

**2014**

**E.S.E. HOSPITAL SAN FELIX**  
ING. CRISTIAN RAMÍREZ CARDONA



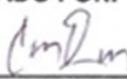
## **[PLAN ANTICORRUPCIÓN / ANTITRÁMITE Y DE ATENCIÓN AL CLIENTE EXTERNO]**

A través de este programa de lucha contra la corrupción, se pretende implementar herramientas orientadas a la prevención y disminución de actos de corrupción en articulación con las instituciones públicas, la empresa privada, la ciudadanía, los medios de comunicación y las organizaciones de la sociedad civil.

	<b>PLAN ANTICORRUPCIÓN</b>	<b>CÓDIGO</b>	DC-CI-01
		<b>VERSIÓN</b>	01
		<b>FECHA</b>	10/04/2013
		<b>PÁGINA</b>	ÍNDICE

**TABLA DE CONTENIDO**

TEMA	PAG.
JUSTIFICACIÓN	<b>1</b>
1. PRESENTACIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN	<b>2</b>
1.1. Objetivo General	<b>2</b>
1.2. Objetivos Específicos	<b>2</b>
1.3. Alcance	<b>2</b>
2. MARCO LEGAL	<b>2</b>
3. DESARROLLO DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN	<b>4</b>
3.1. Metodología para la identificación de riesgos de corrupción y acciones para su manejo	<b>4</b>
3.2. Estrategias Antitrámites	<b>5</b>
3.3. Rendición de Cuentas	<b>6</b>
3.4. Mecanismos para mejorar la atención del ciudadano	<b>6</b>
4. PLAN ANTICORRUPCIÓN / ANTITRÁMITE Y ATENCIÓN AL CLIENTE	<b>7</b>
5. MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	<b>11</b>

<b>PREPARADO POR:</b>  <hr/> Líder de Control Interno Ing. Cristian Ramírez Cardona	<b>REVISADO POR:</b>  <hr/> Subdirector Administrativo Dr. Antonio M. Gómez Betancur	<b>APROBADO POR:</b>  <hr/> Gerente Dr. Yamil Rodríguez Garza
---	--	---

	<b>PLAN ANTICORRUPCIÓN</b>	<b>CÓDIGO</b>	DC-CI-01
		<b>VERSIÓN</b>	01
		<b>FECHA</b>	10/04/2013
		<b>PÁGINA</b>	1 de 15

### JUSTIFICACIÓN

En aras de dar cumplimiento a los requerimientos de la Ley 1474 de 2011, la ESE Hospital San Félix de La Dorada ha querido definir los mecanismos básicos con el fin de lograr un mejoramiento en la calidad de servicio que ésta entidad ofrece a la comunidad, asegurando que las acciones y esfuerzos lleguen a toda la población, con énfasis a la población vulnerable, con responsabilidad, brindando espacios para una real y efectiva participación ciudadana en la definición de las tareas, su ejecución y vigilancia, mediante procesos transparentes, que garanticen la igualdad de oportunidades.

Para lograr esto, se deben desarrollar instrumentos que permitan que los procesos internos y externos del Hospital fluyan con agilidad, oportunidad, que sean transparentes, donde los recursos se destinen a solucionar las grandes falencias y la satisfacción de las necesidades más sentidas de la población.

Es necesario establecer controles e implementar estrategias orientadas a mantener la transparencia, celeridad en los procesos de contratación pública, aplicación de los estatutos en el manual de esta área y del normograma Institucional que permita la elaboración y presentación permanente de Informes de gestión a los organismos de control y rendición de cuentas a la comunidad en general, en especial a los actos administrativos y las acciones desarrolladas en cumplimiento de su misión institucional.

	<b>PLAN ANTICORRUPCIÓN</b>	<b>CÓDIGO</b>	PR-CI-04
		<b>VERSIÓN</b>	01
		<b>FECHA</b>	10/04/2013
		<b>PÁGINA</b>	2 de 15

## 1. PRESENTACIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN

### 1.1. OBJETIVO GENERAL

Contribuir en la lucha contra la corrupción, a través de estrategias y actividades concretas que permitan el desarrollo de procesos transparentes. Es vital detectar los riesgos potenciales, medirlos y dictar medidas para eliminarlos o por lo menos mitigar su impacto dentro de la organización. Así, la sociedad en general percibe una mejor y más seria imagen de la institución, el compromiso de sus funcionarios y la legitimidad de la información.

### 1.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Adoptar estrategias concretas en materia de lucha contra la corrupción que orienten la gestión hacia la eficiencia y la transparencia.
- Identificación de los riesgos de corrupción en la gestión.
- Tomar medidas para contrarrestarlos.
- Generar responsabilidad real sobre las acciones, no solo en el entorno institucional sino en los funcionarios que intervengan en cada actividad que desarrolla el Hospital asegurando la confiabilidad de los procesos y la información.
- Asegurar que todas las acciones se hagan con autonomía, independencia y responsabilidad social, libre de presiones e injerencias que oscurezcan los procesos, creando confianza entre los ciudadanos.
- Se garantizara la participación de la comunidad en todos los procesos que los afecten.
- Garantizar al ciudadano la entrega de la información en forma oportuna y eficaz.

### 1.3. ALCANCE

Los lineamientos, estrategias, mecanismos, y gestión de riesgos de lucha contra la corrupción, establecidos en el presente documento, serán de riguroso cumplimiento y aplicabilidad por todos los procesos, áreas y colaboradores de la ESE Hospital San Félix.

