte a 31 de diciembre de 2024 Se recomienda el uso de la matriz de seguimiento de la Función Pública	Oficina de Evaluación de Control Interno de Gestión	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	ene-24	dic-24	Numero de Informes presentados en los tiempos de ley / Numero de informes a presentar	
		6.2 Actualizar y Publicar Mapa de Riesgos de SICOF En la pagina web institucional	Publicación en la página web de la entidad.	Oficina de Evaluación de Control Interno de Gestión	Oficina de Evaluación de Control Interno de Gestión	may-24	ene-25	Publicación en la página web de la entidad.	

Elabora:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

COMPONENTE 2: RACIONALIZACION DE TRAMITES

El componente anti trámite en la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, se concibe como una herramienta de prevención de actos de corrupción que apunta al cumplimiento de la Ley 962 de 2005, Ley 1474 de 2011 y el Decreto Ley 019 de 2012.

La Gestión de Valores para el Resultado como dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, es uno de los elementos transversales que buscan mejorar la relación entre el Estado y el Ciudadano, es la racionalización de trámites, orientada a simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar trámites y procedimientos administrativos, para facilitar el acceso de los ciudadanos a sus derechos, reduciendo costos, tiempos, documentos, procesos y pasos en su interacción con las entidades públicas.


Así las cosas, la Política de Racionalización de Trámites fundamentada en la gradualidad, busca generar mejores formas de gestión que los motive a avanzar en la simplificación de los trámites con ayuda de las TIC, brindando al ciudadano facilidades y mecanismos más expeditos en la realización de los trámites.

Esta estrategia se trabaja de manera articulada con la política de Gobierno Digital que se implementa a través de dos líneas de acción que son TIC para el Estado y TIC para la Sociedad, con tres habilitadores transversales que son: Seguridad de la información, arquitectura y servicios ciudadanos digitales.

Será el equipo técnico de Gobierno Digital bajo el liderazgo del responsable de la política de Racionalización de Trámites, hacer el levantamiento, consolidación y actualización de los trámites que deben realizar los usuarios para acceder a los servicios, en la revisión permanente de los procesos.

Se pretende en este componente que la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz además centralice sus esfuerzos en la racionalización de procedimientos administrativos que soportan la gestión de los trámites y paralelamente fomentar la

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 37 de 55


nueva visión de gestión interinstitucional, intersectorial e interregional, con el fin de generar proyectos de ventanillas únicas a nivel departamental.

De la priorización realizada en el año 2023, con respecto a los servicios que se debían intervenir, a la fecha se tienen los siguientes trámites registrados en el SUIT:

- **Certificado de Defunción**
 Descripción: Acreditar legalmente el fallecimiento de una persona
<https://www.gov.co/ficha-tramites-y-servicios/T48769>
- **Certificado de Nacido Vivo**
 Descripción: Obtener la certificación que acredita que el recién nacido nació vivo.
<https://www.gov.co/ficha-tramites-y-servicios/T65956>
- **Historia Clínica**
 Descripción: Obtener la historia clínica en la que se registra cronológicamente:

 - Las condiciones de salud del paciente o familia.
 - Los actos médicos (consejos a pacientes para mejoría de salud, diagnósticos y tratamiento de enfermedades).
 - Demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención.<https://www.gov.co/ficha-tramites-y-servicios/T52794>
- **Atención Inicial de Urgencia**
 Descripción: Atención de personas que requieren de la protección inmediata por presentar alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa, con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad de la persona.
<https://www.gov.co/ficha-tramites-y-servicios/T56409>

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 38 de 55

- **Terapia**
 Descripción: Acceder a tratamientos para la habilitación o rehabilitación integral del paciente.
<https://www.gov.co/ficha-tramites-y-servicios/T53100>
 - **Examen de Laboratorio Clínico**
 Descripción: Acceder a la toma de muestras de sangre y/o fluido corporal para exámenes de laboratorio de baja, mediana y alta complejidad, para procesamiento y posterior valoración médica.
<https://www.gov.co/ficha-tramites-y-servicios/T53147>
 - **Radiología e Imágenes Diagnosticas**
 Descripción: Obtener imágenes del paciente para efectos diagnósticos y terapéuticos, mediante la utilización de ondas del espectro electromagnético y de otras fuentes de energía.
<https://www.gov.co/ficha-tramites-y-servicios/T53148>
 - **Asignación de citas para la prestación de Servicios de Salud**
 Descripción: Agendar una cita para acceder a la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades del usuario.
<https://www.gov.co/ficha-tramites-y-servicios/T53179>
- Los trámites sujetos de este componente serán actualizados de manera permanente en relación con las necesidades definidas por la Institución, de acuerdo con la caracterización de los usuarios y demás grupos de interés.
- También se tendrá en cuenta el resultado de encuestas de satisfacción y manifestaciones de los usuarios.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño




Componente 2: Racionalización de Trámites									
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	OFICINA DE APOYO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	INDICADOR	SEGUIMIENTO
Racionalización de Trámites	1. Identificación de Trámites	1 Identificar y Clasificar las Necesidades de Información, Trámites y OPAS de los Usuarios Responsables Durante la Vigencia 2023	Analizar la viabilidad de la creación de una ventanilla única de trámites presenciales en La E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz.	SIAU CEGDOC ARCHIVO Y ESTADISTICA	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA	may-24	may-24	Acta que permita evidenciar el análisis de la viabilidad de la creación de una ventanilla única de trámites presenciales en la institución	
Racionalización de Trámites	2. Priorización de Trámites	2.1 Identificar Las OPAS Institucionales y ponerlas en disposición para el conocimiento y uso de la ciudadanía y grupos de valor que lo requiera	Publicación de al menos 1 OPA en el SUIIT y Enlazada con GOVCO	SIAU PROFESIONAL SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	jun-24	jun-24	OPA publicada en el SUIIT Y Enlazada con GOVCO	
		2.2 Presentar al DAFP Propuesta para Modificación de los trámites Institucionales que se encuentran en el SUIIT Tomando como guía "Procedimiento para la creación o modificación estructural de trámites" Versión 2 de la dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano	Trámites actualizados en el SUIIT Permitiendo Evidenciar Trámites Parcial O Totalmente En Línea Que ofrece La Institución.	SIAU PROFESIONAL DE SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	may-24	may-24	Propuesta de Modificación ante el DAFP	
		3.1 Garantizar que los Trámites Parcial y Totalmente en Línea que ofrece la Institución cumplen con todos los criterios de accesibilidad web, definidos en el anexo 1 de la Resolución Min.Tic 1519 de 2020	Cumplimiento de lo establecido en el anexo 1 de la Resolución Min.Tic 1519 de 2020	SIAU PROFESIONAL SISTEMAS COORDINADOR DE SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	ago-24	ago-24	Nivel de cumplimiento de los criterios de accesibilidad web	
Racionalización de Trámites	3. Racionalización de Trámites	3.2 Realizar Informe que permita evidenciar el Total de usuarios que realizaron Trámites Parcial o totalmente en línea, y que permita evidenciar el nivel de satisfacción de los mismos	Informe con el Total de Usuarios que realizaron trámites parcialmente en Línea Usuarios que realizaron trámites totalmente en línea Nivel de satisfacción de los usuarios que realizaron trámites parcial o totalmente en línea	ARCHIVO Y ESTADISTICA SIAU PROFESIONAL DE SISTEMAS COORDINADOR DE SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	oct-24	oct-24	Informe realizado/Informe Programado	
		3.3 Seguimiento y Medición de Trámites Racionalizados	Seguimiento y Medición Evidenciado en el SUIIT	Control Interno de Gestión	CEGDOC SIAU	oct-23	oct-23	Auditoría Control Interno	

COMPONENTE 3: RENDICION DE CUENTAS

A través de la Ley 489 de 1998, “sobre la organización y funcionamiento de las entidades del Estado”, se establece la posibilidad de aplicar mecanismos que desarrollen el principio de transparencia y Rendición de Cuentas. En su implementación sugiere que los compromisos deben estar articulados desde el orden Nacional hacia el Departamental y de éste con el orden Municipal y sus entes descentralizados, con el fin de que haya coherencia entre los objetivos, metas y acciones del Estado, de tal forma que sea visible para el ciudadano el cómo estos resultados serán logrados en la Nación y en cada Departamento, Municipio y sus entes Descentralizados.

Todo para fortalecer, legitimar y dar credibilidad al ejercicio de la función pública frente a la ciudadanía, gestionar el desarrollo en concertación ciudadana de manera transparente y abierta con permanente deliberación pública.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 40 de 55

Definición de la Rendición de Cuentas

La rendición de cuentas es el proceso sistemático, mediante el cual, la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz se compromete en brindar a la comunidad y demás partes interesadas, información clara, confiable y coherente de todas las decisiones, acciones y resultados en el ciclo de la gestión pública (planeación, presupuesto, ejecución, seguimiento y evaluación), al igual que los espacios institucionalizados que se dispongan para interactuar con estas partes interesadas y responder a las inquietudes que en virtud de la información suministrada se generen.


Más allá de ser una práctica periódica de audiencias públicas, la rendición de cuentas a la ciudadanía debe ser un ejercicio permanente y transversal que se oriente a afianzar la relación E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz – ciudadano; por tanto, la rendición de cuentas no debe ni puede ser un únicamente un evento periódico y unidireccional de entrega de resultados, sino que por el contrario tiene que ser un proceso continuo y bidireccional, que genere espacios de diálogo entre la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz y los ciudadanos sobre los asuntos públicos. Implica un compromiso en doble vía: los ciudadanos conocen el desarrollo de las acciones de la administración nacional regional y local, y la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz explica el manejo de su actuar y su gestión, vinculando así a la ciudadanía en la construcción de lo público.