## 2. MARCO LEGAL

- **Constitución Política de Colombia de 1991:** En el marco de la constitución de 1991 se consagraron principios para luchar contra la corrupción administrativa en Colombia. De igual forma dio gran importancia a la participación de la ciudadanía en el control de la gestión pública y estableció la responsabilidad patrimonial de los servidores públicos. Los artículos relacionados con la lucha contra la corrupción son: 23, 90, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 183, 184, 209 y 270.

	<b>PLAN ANTICORRUPCIÓN</b>	<b>CÓDIGO</b>	PR-CI-04
		<b>VERSIÓN</b>	01
		<b>FECHA</b>	10/04/2013
		<b>PÁGINA</b>	3 de 15

- **Ley 80 de 1993:** Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. En su articulado establece causales de inhabilidad e incompatibilidad para participar en licitaciones o concursos para contratar con el estado, adicionalmente también se establece la responsabilidad patrimonial por parte de los funcionarios y se consagra la acción de repetición.
- **Decreto 1421 de 1993:** Por el cual se dicta el régimen especial para el Distrito Capital de Santa fe de Bogotá. En su articulado dispuso la promoción de la participación comunitaria y la creación de organizaciones para la participación, concertación y vigilancia de la gestión distrital.
- **Ley 128 de 1996:** Por el cual se dicta el estatuto de inhabilidades, incompatibilidades y responsabilidades de los miembros de las Juntas Directivas de las entidades descentralizadas y de los representantes legales de éstas. Es un antecedente importante en la aplicación del régimen de inhabilidades e incompatibilidades de los servidores públicos.
- **Ley 489 de 1998:** Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Amplia el campo de acción del decreto ley 128 de 1976 en cuanto al tema de inhabilidades e incompatibilidades, incluyendo a las empresas oficiales de servicios públicos domiciliarios.
- **Ley 617 de 2000:** Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la Ley Orgánica de Presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional.
- **Ley 734 de 2002:** Por la cual se expide el Código Disciplinario Único. En dicho código se contemplan como faltas disciplinarias las acciones u omisiones que lleven a incumplir los deberes del servidor público, a la extralimitación en el ejercicio de sus derechos y funciones, a incumplir las normas sobre prohibiciones; también se contempla el régimen de inhabilidades e incompatibilidades, así como impedimentos y conflicto de intereses, sin que haya amparo en causal de exclusión de responsabilidad de acuerdo con lo establecido en la misma ley.
- **Decreto 2170 de 2002:** Por el cual se reglamenta la ley 80 de 1993, se modifica el decreto 855 de 1994 y se dictan otras disposiciones en aplicación de la Ley 527 de 1999. Este decreto dispuso un capítulo a la participación ciudadana en la contratación estatal.
- **Ley 872 de 2003:** Crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en su artículo 3° establece que dicho sistema es complementario con los Sistemas de Control Interno y de Desarrollo Administrativo.
- **Ley 795 de 2003:** Por la cual se ajustan algunas normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se dictan otras disposiciones.

	<b>PLAN ANTICORRUPCIÓN</b>	<b>CÓDIGO</b>	PR-CI-04
		<b>VERSIÓN</b>	01
		<b>FECHA</b>	10/04/2013
		<b>PÁGINA</b>	4 de 15

- **Ley 819 de 2003:** Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 850 de 2003:** Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas. Crea el marco legal para el ejercicio de la veeduría en nuestro país, así como un procedimiento para la constitución e inscripción de grupos de veeduría y principios rectores.
- **Ley 909 de 2004:** Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto Nacional 4110 de 2004:** En su artículo 1º, adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, y el Decreto 4485 de 2009, la actualiza a través de la versión NTCGP 1000:2009.
- **Decreto Nacional 1599 de 2005:** Adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.
- **Ley 1474 de 2011:** Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- **Resolución 477 del 30 de Octubre de 2000:** Por medio del cual se crea la Oficina de Control Interno y se crea y conforma el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital San Félix.
- **Resolución 683 del 31 de Octubre de 2007:** Por medio de la cual se adopta el Código de Buen Gobierno.

### 3. DESARROLLO DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN

Se divide en cuatro (4) partes o momentos, para facilitar la implementación y sustentación del plan tanto al interior como el exterior de la institución.

#### 3.1. METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y ACCIONES PARA SU MANEJO.

1. Se fortalecerá el Sistema de Gestión de la Calidad, definido por procesos y procedimientos, identificando los responsables del monitoreo de este y la medición de los indicadores.
2. Se divulgará a través de la página web del Hospital, el Estatuto Anticorrupción para que sea conocido y comprendido tanto por los funcionarios del Hospital, como por la comunidad en general.
3. Estimular los canales de participación y atención al ciudadano en la página Web de la Entidad con un espacio para que los ciudadanos presenten quejas y denuncias de los actos de corrupción realizados por funcionarios de la entidad, si lo hubiere.