El Decreto 2482 de 2012 estableció los lineamientos generales para la integración de la planeación y la gestión de las entidades del sector público y propuso el modelo integrado de planeación y gestión que contempla la rendición de cuentas como uno de sus principales componentes. Dicho modelo plantea que la rendición de cuentas sea una expresión de control social que comprende acciones de petición de información y explicaciones, así como la evaluación de la gestión.

Principios de la Rendición de Cuentas

En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, se declara que la gestión de lo público es transparente. Las relaciones con la comunidad son abiertas y claras,

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 41 de 55

éstas se desarrollan a través de los espacios de participación ciudadana.

Transparencia: Es hacer visible la gestión de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz a través de la relación directa entre el gerente, equipo directivo y los servidores públicos con los usuarios que se atienden. Se materializa en la entrega de información adecuada para facilitar la participación de los ciudadanos en las decisiones que los afecten.

Responsabilidad: Cumplimos con los compromisos contraídos con la comunidad y demás grupos de interés.

Imparcialidad: Actuamos con plena objetividad e independencia en defensa de lo público

Moralidad: Manifestamos que actuamos bajo la responsabilidad como servidores públicos, cumplimos con las normas constitucionales y legales vigentes, y los principios éticos y morales propios de nuestra sociedad.

Publicidad: Reconocemos el derecho de la comunidad y de los servidores al acceso pleno, oportuno, veraz y preciso a las actuaciones, resultados e información, damos a conocer los resultados de la gestión y permitimos la fiscalización por parte de los ciudadanos, dentro de las disposiciones legales vigentes.


Participación: Reconocemos el principio constitucional basado en el derecho del pueblo para hacerse parte, mediante la participación de todos en las decisiones que los afecten y en vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación.

Elementos de la rendición de cuentas

La rendición de cuentas a los ciudadanos y demás partes interesadas en el E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, se fundamenta en tres (3) elementos básicos:

Información: El elemento de información se refiere a la generación de datos y

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 42 de 55

contenidos sobre la gestión, el resultado de ésta y el cumplimiento de las metas misionales y las asociadas con el plan de desarrollo institucional, así como a la disponibilidad, exposición y difusión de datos, estadísticas o documentos derivados de la gestión institucional en los diferentes procesos. Esta información debe ser de calidad y en lenguaje claro para llegar a todos los grupos poblacionales y de interés.

En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz la información para el cliente interno, los usuarios y demás partes interesadas, se hace visible a través de diferentes estrategias algunas de las cuales se relacionan a continuación: - Informes de gestión y ejecución presupuestal

- Actualización de página web
- Comunicados de prensa
- Redes sociales
- Utilización de espacios en medios de comunicación masiva
- Cartelera institucional
- Implementación estrategia de gobierno en línea
- Portal de contratación

Diálogo: El elemento diálogo, se refiere a aquellas prácticas en que la institución, después de entregar información, da explicaciones, justificaciones o da respuesta a las inquietudes de los usuarios, funcionarios y demás partes interesadas frente a sus acciones y decisiones. Para dar cumplimiento a éste elemento la institución utiliza los siguientes mecanismos:

- Audiencias públicas de rendición de cuentas A continuación, se presentan las etapas que se surten en la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz para desarrollar la audiencia pública de rendición de cuentas:

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



Incentivos: El elemento incentivo se refiere a aquellas acciones que realiza la institución para reforzar el comportamiento de los servidores públicos y ciudadanos hacia el proceso de rendición de cuentas. Para dar cumplimiento a éste elemento la institución utiliza las siguientes estrategias:

- Acompañamiento y capacitación permanente a los miembros de la asociación de usuarios y comité de ética.
- Seguimiento sistemático al plan de acción en el cual los directores y líderes de procesos presentan la gestión de los procesos y proyectos que lideran.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



COMPRONTE		SUB-COMPRONTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	OFICINA DE APOYO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	INDICADOR	REGIMEN TO
Rendición De Cuentas	1. Información De Calidad y En Lenguaje Comprensible	1.1	Identificar y Analizar Todos los insumos Requeridos Para Asegurar la Rendición De Cuentas 2023	Informe de Geston 2023	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	mar-24	abr-24	Informe Realizado	
		1.2	Programar y ejecutar reunión para realizar la planeación de la rendición de cuentas para el año 2023. (Esta programación debe incluir la caracterización de las partes interesadas a las cuales va dirigida la rendición de cuentas, el medio a utilizar y la posible fecha de ejecución)	Acta de planeación de la estrategia de rendición de cuentas	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	mar-24	abr-24	Acta elaborada	
		1.3	Informar Cronograma de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas	Cronograma Publicado en Pagina Web Socialización en Medios de Ampla Circulación	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	PRENSA SISTEMAS	mar-24	abr-24	Cronograma Desarrollado	
		1.4	Diffundir la estrategia de Rendición de Cuentas	Diffusión	PRENSA SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	mar-24	abr-24	Diffusión por los medios de Comunicación Internos y externos de la institución	
		1.5	Diseñar y publicar Tarjeta de Invitación a la Audiencia Pública, a través de la Pagina Web, Correo Electrónico, personal	Tarjeta De Invitación	PRENSA SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	mar-24	abr-24	Publicación De Tarjeta de Invitación a la Audiencia pública de Rendición de Cuentas	
		2.1	Definición de Acciones para motivar la cultura de rendición de cuentas	Identificación e Implementación De Acciones Para Incentivar La Cultura de Rendición de Cuentas en los Colaboradores de la ESE HUEM	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	mar-24	abr-24	Acciones identificadas e implementadas	
	2. Diálogo de doble vía con la Ciudadanía y sus Organizaciones	2.2	Recopilar y canalizar las inquietudes y solicitudes de la comunidad recibidas con atención a la audiencia de rendición de cuentas para dar trámite oportuno por los responsables	Inquietudes y solicitudes recolectadas	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	PRENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeación y Calidad	mar-24	abr-24	Inquietudes con solidatis	
		2.3	Promover el uso de las redes sociales como mecanismo de dialogo permanente con el ciudadano	Informe de Diffusión y seguimiento al uso de redes	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	PRENSA	mar-24	abr-24	Informe Realizado	
		2.4	Desarrollar La Audiencia Pública De Rendición De Cuentas Según El Marco Legal Vigente	Acta de rendición De Cuentas Publicada	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	PRENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeación y Calidad	mar-24	abr-24	Publicación de Acta on Web institucional	
	3. Incentivos Para Motivar La Cultura De La Rendición y Atención De Cuentas	2.5	Retroalimentar a los invitados a la Rendición de Cuentas del Cumplimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2023	Presentar los resultados del nivel de cumplimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2023	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	mar-24	abr-24	Retroalimentación de cumplimiento a los invitados a la Rendición de cuentas	
		3.1	Desplegar a través del correo pieza grafica donde se invite a la participación activa de todos los colaboradores de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz	Correos enviados con ayuda de la Agremación y Talento Humano	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	PRENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeación y Calidad	ene-24	mar-24	Correo Enviado	
		3.2	Informar a los usuarios los mecanismos de participación	Incluir en la audiencia de rendición de cuentas realizada a la comunidad, los mecanismos que frena la institución para fortalecer la participación ciudadana	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	PRENSA SISTEMAS Oficina Asesora de Planeación y Calidad	mar-24	abr-24	Mecanismos incluidos en la Rendición de Cuentas	
	3.3	Aplicar encuesta al final de la Audiencia Pública a todos los Participantes, con el fin de evaluar el Proceso de Rendición de Cuentas	Informe de resultado de la encuesta	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	mar-24	abr-24	Encuesta realizada y consolidación de los datos obtenidos		

Elabora:


Profesional Apoyo Planeación

Reviso:

Asesora De planeación y Calidad

Aprobó:

Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 45 de 55

COMPONENTE 4: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO.

Las entidades del estado deben poner a disposición los instrumentos, canales y recursos necesarios para interactuar con la ciudadanía garantizando el goce efectivo de sus derechos y a su vez por propender por el respeto a la diversidad étnica y cultural y la atención especial preferente en personas en situación de discapacidad y de indefensión, por los servicios que ofertamos como prestador de servicios de salud

Con el propósito de brindar un mejor servicio a los usuarios y sus familias, los cuales se constituyen en el eje central del modelo de atención de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, se han caracterizado y estandarizado 20 procesos de los cuales 8, son clasificados como misionales o de cara al usuario.


Cada proceso cuenta con una caracterización en la cual se establecen las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias durante todo el ciclo de atención.

En el marco del MIPG busca una relación Estado Ciudadano en una interacción con la ciudadanía de manera transparente y participativa, prestando una atención con excelencia y facilitando la garantía del ejercicio de los derechos a través de la entrega de productos, servicios e información.

Para garantizarlo se definen lineamientos por medio de una política de Participación Ciudadana y Participación Social en Salud y una política de Servicio al Ciudadano bajo de mecanismos de intervención, la ventanilla única que proporcione servicios eficientes y de calidad en los elementos a la atención prestada de acuerdo a los requerimientos de necesidades y expectativas de los usuarios.

Igualmente para mejorar y fortalecer la atención a nuestra población usuaria, la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz ha estructurado y fortalecido el proceso “Gestión de información y Comunicación”, el cual tiene como objetivo: Gestionar los recursos de información y comunicación institucional, promoviendo la confidencialidad, disponibilidad e integridad para la adecuada interacción y

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 46 de 55

cumplimiento de las necesidades de información de los diferentes grupos de interés.

De igual forma, es importante mantener una relación y comunicación asertiva con el usuario, su familia y partes interesadas en la búsqueda de la satisfacción de sus expectativas, suministrándole información y orientación, gestionando oportunamente sus requerimientos, protegiendo y promoviendo sus derechos y deberes a través de “Carta de trato digno al paciente”, fomentando espacios de participación permitiéndole contar con un mecanismo de comunicación directa con la Institución, con el fin de garantizar una atención humanizada y una solución o respuesta oportuna, eficiente y eficaz a sus necesidades.