	<b>PLAN ANTICORRUPCIÓN</b>	<b>CÓDIGO</b>	PR-CI-04
		<b>VERSIÓN</b>	01
		<b>FECHA</b>	10/04/2013
		<b>PÁGINA</b>	5 de 15

4. Se publicara constantemente en la página web con criterios de fácil acceso a la ciudadanía todos los planes, programas, proyectos con informes periódicos de su estado de ejecución para que la ciudadanía los conozca y pueda opinar y hacer sugerencias sobre los mismos.
5. Se garantizara que todos los procesos contractuales, según el Manual de Contratación de la Institución se publiquen oportunamente en la Pagina Web del Hospital.
6. Se garantizara la idoneidad de los contratistas, para el logro y ejecución de los servicios que requiere el Hospital, con calidad, oportunidad y eficacia.
7. Se publicara mensualmente en un sitio visible los Estados Financieros de la Entidad con sus notas explicativas y la ejecución presupuestal.

### **3.2. ESTRATEGIA ANTITRÁMITES.**

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

1. Suprimir o racionalizar los trámites requeridos por la empresa para la prestación de servicios o para la entrega de la información que requiera la ciudadanía.
2. Evitar entrega de fotocopia de carne y cedula de ciudadanía cuando aplique.
3. Aplicativo web para recepción de hojas de vida de futuros contratistas.
4. Solicitud de citas medicas por teléfono y/o internet.
5. Entrega de algunos resultados de exámenes por internet según criterios médicos.
6. Implementación de historia clínica digital.
7. Entrega de historia clínica digital por internet según se defina en procedimiento.
8. Entrega de ecografías y estudios radiográficos en medio magnético.
9. Se adoptara la ventanilla única de atención al usuario, la entidad remitirá toda la correspondencia por intranet evitando las fotocopias y siendo amigable con el medio ambiente.
10. Se adoptara como medio de comunicación oficial los correos institucionales, evitado la radicación de oficios físicos.
11. Se adoptaran las pautas y reglas claras en la administración de los expedientes para cualquier etapa del ciclo vital de los documentos mediante la modificación del manual General de Archivo.
12. Se simplificara los documentos soporte de las cuentas a fin de evitar documentos innecesarios o duplicados en las mismas y disminuir el volumen de documentos para archivar.

	<b>PLAN ANTICORRUPCIÓN</b>	<b>CÓDIGO</b>	PR-CI-04
		<b>VERSIÓN</b>	01
		<b>FECHA</b>	10/04/2013
		<b>PÁGINA</b>	6 de 15

13. Adoptar un aplicativo AVA (Ambientes Virtuales de Aprendizaje) para desplegar todas las acciones de capacitación, educación, socialización, inducción o re inducción, reduciendo el tiempo y costo de las capacitaciones presenciales y brindando espacios de fácil acceso a los usuarios en cualquier tiempo y espacio.

### **3.3. RENDICIÓN DE CUENTAS.**

1. Se realizará la rendición de cuentas en el primer trimestre del año siguiente con la invitación pública a su realización y participación directa de la comunidad hospitalaria, asociación de usuarios y ciudadanía en general.
2. Se publicará la rendición de cuentas anual en la página web de la entidad.
3. Se suscribirán los acuerdos de gestión como prácticas de responsabilidad social empresarial.

### **3.4. MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO.**

Para garantizar la participación ciudadana en forma real y efectiva, se fortalecerá y mejorara los siguientes instrumentos:

1. Página Web con actualización diaria y permanente de información relacionados con los planes, programas y proyectos de la Entidad.
2. En cada dependencia se fortalecerá la Atención al Ciudadano para proveer una información veraz y oportuna, de forma presencial, virtual y vía telefónica.
3. Crear relaciones de respeto y fortalecer siempre la imagen institucional ante el ciudadano.
4. Presentación de consultas, quejas y reclamos: A través de la página Web, en el link quejas y reclamos donde se puede formular sus requerimientos, este proceso estará a cargo de los responsables en servicio o atención de usuarios (SIAU), quienes seleccionarán, clasificarán y las presentarán, ante los miembros del Comité de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Ética, quienes buscaran las soluciones respectivas y realizaran el respectivo seguimiento.
5. Presentación de quejas, reclamos o sugerencias personalmente en las oficinas de la Entidad, las cuales serán clasificadas por el SIAU y resueltas ante los miembros del Comité de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Ética.
6. Buzones físicos ubicados en la Entidad, los cuales serán abiertos en presencia de un representante de los usuarios y serán tabulados por el SIAU y evaluadas por los integrantes del Comité de ética.
7. Elaboración del plan de mejoramiento de propuestas, quejas, reclamos y expectativas planteadas por la ciudadanía en la rendición de cuentas.
8. Implementar acciones de educación, concientización, fortalecimiento y promoción de una nueva cultura de responsabilidad, dirigidos a la comunidad en general.