La oficina del SIAU y el programa de Humanización desarrollan estrategias orientadas a mejorar el proceso de atención de acuerdo a las necesidades y expectativas de la atención en salud, del ejercicio de los deberes y los derechos del usuario en el contexto del respeto permanente por la persona. Se informa a los usuarios sobre el uso, acceso y disponibilidad de los servicios que presta la Institución; se educa sobre mecanismos para acceder a los diferentes niveles de atención en salud; se apoya con trámites en casos especiales; se orienta sobre el aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud; se brinda acompañamiento y soporte a la asociación de usuarios de la salud de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Para llevar a cabo lo anterior la entidad cuenta con la oficina de SIAU la cual es fácil acceso y dispone de canales de comunicación directa que promueven y facilitan la participación de la comunidad.

La medición de la satisfacción del usuario, es el conjunto de actividades necesarias que debe realizar el prestador de los servicios de salud, para conocer en forma técnica y objetiva, la percepción que tienen los usuarios de la calidad, eficiencia, eficacia, efectividad y calidez de la atención en los servicios que han recibido.

Se realiza a través de encuestas que evalúan el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. Cuando hablamos del usuario, nos referimos tanto al cliente externo de los servicios que se generan en los diferentes subprocesos o actividades de la atención en salud.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

Otras estrategias que tiene implementado la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz para mejorar la atención al ciudadano son:

- Actualización y difusión del portafolio de servicios institucional
- Actualización y disposición en lugares visibles de información como:
 - Derechos y deberes de los usuarios
 - Horarios y puntos de atención
 - Preparación para exámenes de apoyo diagnóstico
- Estructuración del plan de capacitación institucional, en el cual se incorporan temas que buscan mejorar las competencias del personal en relación con la atención a los usuarios y sus familias.
- Fortalecimiento de los mecanismos de participación ciudadana:
El SIAU se materializa en la oficina de atención al usuario, lugar donde se desarrollan estrategias orientadas hacia la humanización de la atención en salud, del ejercicio de los deberes y los derechos del usuario en el contexto del respeto permanente por la persona y donde se tienen como acciones permanentes:
 - Fomento de espacios de participación
 - Conquista de usuarios para hacer parte de la asociación de usuarios
 - Acompañamiento, soporte y medio de contacto de la asociación de usuarios de la salud de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Como estrategia de búsqueda de redes de apoyo, intra e interinstitucional, se participa en espacios como el comité de ética hospitalaria, grupo de humanización, Seguridad del Paciente, Entre otros.

- Asociación de usuarios:

Es una agrupación de personas que se organizan alrededor de las IPS y las

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño


EPS para velar por el cumplimiento de los derechos de los usuarios y por la prestación de servicios con calidad, oportunidad y trato digno.

Funciones:

- Participa en la elaboración, ejecución y evaluación de los planes de desarrollo Institucional.
- Crea, establece y mantiene canales de comunicación entre usuarios e Institución.
- Vela por la calidad de los servicios y por la respuesta oportuna y efectiva de las peticiones de los usuarios.
- Promociona los servicios de la institución y asesora al usuario.
- .La Asociación de Usuarios realiza al terminar cada anualidad una rendición de cuentas.

COMPONENTE		SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	OFICINA DE APOYO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	INDICADOR	REQUIMIENTO
Mecanismos Para Mejorar Atención Al Ciudadano	1. Estructura administrativa y Direcciónamiento estratégico	1.1 Realizar Informes De La Gestión de PORSO Para Toma De Decisiones		Informe Trimestral	CEGDOC SIAU	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	ene-24	dic-24	Total de Informes Publicados/Total de Informes Programados	
		1.2 Crear Laboratorio de Simplicidad y Lenguaje Claro en la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz	Laboratorio de Simplicidad y Lenguaje claro creado y aprobado por comité de Gestión y Desempeño	TALENTO HUMANO SIAU	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	jun-24	dic-24	Laboratorio De Simplicidad Creado		
	2. Fortalecimiento De Los Canales De Atención	2.1 Revisar y actualizar la información relacionada con la atención al ciudadano en la página web (Tener en cuenta lo establecido en la estrategia del Gobierno en línea)	Página web actualizada y En Lenguaje Claro	SINU SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	feb-24	feb-24	Página Web cumpliendo con lo establecido en el contrato		
		2.2 Mantener herramientas de TIC como el Chat y Facebook, en la cual se facilite la consulta ciudadana y brinde información a los usuarios en tiempo real	Herramientas TIC Implementadas	SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	ene-24	dic-24	Herramientas Funcionando/Total Herramientas TIC		
	3. Talento Humano	3.1 Capacitar servidores públicos del ESE HUDEM en Lenguaje Claro tomando como base el curso del DNP	Colaboradores Capacitados	Desarrollo humano y organizacional	TALENTO HUMANO	feb-24	sept-24	Total de Servidores Públicos Capacitados/Total de Servidores Públicos de la Institución		
		3.2 Capacitar Colaboradores de la E.S.E. HUDEM en el Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Colaboradores de los diferentes procesos institucionales capacitados	Desarrollo humano y organizacional	TALENTO HUMANO	ene-24	dic-24	Proceso capacitado/Total de Procesos Institucionales		
	4. Normativo y Procedimental	4.2 Presentar Propuesta ante La Gerencia de señalización inclusiva al interior de la Institución, que contenga Señalización en Alto relieve, En braille, Con Inscripciones en Lenguaje de señas	Propuesta presentada ante la Gerencia	SIAU	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	jun-24	jun-24	Propuesta Presentada		
		5.1 Estrategia para el fortalecimiento de la Asociación de usuarios	Elaborar Plan de Participación social en salud	SIAU	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	jul-24	jul-24	Plan Publicado		
	5. Relacionamiento Con El Ciudadano	5.2 Realizar un informe que permita identificar debilidades y fortalezas en el servicio y el relacionamiento con la ciudadanía	Informe Con debilidades y fortalezas en el servicio y el relacionamiento con la ciudadanía	ARCHIVO Y ESTADISTICA SIAU	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	sept-24	sept-24	Informe Elaborado y Publicado en web institucional		

Elaboro: Profesional Apoyo Planeación	Reviso: Asesora De planeación y Calidad	Aprobó: Comité de Gestión y Desempeño
---	---	---

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 49 de 55


COMPONENTE 5: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA

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. De esta manera, el acceso a la información pública se convierte en un derecho que además de permitir acceder y ejercer otros derechos, potencia la participación ciudadana, mejora la eficiencia y la modernización de la gestión e incrementa la confianza institucional.

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz garantiza los medios que sean necesarios para la publicación y divulgación de la información que sea de valor para el ciudadano y que constituyan un aporte en la construcción de una cultura de transparencia, con las siguientes acciones:

- Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones.
- Capacitar a los funcionarios sobre la información pública como un bien público y uno de los activos de la entidad.
- Responder de forma oportuna los requerimientos de información conforme a los términos establecidos en la ley.
- Determinar cuál es la información pública reservada y la información pública clasificada de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz.
- Elaborar contenidos en la página web para personas en condición de discapacidad psicosocial (mental) o intelectual de lectura fácil con cuerpo

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 50 de 55

de letra mayor, videos sencillos con ilustraciones y audios de fácil comprensión) Formular la apertura, mejora y uso de datos abiertos de la entidad, debidamente concertado en el equipo de Gobierno Digital.

- Implementar estrategias para la identificación y declaración de conflictos de interés.
- Publicar, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de la página web oficial de la entidad, información actualizada sobre ofertas de empleo.


La E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz implementa mecanismos en materia preventiva en temas de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, así como de cultura de legalidad y control social.

Desde Información y Comunicación como dimensión articuladora del MIPG la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz busca vincularse con su entorno y facilitar la ejecución de la operación en el ciclo de gestión, mediante canales de comunicación en la interacción con los ciudadanos y las partes interesadas como son ciudadanos, proveedores, contratistas, organismos de control, órganos del Estado, sistemas de información definidos, fuentes de financiación entre otros, de acuerdo a lo previsto en la Ley de transparencia y Acceso a la Información Pública.

Para garantizar el ejercicio del derecho fundamental de acceder a la información pública, la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz tiene la obligación de divulgar activamente la información sin que medie solicitud alguna por medio de la Transparencia Activa a través de dos formas:

- Publicando y divulgando la información mínima obligatoria respecto a la estructura de servicios, procedimientos e información contractual del sujeto obligado.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 51 de 55

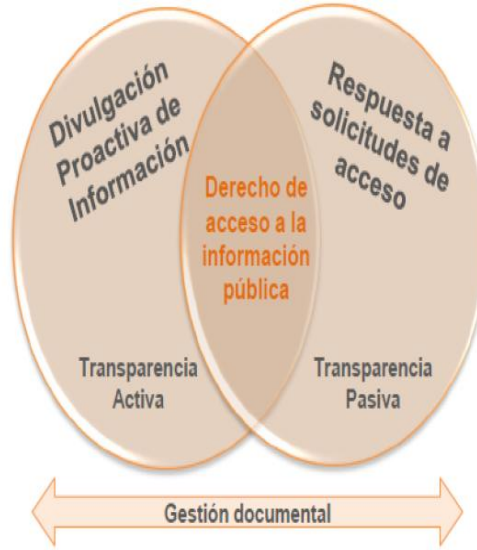
- Dejando a disposición de las personas interesadas la información en los espacios físicos dispuestos carteleras físicas, pantallas digitales de publicidad y en la página web institucional, para obtener la información de manera directa.