**4. PLAN ANTICORRUPCIÓN / ANTITRÁMITE Y DE ATENCIÓN AL CLIENTE**  
 (BASADO EN EL MODELO MECI)  
**2014**

SUBSISTEMA	COMPONENTE	ACTIVIDAD		INDICADOR	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Subsistema de Control Estratégico	Componente Ambiente de Control	1	Divulgar los códigos de ética y de buen gobierno en 3 ocasiones al interior de la ESE.	Divulgaciones realizadas/Divulgaciones programadas	Trimestral	Comunicaciones
		2	Capacitar en temas de Anticorrupción al Talento Humano en 3 ocasiones.	Capacitaciones realizadas/Capacitaciones programadas	Trimestral	Subgerente Administrativo
		3	Adoptar un aplicativo AVA (Ambientes Virtuales de Aprendizaje) para desplegar todas las acciones de capacitación, educación, socialización, inducción o re inducción.	Aplicativo funcionando y acceso a todos los usuarios	Todo el año	Sistemas
		4	Firmar los Acuerdos de Gestión con las directivas.	Acuerdos de gestión firmados	Junio	Gerencia
		5	Provisionar los empleos de libre nombramiento y remoción con transparencia, aplicando en los procesos de vinculación la evaluación de las competencias de los candidatos.	Auditorias al Proceso de Contratación	Enero a Diciembre	Contratación
	Componente de Direccionamiento Estratégico	6	Publicar en el sitio web el Plan de Acción 2014, especificando objetivos, estrategias, proyectos, metas, responsables e indicadores de gestión.	Plan de Acción período anterior (2013) publicado	Enero	Gerencia
		7	Publicar en el sitio web los indicadores de gestión.	Indicadores de gestión publicados	Trimestral	Subgerente Administrativo y Científico
		8	Publicar en el sitio web los Estados Financieros y notas a los mismos.	Estados Financieros publicados	Trimestral	Contador
		9	Publicar en el sitio web la Ejecución Presupuestal.	Ejecución presupuestal publicada	Trimestral	Contabilidad/ Presupuesto
		10	Actualizar el mapa de procesos y el listado de documentos del SGC.	Mapa de procesos y listado de documentos del SGC vigencia 2013	Semestral	Control de Calidad

		<b>11</b>	Exigir las declaraciones de bienes y rentas de los funcionarios y comprobar la veracidad de éstas.	Declaraciones revisadas/Número de servidores públicos	Enero	Talento Humano
	Componente Administración del Riesgo	<b>12</b>	Seguimiento de la Matriz de Riesgos de corrupción 2013.	Informe de seguimiento	Junio	Subgerente Administrativo
Subsistema de Control de Gestión	Componente Actividades de Control	<b>13</b>	Elaboración de un registro público organizado sobre los derechos de petición.	Registro público organizado	Junio	Sistemas
		<b>14</b>	Informes sobre resultados de revisión del Buzón de sugerencias y encuestas de satisfacción.	Informes presentados	Trimestral	Atención al Usuario/ Servicio al Cliente
		<b>15</b>	Adopción de Plan de Racionalización, Simplificación o Eliminación de Trámites.	Plan de Racionalización, Simplificación o Eliminación adoptado	Junio	Gerencia, Subgerente Administrativo y Científico
	Componente Información	<b>16</b>	Rendir cuentas a la ciudadanía, a través de audiencia pública.	Registro de asistencia a la audiencia pública	Semestral	Gerencia
		<b>17</b>	Publicar totalidad de actuaciones en gestión contractual, en todas sus etapas.	Publicaciones realizadas	Mensual	Contratación/ Sistemas
		<b>18</b>	Publicar los proyectos de inversión.	Publicaciones realizadas	Mensual	Gerencia/ Sistemas
	Componente Comunicación Pública	<b>19</b>	Poner a disposición de la ciudadanía en un lugar visible la información actualizada sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Derechos de usuarios y medios para garantizarlos.</li> <li>- Descripción de procedimientos, trámites y servicios de la entidad.</li> <li>- Tiempos de entrega de cada trámite o servicio.</li> <li>- Horarios y puntos de atención de las dependencias.</li> <li>- Dependencia, nombre y cargo del servidor a quien debe dirigirse en caso de una queja o reclamo.</li> </ul>	Registro fotográfico	Junio	Gerencia, Subgerente Administrativo y Científico
		<b>20</b>	Divulgar las estrategias de lucha contra la corrupción a través de boletín institucional.	Estrategias divulgadas	Trimestral	Comunicaciones

Subsistema de Control de Evaluación	Componente Autoevaluación	21	Evaluar los resultados del Plan Anticorrupción/ Antitrámite y de Atención al Usuario.	Evaluaciones realizadas	Semestral	Control Interno
		22	Evaluar los Acuerdos de Gestión.	Evaluaciones realizadas	Enero 2015	Control Interno
	Componente Evaluación Independiente	23	Seguimiento de la Matriz de Riesgos de corrupción 2013.	Informe de seguimiento	Enero 2015	Control interno
		24	Revisar la realización de la Audiencia pública de Rendición de Cuentas, según el procedimiento.	Informe de evaluación de Audiencias públicas	Julio	Control Interno
		25	Hacer seguimiento a las acciones de mejora resultantes de los informes sobre resultados de Buzón de sugerencias y encuestas de satisfacción.	Informes de seguimiento	Semestral	Control Interno
		26	Revisión procedimientos del proceso sancionatorio disciplinario.	Procedimiento de proceso disciplinario interno	Abril	Asesor Jurídico
		27	Aplicación de sanciones por faltas de ética del servidor público.	Número de Fallos disciplinarios/ Total funcionarios.	Periódico	Asesor Jurídico
	Componente Planes de Mejoramiento	28	Elaborar planes de mejora de los hallazgos de las auditorias al Plan Anticorrupción que se incluyan en el Plan de Mejoramiento Institucional, por procesos o individual.	Hallazgos del Plan Anticorrupción/Hallazgos incluidos en Plan de Mejoramiento Institucional	Semestral	Subgerente Administrativo y Científico