De igual manera la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz tiene la obligación de dar respuesta de buena fe, de manera adecuada, veraz y oportuna a las solicitudes de acceso a la información y determinar cuáles de ellas tienen un costo de impresión, la cual se define como Transparencia Pasiva. La Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública implica:

- Conocer la existencia del derecho fundamental.
- Hay que reconocer que toda persona tiene derecho a acceder y conocer sin necesidad de justificación, sobre la existencia de información pública en posesión bajo control del sujeto obligado.
- Promover y divulgar proactivamente documentos y archivos que plasman la actividad estatal y el interés público, de forma rutinaria, actualizada, accesible y comprensible.
- Identificar las disposiciones legales constitucionales que permita calificar la información conforme a las excepciones que expresa la ley.
- Implementar instrumentos archivísticos que garanticen la disponibilidad de los documentos en el tiempo con el fin de permitir el acceso a la información pública.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

La **transparencia Activa** es un concepto relacionado con la gestión de la información pública, donde el Ministerio del Interior tiene la obligación de publicar y divulgar los documentos que plasman la actividad estatal y de interés público, de manera oficiosa, rutinaria, actualizada, accesible y comprensible



La **transparencia pasiva** está relacionada con el deber de dar respuesta a las solicitudes de acceso a la información y hacerlo de buena fe, de manera adecuada, vez oportuna y accesible.



Fuente: Manual Operativo MIPG - Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional, Agosto de 2016 - Presentaciones curso MIPG, Función Pública

Constitución Política de Colombia

Artículo 74.

Todas las personas tienen derecho a acceder a los documentos públicos salvo los casos que establezca la Ley.

Artículo 20.

Derecho a informar y recibir información veraz e imparcial.

Artículo 23.

Derecho de toda persona a presentar solicitudes a las autoridades públicas.

Acceso a la información como derecho fundamental

FUENTE: *Constitución política de Colombia (Acceso a la información como derecho fundamental).*

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño



DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL

CODIGO: PE-PL-

VERSION: 1

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA

FECHA: ENE 2024

PAGINA 53 de 55



PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

VOLVER

OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD



Componente 5: Mecanismos Para La Transparencia y Acceso a La Información - Mapa de Riesgos de Corrupción										
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	MEF O PRODUCTO	RESPONSABLE	OFICINA DE APOYO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	INDICADOR	SEGUIMIENTO	
Mecanismos Para La Transparencia y Acceso a la Información	1. Lineamientos de Transparencia Activa	1.1 Revisar y Actualizar La Información Publicada En La Página Web Institucional Con El Fin De Optimizar El Acceso A La Información Pública	Página Web Actualizada	SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	feb-24	feb-24	Página Web Actualizada		
		1.2 Capacitar al personal de cómo proceder ante una situación de conflictos de intereses que se presente en su gestión al interior de la institución	Capacitaciones realizadas en todos los procesos institucionales	TALENTO HUMANO	TALENTO HUMANO	jun-24	dic-24	Capacitaciones realizadas/Total de Procesos Institucionales		
	2. Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1 Gestionar la respuesta a las solicitudes de acceso a la información en los términos establecidos en la ley	Responder de forma oportuna los requerimientos de información conforme a los términos establecidos en la ley.		SIAU	TODOS	ene-24	dic-24	Informe de tiempos de respuesta	
		2.2 Servir de las fuentes de información y verificación existentes para determinar el diagnóstico del estado actual de la publicación de información pública en los canales de divulgación de información destinados para tal fin. Para ello, utilizar la Métrica de Auto diagnóstico de Transparencia Activa de la Procuraduría General de la Nación (ITA)	Informe de verificación	SIAU SISTEMAS	SIAU SISTEMAS	oct-24	oct-24	Informe elaborado		
	3. Elaboración Los Instrumentos De Gestión De La Información	3.1 Elaborar y presentar ante el comité de Gestión y desempeño Procedimiento que permita garantizar el acceso a la información pública con criterio diferencial a la población étnica que habla lenguas distintas al castellano	Procedimiento Elaborado y Autorizado por comité de Gestión y desempeño institucional		SIAU	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	abr-24	abr-24	Procedimiento Publicado en Intranet Institucional	
		3.2 Establecer el Modelo de Arquitectura Empresarial de la E.S.E. HUEM	Modelo establecido	SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	oct-24	oct-24	Modelo Establecido		
	4. Criterio Diferencial De Accesibilidad	4.1 Información de la página web cumpliendo criterio diferencial de accesibilidad de acuerdo a lo requerido por la norma	Página Web cumpliendo criterio diferencial de accesibilidad según la norma		SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	mar-24	mar-24	Página web en norma	
		4.2 Informar a los usuarios sobre la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014, a través de redes sociales y página web.	Ultravioleta Informados Sobre Ley de transparencia y acceso a la información a través de redes sociales y página web institucional	SISTEMAS PRENSA	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	feb-24	mar-24	Canales de Información Utilizados/Total de Canales de Información Institucional		
	5. Monitoreo Del Acceso A La Información Pública	5.1 Realizar seguimiento bimestral a la implementación de los aspectos establecidos en la Ley de Transparencia y Acceso a la información pública.	Sitio web Transparencia y acceso a la información pública actualizado		SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	feb-24	feb-24	Sitio web Transparencia y acceso a la información pública actualizado	
		5.2 Elaborar contenidos en la página web para personas en condición de discapacidad visual o Auditiva, videos sencillos con ilustraciones y audios de fácil comprensión.	Contenidos pagina web		SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	mar-24	mar-24	Contenidos pagina web para personas en condición de discapacidad	
5.3 Revisar los instrumentos de gestión de la información (Registros Activos de Información, Índice de Información Clasificada y Reservada, Esquema de Publicación de Información y Programa de Gestión Documental), validar su existencia, elaboración y publicación. Validar si los instrumentos están actualizados.		Informe Activos de Información		SISTEMAS CEGDOOC	SISTEMAS CEGDOOC	jul-24	jul-24	Informe realizado		
5.4 Revisar los informes de solicitudes de acceso a la información y de peticiones, quejas y reclamos elaborados durante la vigencia anterior. Determinar los canales de información más frecuentes, los tiempos de respuesta promedio (con el fin de determinar posibles mejoras en la oportunidad de la respuesta) y la información que podría publicarse en los canales de divulgación de información de alto o su relevancia.		Informe de acceso a la información		SISTEMAS	Oficina Asesora de Planeación y Calidad	may-24	may-24	Informe elaborado		