## 5. MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

CÓDIGO RIESGO	FACTOR DE RIESGO QUE FAVORECERÍA LA CORRUPCIÓN	RIESGO DE CORRUPCIÓN	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD	PROBABILIDAD DE DETECCIÓN	PUNTOS DE CONTROL	*CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	NIVEL DE CONTROL
<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficit presupuestal y financiero de la institución por inadecuada proyección.</li> <li>- Inadecuada priorización de necesidades.</li> <li>- Pobre planeación y estudio de factibilidad de los proyectos de inversión.</li> <li>- Condiciones de Gobernabilidad.</li> <li>- Juicio propio, amiguismo, falta de rectitud del grupo directivo.</li> <li>- Falta de transparencia en las decisiones frente al manejo de los recursos.</li> <li>- Inadecuada información financiera del Hospital.</li> <li>- Abuso del poder.</li> </ul>	<b>Uso o destinación inadecuada de los recursos de la entidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se canalizan recursos para los proyectos institucionales.</li> <li>- La gestión y administración de recursos no generan un verdadero mejoramiento institucional.</li> <li>- Ineficiencia administrativa.</li> <li>- Derroche o desaprovechamiento de recursos.</li> <li>- Gestión y uso de recursos no acorde a las necesidades.</li> <li>- Incentivar decisiones frente a recursos basados en información parcializada.</li> </ul>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>MEDIA – 3</b>	Los procesos presupuestales, financieros y económicos deben tener autorización de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y otras entidades competentes en el tema que se esté tratando previo a la presentación de los mismos ante la Junta Directiva.	<b>O</b>	<b>100%</b>
								Plan presupuestal para la vigencia, proyecciones, anteproyectos anuales de presupuesto.	<b>O</b>	<b>100%</b>
								Revisión periódica de la programación, distribución de recursos y fuentes de financiación para el cumplimiento de las diferentes metas del Plan.	<b>O</b>	<b>100%</b>
<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar un presupuesto que no contemple las necesidades reales de la entidad y no hacer unas proyecciones financieras adecuadas.</li> <li>- Ordenamiento irregular del gasto: exceder la apropiación disponible.</li> <li>- Afectar rubros que no correspondan con el objeto del gasto.</li> <li>- Comprometer vigencias futuras sin autorización legal.</li> <li>- Prolongar la vigencia fiscal.</li> <li>- Ordenar o efectuar pagos sin el lleno de requisitos legales.</li> <li>- Omitir o retardar el pago de obligaciones legalmente contraídas.</li> <li>- No efectuar los descuentos, ni girar en forma oportuna las transferencias de Ley.</li> <li>- Desviación del flujo de caja para pagos ordenados por la Gerencia u otros.</li> </ul>	<b>Desviación de presupuesto y flujo de recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incumplimiento de la Ley.</li> <li>- Sanciones y / o multas.</li> </ul>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>ALTA – 4</b>	Análisis mensual de la ejecución presupuestal.	<b>M</b>	<b>50%</b>
								Análisis mensual del flujo de tesorería.	<b>M</b>	<b>50%</b>

CÓDIGO RIESGO	FACTOR DE RIESGO QUE FAVORECERÍA LA CORRUPCIÓN	RIESGO DE CORRUPCIÓN	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD	PROBABILIDAD DE DETECCIÓN	PUNTOS DE CONTROL	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	NIVEL DE CONTROL
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de fundamentación de factibilidad y conveniencia.</li> <li>- Falta en la verificación (intencional o no) de los requisitos legales esenciales o un número de cotizaciones contrario a lo que se exige.</li> <li><b>Conflicto de intereses o interés particular:</b> Direccionamiento desde el pliego de condiciones o los términos de referencia.</li> <li>- Aclaraciones, adiciones y adeudos que obran en contravía del interés general.</li> <li>- Urgencia manifiesta que termina por obviar las responsabilidades contractuales: acomodamiento de pliegos de condiciones, justificación o motivación de los procesos contractuales, adición a los contratos y las conciliaciones judiciales.</li> <li><b>Incumplimiento de Requisitos Legales</b></li> <li>- Omitir la solicitud del Certificado de Registro Presupuestal (CRP), contratar y ejecutar sin este o expedir uno que no corresponda al rubro a afectar.</li> <li>- Contratar cancelando honorarios no concordantes con el perfil del contratista.</li> <li>- Contratar sin que exista un requerimiento.</li> <li>- Concentración de contratos en un solo contratista y ausencia de reglamentación para fijar precios.</li> <li>- Eludir trámites contractuales (Contratos con cooperativas para prestación de servicios) y poner en riesgo la seguridad de los recursos.</li> <li>- Contratos con empresas no legalmente constituidas que pueden encubrir acuerdos fraudulentos.</li> <li>- Auditorías inadecuadas y poco objetivas que pueden entrañar actos corruptos.</li> <li>- La inexistencia de instrumentos y de medios de defensa efectivos y libres de obstáculos del participante en la contratación para evitar la arbitrariedad frente a competidores preferidos.</li> <li>- La poca información divulgada acerca de un proceso de contratación.</li> <li>- Dificultades presupuestales que afecten la programación contractual.</li> <li>- Sacar provecho de la situación de poder o información a la que tiene acceso para beneficio propio.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Celebración indebida de contratos para la adquisición de bienes y servicios o conciliaciones ventajosas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprobar la adquisición de bienes o servicios no pertinentes o innecesarios.</li> <li>- Omisión del incumplimiento de uno o más requisitos establecidos por la entidad para la contratación.</li> <li>- Imposibilidad de la entidad para pagar los bienes y servicios adquiridos. Y gracias a esto, actuaciones nocivas o procesos judiciales.</li> <li>- Viciar la contratación a celebrarse y que no se tengan suficientes elementos de juicio para la escogencia del proveedor.</li> <li>- Interrupción en la producción del servicio y costos muy elevados en las reparaciones y mantenimientos.</li> <li>- Sanciones legales y perjuicio económico para la entidad o multas para los funcionarios.</li> <li>- Hacer una erogación mayor a la determinada o que se cause perjuicio al contratista haciendo una erogación menor al contratista de la establecida por su perfil.</li> <li>- Sobre ejecución de los contratos.</li> <li>- Solicitar a un proveedor un insumo que no se haya contratado con él previamente.</li> <li>- Amaño en el manejo de los contratos.</li> </ul>	1	5	5	ALTA - 4	Cada que se identifica la necesidad de un bien o servicio a adquirir o a contratar se debe justificar en un formato de Estudio de Conveniencia para proceder a verificar su viabilidad financiera.	A	75%
								Se solicita el CDP para verificar la existencia de recursos en el rubro correspondiente.	O	100%
								Se solicitan cotizaciones a diferentes proveedores y se selecciona el que ofrezca las mejores condiciones conforme el procedimiento y las reglas establecidas en el Manual Interno de Contratación.	O	100%
								Contratación de bienes y servicios y la asesoría jurídica revisan la veracidad, legalidad y vigencia de la documentación para proceder a la elaboración de la minuta del contrato o para su devolución.	O	100%
								En los casos requeridos, se exige al contratista la Garantía Única de Cumplimiento establecida que es aprobada por Gerencia previa revisión de asesoría Jurídica.	O	100%
								Designación del supervisor o interventor a cada contrato por Gerencia conforme Manual Interno de Contratación.	O	100%
								Para poder ejecutar el contrato es necesario el Certificado de Registro Presupuestal CRP.	O	100%

CÓDIGO RIESGO	FACTOR DE RIESGO QUE FAVORECERÍA LA CORRUPCIÓN	RIESGO DE CORRUPCIÓN	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD	PROBABILIDAD DE DETECCIÓN	PUNTOS DE CONTROL	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	NIVEL DE CONTROL
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incoherencia entre el requerimiento y el perfil establecido para cada función o actividad descrita en el contrato.</li> <li>- Premura para la contratación: Juicio propio, extralimitación de funciones, falta de transparencia en el proceso.</li> <li>- Ausencia del rigor técnico en la selección de personal: pruebas psicotécnicas, pruebas de conocimiento, entrevistas y verificación de Hoja de Vida.</li> <li><b>En el caso de personal de planta:</b></li> <li>- Inoportunidad en la validación de títulos.</li> <li>- Fallas al verificar cumplimiento de requisitos específicos del cargo al momento de aplicar listas generales de la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNCS).</li> <li>- Juicio propio de la Alta Dirección.</li> </ul>	<p><b>Procesos de selección de personal sin ceñirse a la rigurosidad exigida</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selección inadecuada de personal: Responsabilidad Administrativa, Disciplinaria y Fiscal (Corrupción).</li> <li>- Fallas en la prestación del servicio que pueden generar implicaciones legales para la entidad.</li> <li>- Debe revocarse el nombramiento o iniciar un proceso disciplinario en caso de una respuesta negativa de la entidad educativa (Corrupción).</li> <li>- Alteración de procesos e ineficiencia por personal no idóneo.</li> </ul>	2	4	8	MUY ALTA - 5	Verificación de títulos para selección de personal de planta y de contrato.	B	25%
								Se lleva un registro de los títulos obtenidos por persona y la fecha en la que se recibe la validación de los títulos con el fin de llevar control sobre los faltantes.	MB	0%
								Se confronta el Manual de Funciones con la Hoja de Vida de la persona a nombrar. Esa revisión es realizada por el Coordinador de Talento Humano o Contratación y posteriormente por el personal del área Jurídica.	B	25%
								Formato de requerimiento donde se especifica el perfil deseado de acuerdo a los perfiles establecidos por Talento Humano y luego este se confronta con los resultados de las pruebas de selección. Este punto de control se está aplicando con el personal de contrato.	MB	0%
								De forma aún incipiente se está realizando entrenamiento en puesto de trabajo y su posterior evaluación para la toma de acciones correspondientes.	B	25%
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitada capacidad técnica y de recursos que le permita al Hospital disponer de medios efectivos para facilitar los procesos de participación.</li> <li>- Falta de transparencia en los procesos de control externo.</li> <li>- Carencia de metodologías específicas de control.</li> </ul>	<p><b>Omisión de la participación de veedurías ciudadanas en los proyectos formulados para el Hospital</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitar la promoción de la conformación de las formas de participación y los espacios para que hagan exigible su derecho a la salud.</li> <li>- Ineficiencia en el control frente a situaciones conocidas de corrupción.</li> </ul>	3	4	12	ALTA - 4	La existencia y participación de la ciudadanía como veedor está reglamentada.	M	50%
								Los entes de control, la SDS E interventores velan por el cumplimiento de este derecho y por la promoción de estos espacios.	B	25%
								Supervisión de los contratos por el Hospital y el ente con quien se suscribe el contrato. Para el caso de la Alcaldía y la SDS la veeduría ciudadana viene como exigencia en las cláusulas del contrato.	O	100%

CÓDIGO RIESGO	FACTOR DE RIESGO QUE FAVORECERÍA LA CORRUPCIÓN	RIESGO DE CORRUPCIÓN	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD	PROBABILIDAD DE DETECCIÓN	PUNTOS DE CONTROL	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	NIVEL DE CONTROL
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tecnologías existentes desarticuladas con las necesidades de los sistemas de información.</li> <li>- Baja cultura de la medición (Análisis y seguimiento pobre de la estrategia).</li> <li>- Espacios institucionales insuficientes para el seguimiento y monitoreo.</li> <li>- Difícil consolidación y análisis de la información en términos de comportamientos o tendencias.</li> <li>- Indicadores inapropiados, inconsistentes o insuficientes.</li> <li>- Inoportunidad en la elaboración de los tableros de control.</li> <li>- Centralización del poder o excesiva delegación.</li> <li>- Falta de ética, rectitud y transparencia en el grupo directivo.</li> <li>- Conflicto de intereses.</li> <li>- Evaluar desempeño del Gerente sin base en variables e indicadores de gestión y resultados.</li> <li>- Existencia de Código de Ética y Buen Gobierno solo para cumplir con la normatividad.</li> </ul>	<b>Tomar decisiones que vayan en contravía de los intereses de la entidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Priorización inadecuada o limitada de las Debilidades y Fortalezas (Contexto Interno) y de las Amenazas y Oportunidades (Contexto Externo) / DOFA.</li> <li>- Plan y estrategias desarticuladas con el Plan de Desarrollo Institucional, Local y Distrital.</li> <li>- Imposibilidad para implementar y hacer seguimiento a las estrategias.</li> <li>- Estrategias en contravía de los avances tecnológicos y por lo tanto no sean competitivas o no generen valor.</li> <li>- Falta de coherencia con lo plasmado en el Código de Ética y el Buen Gobierno.</li> <li>- Desmotivación y falta de adherencia del personal.</li> </ul>	3	5	15	MUY ALTA - 5	Solicitud de parte de la Junta Directiva de informes especiales con análisis adicionales, que permitan ampliar o documentar las decisiones de aprobación por parte de este ente.	A	75%
								Se revisan los diagnósticos internos y externos frente a la capacidad técnica y financiera del Hospital.	B	25%
								Exploración amplia y suficiente de fuentes de información internas y externas que permitan un análisis de los comportamientos y tendencias en salud.	MB	0%
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información parcializada y dudosa sobre la entidad y su entorno.</li> <li>- Competencias de la Gerencia no sean acordes a las necesidades de la Entidad.</li> <li>- Conflicto de intereses y de poder.</li> <li>- Selección de los miembros de la Junta Directiva que no atiendan los requisitos establecidos en la normas.</li> <li>- Baja capacidad de planeación para el despliegue y seguimiento de la estrategia.</li> <li>- Estrategias de comunicación inadecuadas.</li> <li>- Alta centralización de poder o autoridad en un área, cargo o funcionario.</li> <li>- Decisiones erróneas, extralimitación y ausencia de controles.</li> <li>- La Junta Directiva no apruebe la Gestión Gerencial para el manejo de los recursos.</li> </ul>	<b>Incumplimiento de los Planes, programas, objetivos y metas institucionales.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan o estrategias incoherentes con la realidad de la Entidad y con los Objetivos Estratégicos.</li> <li>- Que la estrategia formulada no sea flexible y dinámica ante los cambios del entorno.</li> <li>- Distribución o uso inadecuado de recursos.</li> <li>- Desgaste administrativo e incremento de costos operacionales.</li> <li>- Impacto negativo en la prestación del servicio y en el logro de los objetivos y metas institucionales.</li> <li>- Cumplimiento parcial o incumplimiento del Plan de Desarrollo.</li> </ul>	1	5	5	MEDIA - 3	Revisión periódica y permanente del cumplimiento de las metas estratégicas.	M	50%
								Presentación del Estado de Resultados de la Agenda Estratégica.	MB	0%
								Presentación de Indicadores para evaluar la Gestión Gerencial de acuerdo a unos criterios claros.	M	50%
								Informe de la Revisoría Fiscal, como mecanismo de validación de la operación y gestión de la institución en cumplimiento de la normatividad vigente y aplicación de las políticas y directrices estratégicas aprobadas por la Junta Directiva.	B	75%

CÓDIGO RIESGO	FACTOR DE RIESGO QUE FAVORECERIA LA CORRUPCIÓN	RIESGO DE CORRUPCIÓN	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD	PROBABILIDAD DE DETECCIÓN	PUNTOS DE CONTROL	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	NIVEL DE CONTROL
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conflicto de intereses.</li> <li>- Falta de ética de los colaboradores.</li> <li>- Falta de transparencia en el manejo de la Información.</li> <li>- Publicidad engañosa.</li> </ul>	<b>Utilización indebida de información privilegiada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorecimiento propio o de terceros.</li> <li>- Violación de la información privilegiada.</li> <li>- Violación a la ética profesional.</li> </ul>	1	4	4	BAJA - 2	Se tienen establecidos perfiles de usuario y restricciones en cada una de las aplicaciones existentes en el Hospital para garantizar la seguridad de la información y el acceso a la misma.	M	50%
								Existen responsables de la información, con usuarios definidos para acceder a ella, donde se tiene control por medio de los log's de los sistemas de información con que cuenta el Hospital (CNT, RIPS, Intranet, correos institucional, página web).	M	50%
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No existen o no se conocen los lineamientos para el manejo de la información y documentación institucional (Recepción, producción, almacenamiento, entrega y depuración).</li> <li>- Débil proceso de inducción a todos los colaboradores sobre la gestión y archivo de la información y de documentos.</li> <li>- Espacio para el archivo físico y magnético inadecuado e insuficiente.</li> <li>- Faltan puntos de control para depurar los documentos o archivarlos desde las áreas.</li> <li>- Condiciones tecnológicas insuficientes para sistematizar la información.</li> <li>- Cantidad creciente de usuarios del sistema, Equipos activos insuficientes.</li> <li>- Incumplimiento de estándares de seguridad de la información. No realizar Backup según lo establecido.</li> <li>- Inadecuado mantenimiento preventivo y correctivo (servidores, antenas, equipos de cómputo, impresoras scanner, switches entre otros).</li> <li>- Uso inadecuado de la electricidad por parte de los funcionarios. Sobrecarga de voltaje.</li> <li>- Caída del servicio eléctrico.</li> <li>- Daños en las redes internas o externas.</li> <li>- Humedad en el ambiente, vientos que alteran la línea de vista de las antenas. Caída de comunicaciones.</li> </ul>	<b>Pérdida, sustracción u omisión de la información institucional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconocimiento y falta de adherencia a los procedimientos de Gestión Documental.</li> <li>- No se depura la documentación de acuerdo a tablas de retención.</li> <li>- El personal produce información y se apropia de ella. Alta rotación del personal = pérdida de memoria y de información.</li> <li>- Sobre documentación.</li> <li>- Inadecuada organización y administración documental.</li> <li>- No existe una manera de recopilar y generar todos los datos de la entidad de manera confiable, fácil y oportuna.</li> <li>- No todos los procesos hacen uso del software, ni emplean los mismos parámetros para que se produzca una información.</li> <li>- No existe una Plataforma Tecnológica Institucional.</li> <li>- Ausencia de un Banco de Información confiable.</li> <li>- Pérdida de información en la Historia Clínica y demás información. Demandas.</li> </ul>	3	3	9	MUY ALTA - 4	Se realiza Back up de los sistemas de información existentes, archivos de PC's de Usuarios, de manera automatizada, 4 veces al día, 1 vez a la semana y 1 vez mensual.	B	75%
								En caso de daño de algún equipo de cómputo, el área de sistemas realiza un back up al equipo antes de formatear.	O	100%
								Existe un back up en el servidor para que cada persona archive allí manualmente la información que determine importante, pero su uso depende del criterio de cada usuario.	B	75%

CÓDIGO RIESGO	FACTOR DE RIESGO QUE FAVORECERÍA LA CORRUPCIÓN (CAUSA)	RIESGO DE CORRUPCIÓN	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD	PROBABILIDAD DE DETECCIÓN	PUNTOS DE CONTROL	CLASIFICACIÓN DEL CONTROL	NIVEL DE CONTROL
				4	4	16	ALTA - 4		B	80%
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de adherencia a los procesos y procedimientos.</li> <li>- Débil supervisión.</li> <li>- Alteraciones de proceso, reprocesos.</li> <li>- Falta de compromiso con el Hospital.</li> <li>- Excesiva intervención de instancias internas y externas en el procedimiento.</li> <li>- Diseños defectuosos de procedimientos.</li> <li>- Falta de controles efectivos, evaluación y seguimiento de los procedimientos.</li> <li>- Procedimientos formales sin implantación.</li> <li>- Falta de profesionalismo y competitividad del personal.</li> </ul>	<b>Falta de ética y cultura del autocontrol en los colaboradores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desgaste administrativo.</li> <li>- Incremento en los costos operacionales.</li> <li>- Fuga de recursos.</li> <li>- Pérdida o daño de activos, infraestructura.</li> <li>- Generación de daños o accidentes a colaboradores, pacientes o terceros.</li> <li>- Demandas y sanciones.</li> </ul>	4	4	16	ALTA - 4	La oficina de Control de Calidad y Control Interno realizan auditorías programadas o concurrentes en los diferentes procesos y procedimientos para verificar su conformidad o evidenciar fallas.	B	80%
								A través del trabajo que viene adelantando el Hospital, se han establecido mediciones de diferentes aspectos de los procesos y posteriormente se hacen las retroalimentaciones correspondientes y su seguimiento.	M	50%
								Desde el proceso de Calidad y Control Interno, se está exigiendo la generación de Planes de Mejoramiento a partir de los hallazgos de auditoría, el cumplimiento de éstos y la evidencia de su efectividad como requisito primordial para hacer cierres de ciclo.	B	80%
								La Gerencia no recibe auditorías que no vayan acompañadas de su Plan de Mejoramiento a no ser que se requiera.	M	50%

**\* CLASIFICACIÓN DEL CONTROL**

(O)	- ÓPTIMO	-	
(A)	- ACEPTABLE	-	
(M)	- MEDIO	-	
(B)	- BAJO	-	
(MB)	- MUY BAJO	-	