INICIATIVAS ADICIONALES

Hace referencia a las iniciativas particulares que la institución define para contribuir a la prevención y control de los riesgos de corrupción.

La principal herramienta estratégica que tiene La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz para prevenir y controlar los riesgos de corrupción es el Código de Integridad, buscando preservar la ética empresarial, garantizar la transparencia de su gestión, administrar sus recursos, reconocer y respetar los derechos de los pacientes y partes interesadas. Así mismo, se incluyen los mecanismos de gobierno, conducta e información de la empresa con el fin de asegurar la confianza sobre su gestión y facilitar el logro de los objetivos estratégicos.




El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, se articula Institucionalmente con las políticas determinadas en este documento, sumadas a la Política de Seguridad de la información, en la misma línea se articula con el Gobierno

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 54 de 55

Nacional, en cabeza de la Secretaría de Transparencia y el Departamento Administrativo de la Función Pública y a nivel Internacional, atendiendo las recomendaciones de organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE4, en materia de adopción de buenas prácticas anticorrupción; el Programa integra normas, políticas, procedimientos y mecanismos de detección, control, prevención y mitigación de los riesgos legales, reputacionales, operacionales y de contagio a los que está expuesta la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz en su operación; todo esto, basado en el Código de Integridad que contiene los estándares éticos, encaminados a promover la transparencia, legalidad e integridad con un enfoque de transformación y cambio cultural, en el cual los servidores vivan los valores, cumpliendo con sus deberes y priorizando el interés general, lo que conlleva al fortalecimiento de las relaciones de confianza con todos los grupos de interés.

Sera la dirección de Gestión Humana en el marco de la dimensión 1: Talento Humano y de las políticas de Integridad y Gestión Estratégica de Talento Humana (GETH) articulado con los planes institucionales y el programa de Cultura Organizacional el avance significativo en lo planteado como iniciativas adicionales.


		PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO			OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD				
Iniciativas Adicionales - Mapa de Riesgos de Corrupcion									
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	OFICINA DE APOYO	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	INDICADOR	SEGUIMIENTO
Iniciativas Adicionales	1. Iniciativas Adicionales	1.1 Realizar Actividades Para Fortalecer La Apropiacion del Sistema Integrado de Gestion del riesgo	Socializaciones a traves de los procesos institucionales dando despliegue al sistema Integrado de gestion de riesgo	TALENTO HUMANO	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	mar 24	abr 24	Socializaciones realizadas/Socializaciones Programadas	
		1.2 Realizar Evaluacion de la eficiencia y efectividad del Sistema Integrado de Gestion Del Riesgo al interior de la Institucion	Evaluacion ejecutada	Oficina Asesora de Planeacion y Calidad	TALENTO HUMANO	feb 24	dic 24	Evaluacion que permita evidenciar eficiencia y efectividad	
		1.3 Construir Politca de Conflictos de Interes de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz	Politca construida y Autorizada por Comité de Gestion y desempeño	TALENTO HUMANO	PLANEACION Y CALIDAD	may 24	may 24	Politca Publicada en Web Institucional	

SEGUIMIENTO Y CONTROL

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

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

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y GERENCIAL	CODIGO: PE-PL-
		VERSION: 1
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA	FECHA: ENE 2024
		PAGINA 55 de 55

mayo.

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

PUBLICACIÓN

De acuerdo al Decreto 1081 de 2015 el cual señala que el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano se deberá publicar en la página web de la entidad en la sección denominada Transparencia y acceso a la información pública de acuerdo al esquema en el ítem Planeación-Planes Anticorrupción y Atención al Ciudadano a más tardar el 31 de enero de cada vigencia y la Oficina de Control Interno realizará la publicación del Informe de seguimiento cuatrimestral realizado.

8. CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAGINA	APROBÓ	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
1		1-55	Comité de Gestión y Desempeño 1	Versión Original

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Apoyo Planeación	Asesora De planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño