

**PLAN ANTICORRUPCIÓN  
Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2025**

---

**HOSPITAL ESPECIAL DE CUBARÁ ESE**



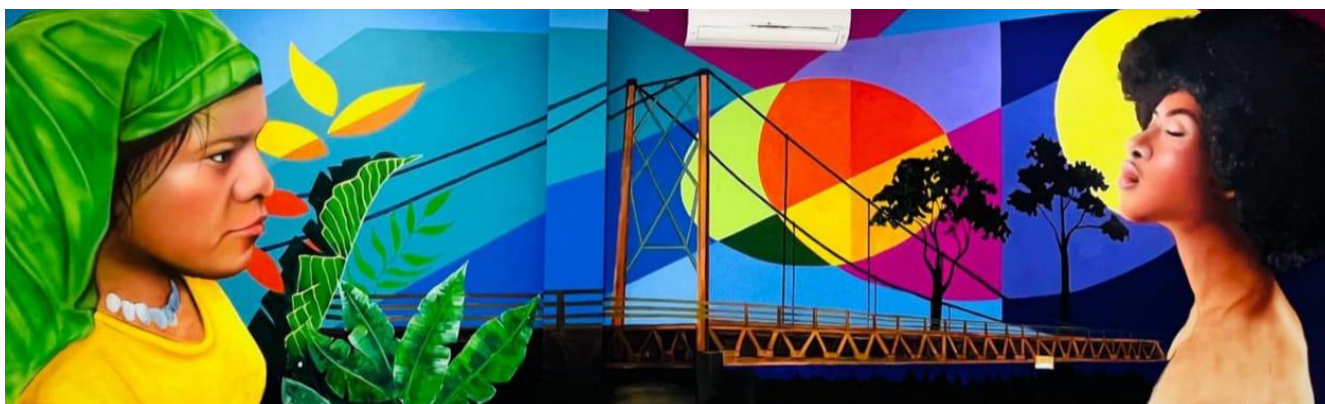
**HOSPITAL ESPECIAL  
DE CUBARÁ**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 826.002.304-1



HOSPITAL ESPECIAL  
**DE CUBARÁ**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 826.002.304-1

“Uniendo esfuerzos por la salud”

## PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2025



**EDWIN GIOVANNI QUINTERO TELLEZ**

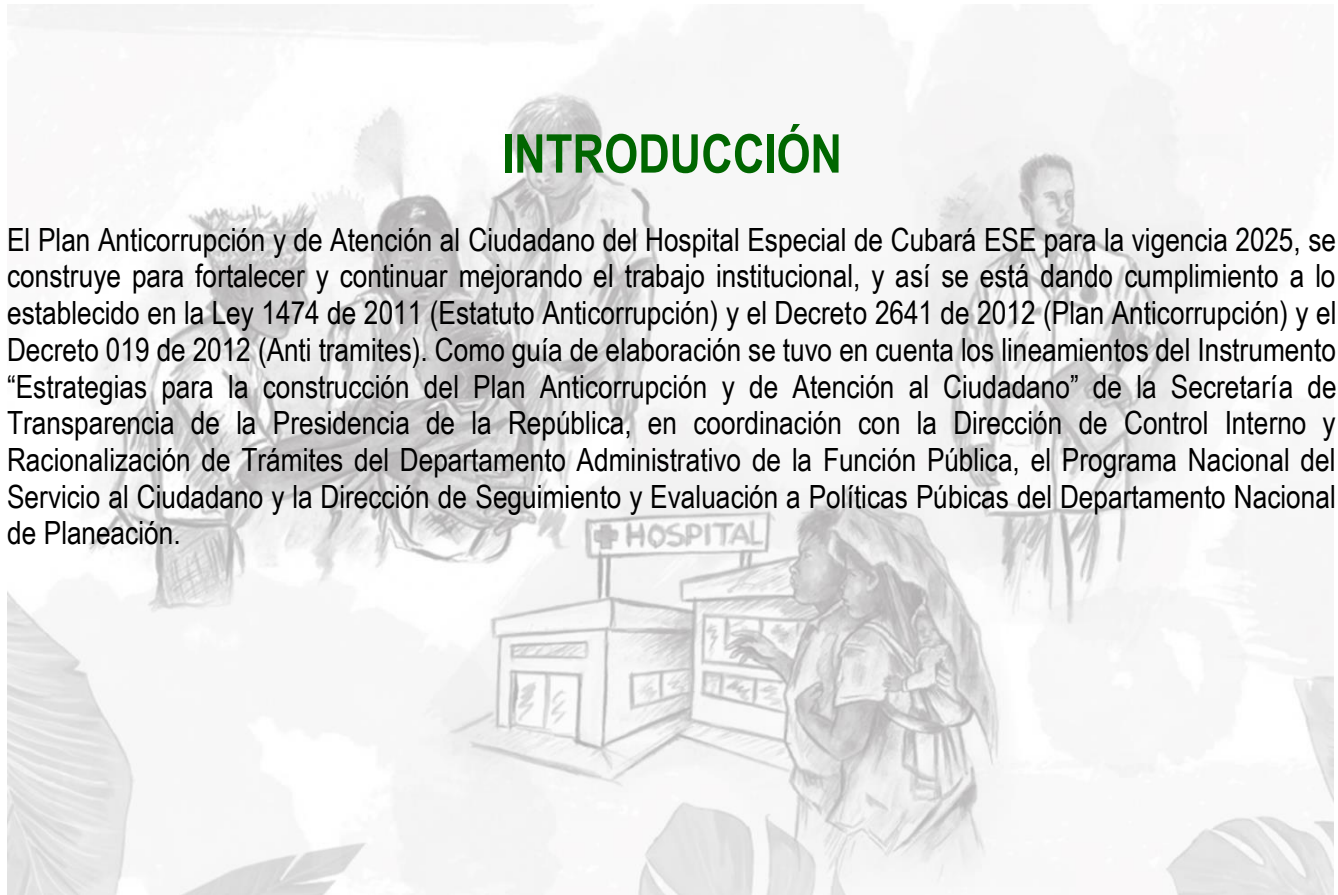
Gerente

Hospital Especial de Cubará ESE



## INTRODUCCIÓN

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano del Hospital Especial de Cubará ESE para la vigencia 2025, se construye para fortalecer y continuar mejorando el trabajo institucional, y así se está dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y el Decreto 2641 de 2012 (Plan Anticorrupción) y el Decreto 019 de 2012 (Anti tramites). Como guía de elaboración se tuvo en cuenta los lineamientos del Instrumento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano” de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, en coordinación con la Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites del Departamento Administrativo de la Función Pública, el Programa Nacional del Servicio al Ciudadano y la Dirección de Seguimiento y Evaluación a Políticas Públicas del Departamento Nacional de Planeación.





## PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

El Plan consta de cuatro componentes:

El primer componente se refiere a la **GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN**. El modelo para gestionar este riesgo, toma como punto de partida los parámetros impartidos por el Modelo Integrado de Planeación y gestión (MIPG) contenidos en la Metodología de Administración de Riesgos de Función Pública. Esta política es liderada por la Secretaría de Transparencia.

En el segundo componente como elemento fundamental para cerrar espacios propensos para la corrupción, se explican los parámetros generales para la **RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES** en las entidades públicas, política que viene siendo liderada por la Función Pública, a través de la Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites.

Conocedores de la necesidad de brindar espacios para que la ciudadanía participe, sea informada de la gestión de la administración pública y se comprometa en la vigilancia del quehacer del Estado, en el tercer componente se desarrollan los lineamientos generales de la política de **RENDICIÓN DE CUENTAS**, que conforme al artículo 52 de la Ley 1757 de 2015, hace parte del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. La formulación de esta estrategia es orientada por el proyecto de democratización de Función Pública.

En el cuarto componente se abordan los elementos que integran una estrategia de **SERVICIO AL CIUDADANO**, indicando la secuencia de actividades que deben desarrollarse al interior de las entidades para mejorar la calidad y accesibilidad de los trámites y servicios que se ofrecen a los ciudadanos y garantizar su acceso a la oferta institucional del Estado y a sus derechos. Esta estrategia es coordinada por el DNP, a través del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano.

Así mismo, en cumplimiento del artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, se establecen los lineamientos generales para la atención PQRSF (peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones), de igual manera que la implementación y puesta en marcha de la **LINEA ANTICORRUPCIÓN** y **PROCEDIMIENTO DE CONFLICTO DE INTERESES**.

### NORMATIVIDAD APLICABLE

El Hospital Especial de Cubará ESE, implementar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano con fundamento en el siguiente marco normativo aplicable:

- 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).



- 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).
- Ley 489 de 1998, artículo 32 (Democratización de la Administración Pública).
- Ley 599 de 2000 (Código Penal).
- Ley 610 de 2000 (establece el trámite de los procesos de responsabilidad fiscal de competencia de las contralorías).
- Ley 678 de 2001, numeral 2, artículo 8o (Acción de Repetición).
- Ley 734 de 2002 (Código Único Disciplinario).
- Ley 850 de 2003 (Veedurías Ciudadanas).
- Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Ley 1755 de 2015 Derecho fundamental de petición
- Ley 1757 de 2015 Promoción y protección al derecho a la Participación ciudadana
- Ley 1150 de 2007 (Dictan medidas de eficiencia y transparencia en la contratación con Recursos Públicos).
- Ley 1437 de 2011, artículos 67, 68 y 69 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo).
- Ley 1474 de 2011 (Dicta normas para fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública).
- 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).
- Decreto 2232 de 1995: Artículos 70, 80 y 90 (Por medio del cual se reglamenta la Ley 190 de 1995).
- 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.
- Decreto 4326 de 2011 (Divulgación Programas de la Entidad).
- Decreto 4637 de 2011 (Crea en el DAPRI Secretaría de Transparencia).
- 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.
- Documento CONPES 3714 de diciembre 01 de 2011: Del Riesgo Previsible en el Marco de la Política de Contratación Pública.



## PLATAFORMA ESTRATEGICA

### MISIÓN

*"El Hospital Especial de Cubará se compromete a proporcionar servicios de salud integrados y de alta calidad, destacando por la implementación de soluciones de telemedicina que aseguren el acceso y eficiencia en la atención médica para nuestras diversas comunidades, incluidas las colonas, indígenas y NARP. Nos enfocamos en combinar la tecnología avanzada con un profundo respeto y entendimiento de la diversidad cultural, ofreciendo un enfoque de atención médica personalizado y éticamente enriquecido. A través de nuestra gestión, buscamos ser líderes en innovación y en la prestación de cuidados de salud con un modelo que valora y respeta las variadas prácticas y tradiciones de todas las comunidades que servimos."*

### VISIÓN

*"Para 2027, el Hospital Especial de Cubará será un referente en la aplicación de la telemedicina y en la integración de un enfoque intercultural en la prestación de servicios de salud. Nos destacaremos por nuestro modelo innovador que combina tecnología de punta con un profundo compromiso hacia la inclusión y el respeto de la diversidad étnica y cultural. Nuestro hospital será sinónimo de excelencia, accesibilidad y adaptabilidad, donde el personal capacitado y dedicado utiliza las mejores herramientas tecnológicas para ofrecer cuidados de salud excepcionales, humanizados y adaptados a las necesidades específicas de cada comunidad. Así, garantizamos una atención médica eficiente y respetuosa, estableciendo nuevos estándares para el cuidado de la salud en un entorno multicultural."*



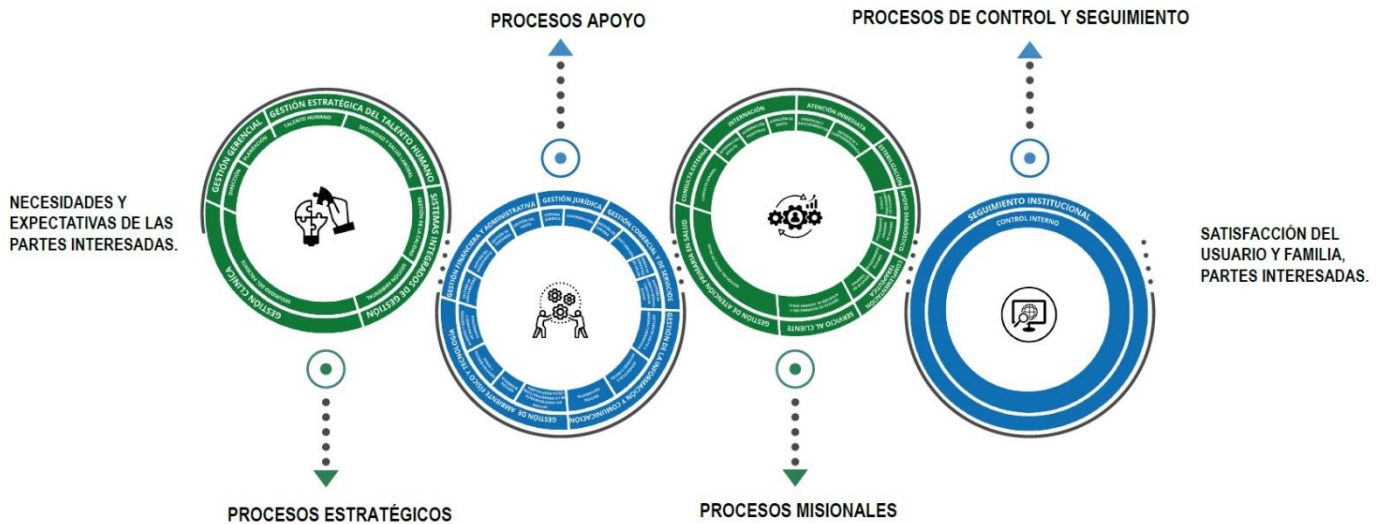
**Somos un Hospital  
Intercultural**



**ORGANIGRAMA**



**MAPA DE PROCESOS**





## VALORES INSTITUCIONALES

### ARMONIZACIÓN DEL CODIGO DE ETICA DE LA INSTITUCIÓN CON EL CODIGO DE INTEGRIDAD DEL DAFP

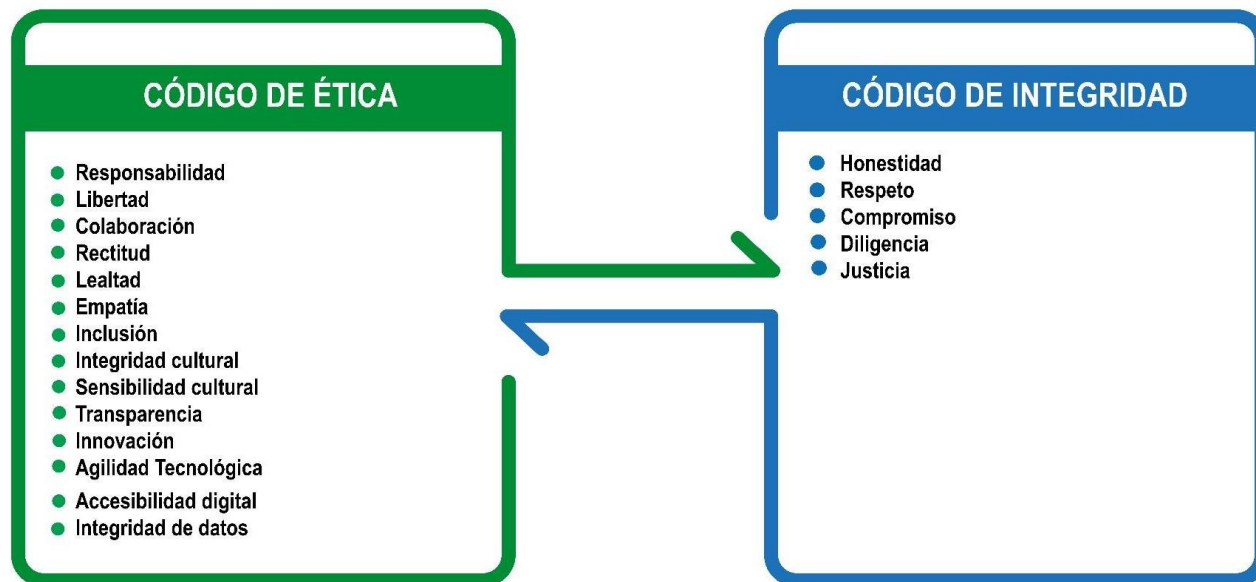
En el Hospital Especial de Cubará ESE, los valores éticos constituyen el pilar fundamental que guía el comportamiento de todos los miembros de la organización, desde los directivos hasta el personal operativo. Actualmente, la E.S.E. se rige por un conjunto de 16 valores que han sido definidos para orientar las acciones y decisiones de todos los involucrados en la entidad, garantizando un entorno de trabajo responsable, transparente y comprometido con la calidad en la atención a los usuarios.



Sin embargo, con la implementación del Código de Integridad promovido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), se hace necesario armonizar estos 16 valores con los 5 valores establecidos por dicho Código. Estos valores son: honestidad, respeto, compromiso, diligencia y justicia. La armonización de estos valores no solo busca una integración conceptual, sino también una alineación práctica que fortalezca la cultura organizacional y el desempeño de la E.S.E.



SE RELACIONAN



Para lograr una armonización efectiva entre el Código de Ética y el Código de Integridad, es fundamental reconocer que ambos códigos tienen propósitos complementarios. Su integración puede fortalecer la base ética y operativa de la entidad.

### OBJETIVO DEL CODIGO DE INTEGRIDAD

Promover principios y normas éticas que guíen el comportamiento y las decisiones de todos los miembros de la organización, garantizando la transparencia, la responsabilidad y la equidad en todas las actividades y relaciones, para así fortalecer la confianza y el compromiso con los valores institucionales.

### ALCANCE DEL CODIGO DE INTEGRIDAD

Este Código de Integridad abarca todos los niveles de la organización, incluyendo directivos, empleados, contratistas, proveedores y cualquier otra parte interesada que interactúe con la entidad. Se aplica a todas las actividades, decisiones y comportamientos relacionados con las funciones y responsabilidades dentro de la organización, sin importar la ubicación geográfica o el contexto específico en el que se desarrollen.

Diligencia  
Respeto Justicia  
**Valores de Integridad**  
Honestidad  
Compromiso



## HONESTIDAD

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

✓ LO QUE HAGO	✗ LO QUE NO HAGO
<ul style="list-style-type: none"><li>● Siempre digo la verdad, incluso cuando cometo errores, porque es humano cometerlos, pero no es correcto esconderlos.</li><li>● Cuando tengo dudas respecto a la aplicación de mis deberes busco orientación en las instancias pertinentes al interior de mi entidad. Se vale no saberlo todo, y también se vale pedir ayuda.</li><li>● Facilito el acceso a la información pública completa, veraz, oportuna.</li><li>● Denuncio las faltas, delitos o violación de derechos de los que tengo conocimiento en el ejercicio de mi cargo, siempre.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● No le doy trato preferencial a personas cercanas para favorecerlos en un proceso en igualdad de condiciones</li><li>● No acepto incentivos, favores, ni ningún otro tipo de beneficio que me ofrezcan personas o grupos que estén interesados en un proceso de toma de decisiones.</li><li>● No uso recursos públicos para fines personales relacionados con mi familia, mis estudios y mis pasatiempos (esto incluye el tiempo de mi jornada laboral, los elementos y bienes asignados para cumplir con mi labor, entre otros).</li><li>● No soy descuidado con la información a mi cargo, ni con su gestión.</li></ul>



## RESPECTO

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

✓ LO QUE HAGO	✗ LO QUE NO HAGO
<ul style="list-style-type: none"><li>● Atiendo con amabilidad, igualdad y equidad a todas las personas en cualquier situación a través de mis palabras, gestos y actitudes, sin importar su condición social, económica, religiosa, étnica o de cualquier otro orden. Soy amable todos los días, esa es la clave, siempre.</li><li>● Estoy abierto al diálogo y a la comprensión a pesar de perspectivas y opiniones distintas a las mías. No hay nada que no se pueda solucionar hablando y escuchando al otro.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Nunca actúo de manera discriminatoria, grosera o hiriente, bajo ninguna circunstancia.</li><li>● Jamás baso mis decisiones en presunciones, estereotipos, o prejuicios.</li><li>● No agredo, ignoro o maltrato de ninguna manera a los ciudadanos ni a otros servidores públicos.</li></ul>



## 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.

✓ LO QUE HAGO	✗ LO QUE NO HAGO
<ul style="list-style-type: none"><li>● Asumo mi papel como servidor público, entendiendo el valor de los compromisos y responsabilidades que he adquirido frente a la ciudadanía y al país.</li><li>● Siempre estoy dispuesto a ponerme en los zapatos de las personas. Entender su contexto, necesidades y requerimientos es el fundamento de mi servicio y labor.</li><li>● Escucho, atiendo y oriento a quien necesite cualquier información o guía en algún asunto público.</li><li>● Estoy atento siempre que interactúo con otras personas, sin distracciones de ningún tipo.</li><li>● Presto un servicio ágil, amable y de calidad.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Nunca trabajo con una actitud negativa. No se vale afectar mi trabajo por no ponerle ganas a las cosas.</li><li>● No llego nunca a pensar que mi trabajo como servidor es un “favor” que le hago a la ciudadanía. Es un compromiso y un orgullo.</li><li>● No asumo que mi trabajo como servidor es irrelevante para la sociedad.</li><li>● Jamás ignoro a un ciudadano y sus inquietudes</li></ul>



## DILIGENCIA

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

✓ LO QUE HAGO	✗ LO QUE NO HAGO
<ul style="list-style-type: none"><li>● Uso responsablemente los recursos públicos para cumplir con mis obligaciones. Lo público es de todos y no se desperdicia.</li><li>● Cumplo con los tiempos estipulados para el logro de cada obligación laboral. A fin de cuentas, el tiempo de todos es oro.</li><li>● Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias</li><li>● Siempre soy proactivo comunicando a tiempo propuestas para mejorar continuamente mi labor y la de mis compañeros de trabajo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● No malgasto ningún recurso público.</li><li>● No postergo las decisiones y actividades que den solución a problemáticas ciudadanas o que hagan parte del funcionamiento de mi cargo. Hay cosas que sencillamente no se dejan para otro día.</li><li>● No demuestro desinterés en mis actuaciones ante los ciudadanos y los demás servidores públicos.</li><li>● No evado mis funciones y responsabilidades por ningún motivo.</li></ul>



## JUSTICIA

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

✓ LO QUE HAGO	✗ LO QUE NO HAGO
<ul style="list-style-type: none"><li>● Tomo decisiones informadas y objetivas basadas en evidencias y datos confiables. Es muy grave fallar en mis actuaciones por no tener las cosas claras.</li><li>● Reconozco y protejo los derechos de cada persona de acuerdo con sus necesidades y condiciones.</li><li>● Tomo decisiones estableciendo mecanismos de diálogo y concertación con todas las partes involucradas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● No promuevo ni ejecuto políticas, programas o medidas que afectan la igualdad y la libertad de personas.</li><li>● No favorezco el punto de vista de un grupo de interés sin tener en cuenta a todos los actores involucrados en una situación.</li><li>● Nunca permito que odios, simpatías, antipatías, caprichos, presiones o intereses de orden personal o grupal inter eran en mi criterio, toma de decisión y gestión pública.</li></ul>



## POLITICAS INSTITUCIONALES

### Política de Calidad

*El Hospital Especial de Cubará se compromete a superar las expectativas de nuestros clientes, tanto internos como externos, mediante la provisión de servicios de salud que destacan por su calidad y humanidad. Impulsamos el desarrollo profesional y la motivación de nuestro personal a través de un ambiente de trabajo ético y colaborativo. Nos comprometemos a una mejora continua en todos nuestros procesos para mantener nuestra competitividad y excelencia en el mercado.*

### Política de Seguridad del Paciente

*Nuestra institución considera la seguridad del paciente como un pilar esencial de la atención médica. Nos comprometemos a implementar procesos seguros y a fomentar una cultura de seguridad activa, que incluye la gestión de riesgos, el análisis de eventos adversos y el aprendizaje continuo de los incidentes. Establecemos fuertes barreras de seguridad que involucran a pacientes, familias y comunidades, promoviendo la autoevaluación y el reporte de incidentes en un entorno de confianza y confidencialidad.*

### Política de Atención Humanizada

*El Hospital Especial de Cubará se dedica a ofrecer una atención respetuosa y humanizada a todos los usuarios, sus familias y la comunidad. Garantizamos la privacidad y la dignidad en el tratamiento, fomentando un ambiente laboral que reconoce la diversidad y promueve el respeto mutuo. Nuestra práctica se basa en los principios de equidad, participación comunitaria y los valores de respeto, honestidad y responsabilidad.*

### Política de Talento Humano

*Nos comprometemos a promover el desarrollo profesional y personal de nuestros colaboradores mediante la implementación de estrategias que mejoren el bienestar organizacional. Esto incluye proporcionar un entorno de trabajo seguro y saludable, fortalecer las competencias laborales y fomentar un diálogo continuo que enriquezca tanto la prestación de servicios como el clima laboral.*

### Política de Gestión Ambiental

*El Hospital Especial de Cubará asume un compromiso activo con la sostenibilidad ambiental, promoviendo prácticas que minimicen el impacto ecológico de nuestras operaciones. Implementamos técnicas avanzadas para el manejo eficiente de los recursos naturales y gestionamos adecuadamente los residuos, todo en busca de un entorno más saludable y sostenible.*



### **Política de Administración del Riesgo**

*Adoptamos un enfoque proactivo en la gestión de riesgos, identificando y evaluando sistemáticamente los posibles riesgos para minimizar su impacto en nuestra operación. Implementamos estrategias de mitigación basadas en una compresión profunda de nuestra exposición a riesgos, garantizando una toma de decisiones informada y prudente.*

### **Política de Manejo de Información en la Institución**

*Protegemos rigurosamente la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información del hospital. Nuestros sistemas de gestión de información estn disenados para prevenir, detectar y responder a amenazas, asegurando la continuidad y la confiabilidad de nuestras operaciones informativas.*

### **Política de No Fumador**

*El Hospital Especial de Cubará promueve un entorno libre de humo en todas sus instalaciones y áreas circundantes, incluyendo parqueaderos y accesos. Esta política refleja nuestro compromiso con la salud de nuestros colaboradores, usuarios y visitantes, proporcionando un ambiente seguro y saludable para todos.*

## **GENERALIDADES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA**

### **Objetivo General**

Definir, implementar y disenar acciones de prevención, control y seguimiento que contribuyan a eliminar o mitigar hechos de corrupción mediante el establecimiento de estrategias que apoyen la toma de decisiones. Lo anterior, en procura de contar con una Entidad que lucha contra la corrupción de manera efectiva, aplicando los principios de transparencia, eficiencia administrativa y buen gobierno.

### **Objetivos Específicos**

- Adoptar una política y un mapa de riesgos de corrupción el cual contenga las medidas para evitar o mitigar los Riesgos de Corrupción identificados.
- Optimizar los recursos físicos y tecnológicos con el fin de generar trámites en línea, simplificndolos, racionalizndolos y automatizndolos para acercar a la ciudadanía a los trámites que presta el Hospital Especial de Cubará ESE.
- Disenar, establecer e implementar estrategias y acciones que permitan mejorar los Mecanismos de Atención al Ciudadano.
- Establecer acciones que contribuyan a una Rendición de Cuentas adecuada para la ciudadanía.
- Establecer mecanismos para un adecuado acceso a la información pública y garantizar la transparencia en las actuaciones públicas.



## Alcance

El presente documento “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano” aplica para todos los trabajadores, colaboradores, servidores y contratistas del Hospital Especial de Cubará en la ejecución de sus procesos, y en el desarrollo de sus funciones y la normatividad aplicable.

## Construcción Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano

Para la construcción del plan se realizó un seguimiento al cumplimiento del Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano de la vigencia 2024, con el fin de verificar que acciones deberían continuar en la vigencia 2025. Además, cada responsable de componente reviso informes, guías y planes referentes para la formulación las actividades y metas.

## Componentes Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano contiene cinco (5) componentes:

1. Gestión de Riesgos de Corrupción
2. Racionalización de Trámites
3. Rendición de Cuentas
4. Atención al Ciudadano
5. Transparencia y Acceso a la Información Pública
6. Iniciativas Adicionales de la Lucha contra la Corrupción

Los cuales cuentan con parámetros establecidos, dentro de los cuales se propone avanzar en la lucha contra la corrupción y mejorar de manera radical, prevaleciendo el interés en la transparencia y acceso a la información pública al cumplir con requisitos de accesibilidad y usabilidad de la página web.

<https://hospitalespecialcubara.gov.co/>

Se presenta el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2025, con el fin de contribuir al cumplimiento de la Misión y la Visión del Hospital Especial de Cubará ESE, en el sentido de mejorar las condiciones de vida de los habitantes.

A continuación, se presentan cada uno de los componentes indicando adelantos significativos por cada componente y luego la estrategia a desarrollar en la presente vigencia.



## 1. COMPONENTE 1: GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

### Diagnóstico Gestión del Riesgos de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción

La Gestión de riesgos de corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción es el primer componente del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de acuerdo con el Decreto 123 de 2016 y es considerado como el instrumento que le permite a la entidad identificar, analizar, controlar los posibles hechos generadores de corrupción, tanto internos como externos y fortalecer la cultura de control.

El componente Gestión de Riesgos de Corrupción se desarrolla bajo los parámetros de las siguientes dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG:

- **Direccionamiento Estratégico y Planeación:** Establece la política de Administración de Riesgos y se fijan los lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales.
- **Gestión con valores para resultado:** Dispone la importancia de la identificación de riesgos y la definición de controles de acuerdo con el modelo de operación por procesos.
- **Control Interno:** Orienta sobre un esquema de responsabilidades integrado por las cuatro líneas de defensa para asegurar una adecuada administración de riesgos. Así mismo da pautas para que los controles asociados de los riesgos estén presentes y operando de manera efectiva.

La estrategia de Gestión del Riesgo de Corrupción cuenta con cinco (5) subcomponentes los cuales se han desarrollado en el Hospital Especial de Cubará ESE siguiendo los lineamientos de las enunciadas dimensiones. A continuación, se presenta el diagnóstico de cada uno de ellos y es el punto de referencia para definir las actividades a desarrollar en cada uno de los subcomponentes como se presenta a continuación:

- **Política de Administración de Riesgos de Corrupción:** La política de administración de riesgos del Hospital Especial de Cubará ESE, tiene un carácter estratégico y está fundamentada en el modelo integrado de planeación y gestión -MIPG-, la guía de administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los trabajadores, colaboradores y servidores de la entidad.

### POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

*“La ESE Hospital Especial de Cubará se compromete a adoptar los mecanismos y acciones necesarios para la gestión integral de riesgos, de tal forma que se prevenga o minimice su impacto; Para ello se articulara con el direccionamiento estratégico y se implementaran los mecanismos que permitan identificar, analizar, valorar, priorizar y administrar los riesgos propios de la Institución, estandarizando los protocolos y procedimientos de primera respuesta a emergencias y desastres, promoviendo la participación de los*



*demás entes municipales y organizaciones, en la prevención y atención mutua ante emergencias y desastres, según la normatividad vigente y en coordinación con el Comité Hospitalario de Emergencias”.*

- **Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción:** la Asesora de Planeación brinda asesoría y acompañamiento a los procesos y subprocesos del Hospital Especial de Cubará en la actualización del contexto estratégico, identificación, análisis y valoración de los riesgos.

Como resultado del acompañamiento por parte de la Asesora de Planeación, para el año 2024 todos los procesos y subprocesos de la entidad actualizaron su contexto estratégico, elaborando el mapa de riesgos de corrupción del Hospital Especial de Cubará para la vigencia 2024, el cual se encuentra conformado por 12 riesgos de corrupción, definidos por los subprocesos de nivel estratégico, misional, apoyo y evaluación del Hospital Especial de Cubará ESE.

Finalmente, la Asesora de Planeación y Métodos de Gestión consolidó el mapa de riesgos de corrupción institucional y los procesos de los diferentes niveles implementaron los respectivos controles y acciones para su manejo y evitar su materialización.

- **Consulta y divulgación:** La construcción del mapa de riesgos de corrupción fue producto de un ejercicio participativo en el cual estuvieron involucrados los líderes y colaboradores de los diferentes procesos y subprocesos de la entidad.

Así mismo se realizó la publicación del mapa de riesgos de corrupción institucional en la página web institucional <https://hospitalespecialcubara.gov.co/> como uno de los componentes de Transparencia y Acceso a la Información.

Adicionalmente se informó a los responsables y facilitadores de los procesos y servicios y demás funcionarios del Hospital Especial de Cubará, los mecanismos de consulta para acceder a los mapas de riesgos de Corrupción de la Institución.

- **Monitoreo o revisión:** Teniendo en cuenta que la segunda línea de defensa está conformada por la Oficina Asesora de Planeación y Métodos de Gestión, supervisores e interventores de contratos y responsables de cada uno de los Sistemas de Gestión, el monitoreo se realizó de la siguiente manera:

Monitoreo por parte de la Asesora de Planeación, mediante el cual se brinda apoyo metodológico a la primera línea de defensa para la identificación, análisis, evaluación y tratamiento de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información. En esta etapa también se efectúa monitoreo con un mínimo de tres veces al año.

La Asesora de Planeación, a partir de los avances reportados por la primera línea de defensa, identifica las necesidades de revisión, actualización o mejora en los mapas de riesgos, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:



- La incidencia de los riesgos en el logro de los objetivos.
- La apropiada valoración del riesgo.
- Necesidades de creación, eliminación o modificaciones a los mismos para mejorar su eficacia.
- Generar alertas tempranas que permitan prevenir la materialización de los riesgos.
- Posibles riesgos emergentes o nuevos riesgos, que se identifican en los seguimientos realizados o como resultados de las auditorías.

Monitoreo por parte de los responsables de cada uno de los Sistemas de Gestión, mediante la cual se brinda apoyo metodológico a la primera línea de defensa para la identificación, análisis, evaluación y tratamiento de los riesgos o eventos propios de cada sistema. Incluyendo el apoyo en la evaluación de la gestión del riesgo, conforme a los lineamientos definidos en la presente política.

Monitoreo por parte de supervisores de contratos, mediante la cual se efectúa el seguimiento a las matrices de riesgos de los contratos a su cargo, teniendo en cuenta las normas en materia de contratación, así como los lineamientos, directrices y herramientas de Colombia Compra Eficiente.

- **Seguimiento:** El Asesor de Control Interno, valora de manera independiente la gestión de riesgos, verificando la efectividad de los controles, mediante actividades de evaluación y seguimiento, atendiendo el cronograma de seguimiento y verificación a los riesgos, comunicado previamente a los procesos y/o subprocesos de la entidad. Como resultado del seguimiento al mapa de riesgos de corrupción la Oficina de Control Interno de Gestión comunican los resultados de la Gestión del Riesgo ante el Comité de Coordinación de Control Interno para conocimiento y fines pertinentes y el informe del seguimiento es publicado en la página web del Hospital Especial de Cubará ESE.

### Gestión del Riesgos de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA
<b>POLITICA ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	Actualizar política de administración de riesgos	Correos electrónicos, comunicaciones Internas por medio de grupos de WhatsApp y aplicación de formularios Google	Gerencia Control Interno	26/02/2025
<b>POLITICA ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	Aprobar política de administración de riesgos en Comité de Gestión y Desempeño	Correos electrónicos, comunicaciones Internas por medio de grupos de WhatsApp y aplicación de formularios Google	Comité de Gestión y Desempeño	26/02/2025
<b>POLITICA ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>	Socializar política de administración de riesgos	Correos electrónicos, comunicaciones Internas por medio de grupos de WhatsApp y aplicación de formularios Google	Asesor de Control Interno	26/02/2025
<b>MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION</b>	Actualizar Mapa de riesgos de Corrupción de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Función Pública	Mapa De riesgos del Hospital 2025	Asesor de Control Interno	25/03/2025



CONSULTA Y DIVULGACION	Realizar publicaci3n de mapa de riesgos de corrupci3n en la página Web de la Entidad	Mapa de riesgos de Corrupci3n publicado	Sistemas, Comunicadora Social	01/04/2025
	Difundir mapa de riesgos de corrupci3n para conocimiento y control dentro de la entidad	Correos electr3nicos, comunicaciones Internas por medio de grupos de WhatsApp y aplicaci3n de formularios Google	Gerencia	1/04/2025
SEGUIMIENTO A MAPA DE RIESGOS	Hacer Seguimiento al mapa de riesgos de acuerdo a los plazos establecidos	Informe de seguimiento	Control Interno	Cuatrimestral

## 2. COMPONENTE 2: RACIONALIZACI3N DE TRAMITES

### Diagn3stico Racionalizaci3n de Trámites

El Hospital Especial de Cubará ESE ha venido desarrollando actividades de racionalizaci3n de trámites en la última vigencia 2024, basado en una serie de disposiciones legales que establecen la necesidad de generar acciones tendientes a racionalizar, simplificar, suprimir y reformar trámites, existentes en la administraci3n pública, con el fin de brindar un mejor servicio a la ciudadanía y facilitar el acceso a la informaci3n y la transparencia.

El artículo 73 de la ley 1474 de 2011 “ley anticorrupci3n”, establece que: “*cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupci3n y de atenci3n al ciudadano. Dicha estrategia contemplará, entre otras cosas... las estrategias anti-trámites y los mecanismos para mejorar la atenci3n al ciudadano*”.

Del mismo modo, la ley 2106 de 2019: “por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administraci3n pública” define que: “*En la formulaci3n de la estrategia anti-trámites las autoridades deberán generar espacios de participaci3n ciudadana con los usuarios, con el objeto de identificar oportunidades de mejora en los trámites a su cargo, de lo cual dejarán constancia*”. Se definen además estrategias que pueden aplicar las entidades para la determinaci3n de los trámites a racionalizar.

La ley 2052 de 2020: “por medio de la cual se establecen disposiciones transversales a la rama ejecutiva del nivel nacional y territorial y a los particulares que cumplan funciones públicas y/o administrativas, en relaci3n con la racionalizaci3n de trámites y se dictan otras disposiciones” establece disposiciones transversales para facilitar y agilizar los procesos de la administraci3n pública, garantizando el derecho a las personas a la informaci3n y mejorar el nivel de transparencia de las entidades públicas.

La política de racionalizaci3n de trámites está orientada a facilitar el acceso a los ciudadanos, implementando acciones normativas, administrativas o tecnol3gicas que permitan la simplificaci3n, estandarizaci3n, eliminaci3n, optimizaci3n y automatizaci3n de los trámites que brinda el Hospital Especial de Cubará ESE.



## POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES

*“El Hospital Especial de Cubará E.S.E., como IPS prestadora del servicio de salud, consciente de sus procesos institucionales y en cumplimiento de su misión y de la normativa legal vigente esta comprometida con la satisfacción del usuario, y la comunidad, siguiendo sus principios misionales se enfoca en realizar estrategias que permitan mantener una constante y fluida interacción con la ciudadanía de manera transparente y oportuna facilitando la garantía del ejercicio de los derechos de la comunidad, a través de la entrega efectiva de los servicios e información de la institución de tal forma que, ha desarrollado la siguiente política en función de ofrecer las herramientas adecuadas para racionalizar los tramites a fin de lograr que estos sean simples, eficientes, directos y oportunos.”*

El Modelo Integrado de Planeación y de Gestión ha sido un instrumento para que la institución realice una autoevaluación de su gestión con la comunidad y ha permitido implementar acciones que buscan lograr el acercamiento a nuestros usuarios. La Racionalización de Tramites es una de las políticas de la dimensión de Gestión con Valores para Resultados del MIPG, donde se desarrollan los aspectos más importantes que debe atender una organización para cumplir con las funciones y competencias que le han sido asignadas.

Con esta política se pretende promover en la ESE Hospital Especial de Cubará una cultura de compromiso con la comunidad como funcionarios públicos, y de cumplir los mandatos establecidos normativa de Racionalización de Trámites con el fin y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes de las personas consagrados en la Constitución a través de trámites, procesos y procedimientos administrativos sencillos, ágiles, coordinados y modernos.

Para su implementación se tendrán en cuenta las disposiciones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y las disposiciones del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) con una secuencia y una metodología referida en 6 fases.

### LINEAS DE ACCIÓN

#### Fase 1: PREPARACIÓN

Consiste en planear, analizar y socializar la importancia del enfoque por procesos para el análisis de trámites y el cumplimiento de la política de racionalización.

Actividad N° 1. Compromiso de la alta dirección y conformación del equipo de trabajo para la racionalización de trámites

- Diálogo con la Alta Dirección para comunicar los beneficios de analizar y mejorar los trámites institucionales.
- Formalización de un equipo de trabajo designado por la Alta Dirección.
- Las áreas de planeación, como responsables de la formulación del plan anticorrupción y de atención al ciudadano, deben liderar e integrar en el análisis a las áreas responsables de los trámites.



#### Actividad N° 2. Socialización y sensibilización

- Socializar, con todos los servidores de la organización, las orientaciones sobre mejoramiento continuo de los trámites para lograr un ambiente de colaboración, compromiso y empoderamiento.
- Generar compromiso de los involucrados en la ejecución de los trámites para compartir información, y sus experiencias, así como identificar y validar alternativas de racionalización, implementación y seguimiento.

#### Actividad N° 3. Concertación del cronograma de trabajo

- Acordar el cronograma con objetivos medibles, acciones y responsables que permitan el seguimiento y monitoreo al alcance y ejecución del proceso de mejoramiento continuo de los trámites.

### Fase 2: RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN GENERAL

Consiste en obtener toda la información general que pueda requerirse para entender y analizar los trámites y procesos asociados, para posteriormente priorizarlos y enfocarse en las diferentes oportunidades de racionalización e interoperabilidad.

#### Actividades:

- Información y documentación general de los procesos
- Consultar el inventario de trámites que debe estar registrado en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT), según lo definido en la Política de Racionalización de trámites.
- Consultar el mapa de procesos de la entidad para entender el funcionamiento general y los procesos que la componen (visión sistémica).
- Recolectar la documentación de respaldo, que puede consistir en descripciones escritas, Formatos Integrados de Trámites (FIT) registrados en el SUIT, diagramas, base normativa, datos de operación, entre otras. En caso de que no exista esta documentación, el primer paso consistirá en levantarla, definir el trámite y registrarlo en el SUIT.
- Revisar la caracterización de usuarios y necesidades respecto a los trámites que presta la entidad.
- Verificar la documentación recopilada con la colaboración de los actores internos principales del proceso, y modificarla o ajustarla para garantizar su actualización.

### Fase 3: ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO

Consiste en la priorización de los trámites identificados, el análisis detallado de la información recopilada en el punto anterior para los trámites priorizados, y la elaboración del diagnóstico de la situación actual para los trámites priorizados.



#### Actividad N°1. Priorización de trámites

- En esta actividad se plantean de manera orientativa, algunas alternativas para priorizar los trámites que se analizarán y diagnosticarán para la identificación de acciones de racionalización.

#### Actividad N° 2. Análisis del trámite priorizado

- Una vez identificado el trámite o trámites priorizados se debe proceder a realizar un análisis detallado de la documentación relacionada con el trámite. Inicialmente se debe analizar la información del proceso y/o trámite

### **Fase 4: FORMULACIÓN DE ACCIONES Y REDISEÑO DEL TRÁMITE**

A partir de las causas identificadas en el paso anterior, se continúa con la identificación de acciones para atacar dichas causas y, por ende, minimizar los efectos negativos de los problemas o añadir mayor valor al usuario.

#### Actividad N° 1. Criterios para la definición de acciones de racionalización

- Racionalización Normativa: Son acciones o medidas de carácter legal para mejorar los trámites, asociadas a la modificación, actualización o emisión de normas.
- Racionalización Administrativa: Son actividades de racionalización que buscan simplificar y mejorar procesos internos, horarios de atención, puntos de atención, tiempos de ejecución, costos asociados al trámite para el usuario, costos internos para la entidad, requisitos asociados, formularios, formatos y medios de pago.
- Racionalización Tecnológica: Son actividades de racionalización que implican el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones para agilizar los procesos y procedimientos que soportan los trámites, lo que permite la modernización interna de la entidad mediante la adopción de herramientas tecnológicas (hardware, software y comunicaciones).

#### Actividad N° 2. Listado de acciones

- Considerando los criterios para la definición de acciones explicados en el numeral anterior, así como aquellas oportunidades que surjan en la sesión de trabajo, se debe generar un listado de las acciones identificadas y registrar información que servirá para: Priorizarlas, Ejecutarlas y Realizarles seguimiento.

#### Actividad N° 3. Registro de la estrategia de racionalización

Después de haber definido el listado anterior, se deberán seleccionar las acciones de racionalización:

- Administrativas
- Normativas
- Tecnológicas



Las que se implementarán en el corto plazo, se deben registrar en la estrategia de racionalización del Sistema Único de Información de Trámites (SUIT); y llevar a cabo la actualización del componente de racionalización del Plan Anticorrupción de la Entidad.

### Fase 5: IMPLEMENTACIÓN Y MONITOREO

Este paso consiste en la ejecución y monitoreo de las acciones de racionalización que fueron priorizadas y registradas en la estrategia de racionalización o las definidas para mediano o largo plazo.

### Fase 6: EVALUACIÓN Y CICLO CONTINUO DE RACIONALIZACIÓN

Hacer una evaluación de las acciones implementadas y realizar nuevos ciclos de racionalización consiste en realizar la evaluación de las acciones de racionalización implementadas y continuar nuevos ciclos de racionalización.

- Evaluar las acciones realizadas, según la línea base de diagnóstico.
- Evaluar las acciones implementadas para realizar los ajustes necesarios y e iniciar los ciclos de racionalización basados en la mejora continua.
- Crear indicadores o ajustar los existentes, de tal forma, que sea posible evidenciar el efecto de las acciones de mejora y el cumplimiento de los objetivos propuestos.

### Estrategia de Racionalización Trámites

N	Nombre del Trámite, Proceso o procedimiento	Tipo de Racionalización	Acción Específica de Racionalización	Situación Actual	Descripción de la mejora a realizar el trámite, proceso o procedimiento	Beneficio al Ciudadano y/o Entidad	Dependencia Responsable	Fecha de Realización	
								Inicio dd/mm/aa	Fin dd/mm/aa
1	Informe Diagnóstico de Trámites	Normativa	Servicio por disposición legal	Tramites registrados en el SUIT, solicitud de eliminación de tramites registrados e implementación y priorización de racionalización de tramites	Identificación y priorización de trámites y desarrollo de estrategias. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación de Citas</li> <li>• Entrega de resultados de laboratorio</li> <li>• PQRSF</li> <li>• HC</li> </ul>	Realización de tramites directos por canales de comunicación establecidos	Asesor de Control Interno	01/01/2025	31/12/2025
2	Atención Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y felicitaciones	Normativa	Servicio por disposición legal	Oportunidad en respuesta de <b>100%</b> para el año 2025	Realizar seguimiento a la respuesta oportuna de las PQRS allegadas a la oficina SIAU por medio del buzón de sugerencias y diferentes canales de comunicación.  Tomar recibido de las respuestas de las PQRS, en el caso de las PQRS anónimas, dichas respuestas se publicarán en cartelera abierta al público.	Cumplir con los plazos establecidos para respuesta a PQRS en un 100%. El contenido de las respuestas debe evidenciar respuestas eficaces y claras para el usuario frente al motivo de queja	Líder SIAU	01/01/2025	31/12/2025
3	Asignación de cita para la prestación de	Normativa	Servicio por disposición legal	Durante la vigencia 2024, se inició el trámite para	Gestionar e implementar los trámites inscritos por la	Accesibilidad al agendamiento de	Asesora de Planeación	1/03/2025	31/12/2025



	servicios en salud			implementar los siguientes trámites ante la Plataforma SUIIT: Asignación de cita para la prestación de servicios en salud, Examen de laboratorio clínico y Terapia.	Institución en la Plataforma SUIIT	citas médicas y atención en salud.			
4	Examen de Laboratorio Clínico	Tecnologías	Envío de documentos Electrónicos	La entrega de los resultados de los exámenes de laboratorio clínico se realiza actualmente de manera presencial y a través de correo electrónico y WhatsApp institucional.	Se entregará el resultado de los exámenes según los canales establecidos actualmente y según la implementación del SUIIT.	Menor tiempo de respuesta en la entrega de resultados de laboratorio.	Líder Laboratorio Clínico	1/03/2024	31/12/2024
5	Terapia (agendamiento de citas)	Normativa	Servicio por disposición legal	Durante la vigencia 2024, se inició el trámite para implementar los siguientes trámites ante la Plataforma SUIIT: Asignación de cita para la prestación de servicios en salud, Examen de laboratorio clínico y Terapia.	Gestionar e implementar los trámites inscritos por la Institución en la Plataforma SUIIT	Accesibilidad al agendamiento de citas médicas y atención en salud.	Gerencia/Comité de Historia Clínica	1/03/2025	31/12/2025

### 3. COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS

#### Rendición de Cuentas

El Proceso de Rendición de Cuentas permite al Hospital Especial de Cubará ESE, informar y dialogar con la ciudadanía sobre su gestión, decisiones, acciones y contribución a la garantía de los derechos en salud de las personas que habitan el municipio de Cubará. Siendo esta una obligación permanente que tanto la entidad como los servidores públicos deben realizar durante la gestión pública. Con el desarrollo de estrategias y mecanismos de rendición de cuentas se contribuye a afianzar la confianza y participación ciudadana, el control social, la transparencia y la lucha contra la corrupción.

En el Hospital Especial de Cubará ESE se han venido aunando esfuerzos para consolidar procesos de rendición de cuentas, que permiten dar a conocer los avances significativos y logros esperados dentro del Plan de Desarrollo y el impulso de un gran cambio cultural reflejado en la integridad institucional y el empoderamiento ciudadano con relación a la transparencia y acceso a la información y la participación social en salud.



Así las cosas, desarrollar espacios de Rendición de Cuentas constituye tanto un reto como una oportunidad de conocer las opiniones, necesidades y expectativas de la ciudadanía y fortalecer los lazos de confianza con sus grupos de valor y partes interesadas que aporten al desarrollo y mejoramiento continuo de la entidad.

Por consiguiente, se desarrolla este documento para visibilizar el panorama actual y general del Hospital Especial de Cubará frente a la rendición cuentas, orientar y facilitar la implementación del cronograma y las fases del proceso de rendición de cuentas, en el desarrollo de las actividades del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, teniendo en cuenta los lineamientos o pautas establecidas en el Manual nico de Rendición de Cuentas – MURC, del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, “Lineamientos metodológicos del Proceso de Rendición de Cuentas de la administración del Hospital Especial de Cubará ESE”.

SUBCOMPONENTE	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	FECHA PROGRAMADA	RESPONSABLE
Información de calidad y lenguaje comprensible	Página Web (RENDICIÓN DE CUENTAS)	Realizar publicación de Informe Rendición cuentas	Informe Rendición cuentas Publicado en Pagina WEB de la ESE y en plataforma de la Supersalud	5 días Hábiles después de la rendición de Cuentas	Gerencia Control Interno
		Convocatoria	Estados financieros	Trimestrales	Contador
		Invitación Redicin de Cuentas	Presupuesto	Según programación	Subgerente Administrativa y financiera
		Elaboración de Acta e Informe de Rendición de Cuentas	Acta e Informe	Según programación	Subgerente Administrativa y financiera
Dialogo de Doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones		Realizar encuestas de Satisfacción a usuarios de la audiencia de rendición de cuentas.	Resultado de Encuesta	Permanente	SIAU
		Realizar programa de radio, para brindar participación a la población para el proceso de audiencia de rendición de cuentas	Programa de Radio	Mensual	SIAU
		Realización de la jornada de rendición de cuentas	Evento dirigido a la comunidad en general		Gerencia
		Evaluación del proceso de Rendición de cuentas	Encuesta de Calificación		Control Interno
		Formulación de acciones de mejora en el proceso de rendición de cuentas en la entidad + publicación del acta de rendición de cuentas + respuesta a las preguntas formuladas en el ejercicio de rendición de cuentas (actividades por separado)	Plan de mejoramiento de la estrategia rendición de cuentas		Planeación/ Control Interno



**NOTA:** Se cita el articulo 2 de la Resolución 408 de 2018 donde cita lo siguiente:

**Artículo 2.** Modifíquese el artículo 3 de la Resolución 743 de 2013, modificatoria de la Resolución 710 de 2012, el cual quedará así:

*“Artículo 3. La evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión que debe presentar el Director o Gerente, a más tardar el 1o de abril de cada año, deberá realizarse sobre los resultados obtenidos entre el 1o de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior.*

*Si el Director o Gerente no se desempen en la totalidad de la vigencia a que refiere este artículo, no se realizará evaluación del plan de gestión respecto de dicha vigencia.*

**Parágrafo.** Para efectos de la evaluación, situaciones administrativas como licencias (remuneradas y no remuneradas), vacaciones y permisos, así como suspensiones o separaciones en el ejercicio de las funciones propias del empleo, no interrumpen el desempeño del director o gerente para el periodo de la vigencia a evaluar, ni el cumplimiento del plan de gestión y sus metas”.

Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-408-de-2018.pdf>

Por lo anterior, la Rendición de Cuentas de 2024 no aplicará para la nueva administración (2024-2027) ya que la gestión realizada no abarca el año completo 01/01/2024 – 31/12/2024.

#### 4. COMPONENTE 4: ATENCIÓN AL CIUDADANO

##### Diagnostico Atención al Ciudadano

Mediante este componente se busca formular acciones bajo el enfoque de Estado abierto para avanzar en la construcción de confianza a través de una forma de gobernanza que ve en el ciudadano un aliado de la administración, dejando atrás el paradigma del gobernar para los ciudadanos a una nueva dimensión, del gobernar con los ciudadanos.

Con esta visión, se pretende mejorar, la calidad en los canales de atención y el acceso a los trámites y servicios, la satisfacción de los ciudadanos garantizando las condiciones y capacidades institucionales y facilitar el ejercicio de sus derechos.

En este sentido, el Hospital Especial de Cubará en su responsabilidad de fortalecer las capacidades de los colaboradores, trabajadores y servidores públicos, de las entidades y organismos del Estado, para el desarrollo de la democratización de la gestión pública y el servicio al ciudadano, viene fortaleciendo el modelo de servicio al ciudadano de la entidad, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en la política de servicio al ciudadano emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.



Como parte de esta labor en el periodo anterior se desarrollaron actividades encaminadas a fortalecer las competencias de los colaboradores, trabajadores y funcionarios en el marco del mejoramiento en la prestaci3n de servicios de salud, así como en el fortalecimiento de los canales de atenci3n y los mecanismos de respuesta oportuna.

Para formular el presente componente se toma como base los siguientes subcomponentes:

### **Fortalecimiento de los canales de atenci3n, promocionar el área de SIAU**

La ESE Hospital Especial de Cubará en cumplimiento a sus objetivos institucionales brinda y adapta, los canales por medio de los cuales los ciudadanos pueden acceder a los trámites, servicios y/o informaci3n de la instituci3n.

Los canales de atenci3n más frecuentemente usados por la ESE son: presencial, telef3nico (celular), de correspondencia (impreso) y virtual.

#### Medios y Canales de Comunicaci3n

- Página Web: <https://hospitalespecialcubara.gov.co/>
- Facebook: <https://www.facebook.com/Hospital-Especial-de-Cubar%C3%A1-ESE-1379080908817398/>
- Twitter: <https://twitter.com/ESEHospCubara>
- Email: [correspondencia@hospitalcubara.gov.co](mailto:correspondencia@hospitalcubara.gov.co)
- Notificaciones Judiciales: [notificacionesjudiciales@hospitalcubara.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@hospitalcubara.gov.co)
- Peticiones quejas reclamos y sugerencias: presencial Calle 3 5 – 47, Barrio San Rafael  
[http://www.hospitalcubara.gov.co/component/uniform/form.html?form\\_id=1&show\\_form\\_title=0&show\\_form\\_ =](http://www.hospitalcubara.gov.co/component/uniform/form.html?form_id=1&show_form_title=0&show_form_=)
- Celular: 3134204942

### **Fortalecimiento de la atenci3n al usuario**

Es la variable de mayor impacto en la gesti3n y el mejoramiento del servicio al ciudadano, pues son los servidores públicos quienes facilitan a los ciudadanos el acceso a sus derechos a través de la oferta institucional; Se busca fortalecer las competencias de servicio en el Hospital Especial de Cubará (trabajadores, colaboradores y funcionarios), a través de procesos de cualificaci3n y sensibilizaci3n armonizados con el Plan Institucional de Capacitaci3n - PIC, en temas como: capacitaci3n o formaci3n en materia de servicio al ciudadano y programas de cualificaci3n en atenci3n preferente e incluyente, entre otros, que mejoren la cultura de servicio al interior de la Instituci3n.



### Realizar Informe Trimestral de PQRSF

Se realizará seguimiento trimestral por parte de Líder SIAU y Asesor de Control Interno, en el cual se evaluará la oportunidad y gestión de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.

Adicionalmente se realizará trabajo articulado con la con la Asesora Jurídica, con el fin de garantizar el cumplimiento de los términos legales en la gestión de las PQRSF recibidas a través de los diferentes canales de comunicación oficial del Hospital Especial de Cubará ESE.

### Realizar Encuestas de Satisfacción de los Usuarios

Se realizará aplicación de encuesta de satisfacción por parte de Líder SIAU, Asesor Intercultural y representantes de la Alianza de Usuarios del Hospital Especial de Cubará ESE de manera mensual y constante:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdISRrPS1RXRBFjNO5G\\_vjagQLg0g-0Uhm6BHGgWdHYcYtUpQ/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdISRrPS1RXRBFjNO5G_vjagQLg0g-0Uhm6BHGgWdHYcYtUpQ/viewform)

### subcomponentes: Atención al Ciudadano

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA
Fortalecimiento de los canales de atención, promocionar el área de SIAU	Realizar Sensibilización en la radio, y redes sociales	Volantes, Promoción en Radio	Oficina SIAU	Trimestral
Fortalecimiento de la atención al usuario	Realizar dos charlas de atención al usuario y/o Humanización del Servicio	Asistencia a capacitaciones	Oficina SIAU	Cuatrimestral
Realizar Informe Trimestral de PQRS	Socialización a líderes de proceso y alta Dirección de informes y realizar planes de mejoramiento	Informe	Oficina SIAU	Trimestral
Realizar encuesta mensual de Satisfacción al Usuarios	Definir metas semanales para la realización encuestas en cada uno de los servicios del Hospital	Encuestas permanentes de satisfacción al usuario	Oficina SIAU	Mensual

## 5. COMPONENTE 5: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

El componente de Transparencia y acceso a la información pública se incorpora como obligación de hacer parte del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano con el propósito de dar cumplimiento a la ley 1712 de 2014 más conocida como ley de Transparencia y acceso a la información pública.

A través de esta estrategia se definen los mecanismos que faciliten a la ciudadanía un adecuado acceso a la gestión pública como derecho fundamental a la información, mediante los cuales desarrolla e implementa la política de transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción; adicionalmente a través de esta



estrategia, el Hospital Especial de Cubará ESE da a conocer los avances de la gestión institucional y sectorial, lo que permite fortalecer la interacción con la ciudadanía a través de la información publicada en su página web de manera adecuada, veraz, oportuna y gratuita.

Este componente cuenta con dos (2) subcomponentes: Lineamientos de Transparencia Activa y Elaboración de Instrumentos de la Gestión de la Información.

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	METAS	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA
Lineamientos de Transparencia Activa	Publicación en página Web de la institución	Informe Rendición cuentas	Gerencia Control Interno	5 días Hábiles después de la rendición de Cuentas
		Estados financieros	Contadora	Trimestrales
		Presupuesto y sus modificaciones	Subgerente Administrativa y financiera	31 enero y cada vez que se realice una modificación
		Plan Anual de adquisiciones	Almacenista	31 enero de cada año y cada vez que se realice una modificación
		Evaluación y Plan de Acción	Asesor Control Interno	31 enero de cada año
		Informes pormenorizados de Control Interno	Asesor Control Interno	Cuatrimestrales
		Plan Anticorrupción	Gerencia Asesor Control Interno	31 enero de cada año
		Informe plan anticorrupción	Asesor Control Interno	Trimestrales
Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	Publicación en página Web de la institución, SECOP, Contraloría	Programa de gestión documental de acuerdo al decreto 2609 de 2012	Jurídica	Permanente
		Programa gestión Documental Hospital	Gestión documental	31/12/2025

## 6. COMPONENTE 6: INICIATIVAS ADICIONALES DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN:

### Diagnóstico Iniciativas Adicionales de Lucha Contra la Corrupción

Con el fin de fortalecer la estrategia de lucha contra la corrupción en el Hospital Especial de Cubará ESE se incorpora dentro de su ejercicio de planeación, estrategias encaminadas a fomentar la integridad, la participación ciudadana, brindar transparencia y eficiencia en el uso de los recursos físicos, financieros, tecnológicos y de talento humano, con el fin de visibilizar el accionar de la administración pública.

Es así que se espera dar cumplimiento del componente para el año 2025, con el máximo de optimización y aprovechamiento de los recursos disponibles y atendiendo a las necesidades y demandas de sus usuarios, bajo



preceptos de oportunidad y pertinencia, anticipando riesgos e innovando en la manera de resolver problemas, de generar oportunidades y de fomentar el aprendizaje organizacional, a partir del registro y análisis sistemático de información útil para la toma de decisiones.

Por lo anterior, se contemplan los siguientes elementos para desarrollar las actividades del componente encaminadas en:

**CONFLICTO DE INTERESES:** con el fin de ejercer una adecuada gestión preventiva de conflictos de interés, las entidades deben formular una estrategia anual en el marco de la planeación institucional que incluya, entre otras, las siguientes acciones:

- Capacitar a sus servidores y contratistas en la identificación, declaración y gestión de posibles conflictos de intereses.
- Establecer, implementar y socializar con ellos su procedimiento interno para el manejo y declaración de conflictos de intereses.
- Mantener actualizada su información institucional (planta de personal, nomenclatura de empleos, vinculaciones y desvinculaciones y hojas de vida) en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público (SIGEP).
- Identificar sus servidores y contratistas obligados a cumplir con las disposiciones de la Ley 2013 de 2019.
- Hacer seguimiento y control al cumplimiento de la Ley 2013 de 2019 en el Aplicativo por la Integridad Pública.
- Analizar y gestionar los impedimentos declarados por sus servidores y contratistas, las recusaciones informadas y los posibles conflictos de intereses registrados en el Aplicativo por la Integridad Pública, de acuerdo con el procedimiento interno definido.

**CÓDIGO DE INTEGRIDAD DE LA ENTIDAD:** el Código de Integridad del Hospital Especial de Cubará ESE se Fundamentan en el Decreto 1499 de 2017, relacionado con el artículo 133 de la ley 1753 de 2015 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG - para el orden nacional e hizo extensiva su implementación diferencial a las entidades territoriales. El nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que reúne los anteriores sistemas de Gestión de Calidad y Desarrollo Administrativo con el sistema de Control Interno, por lo anterior, se presenta la triada de la integridad pública.

Ver siguiente página.



### Triángulo de la Integridad Pública



Fuente: Función Pública 2016

**ESTRATEGIAS DE APROPIACIÓN Y COMUNICACIÓN:** en este sentido se establecen actividades compartidas con diferentes dependencias de la entidad, encargadas de apoyar el tema de comunicación, lo que permitirá publicar la información en un lenguaje claro para nuestros ciudadanos, así como divulgar los canales disponibles en la entidad para el acceso al reporte de situaciones de corrupción, así como a la oferta institucional y demás temas de interés.

A continuación, se establecen las acciones o estrategias a realizar en el Hospital Especial de Cubará durante el año 2025, con el fin de fortalecer la transparencia en el quehacer de la administración central.

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA
Articulación con Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.	Realizar seguimiento y evaluación del cumplimiento del índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA) de la Procuraduría General de la Nación como sujetos Obligados en la Ley 1712 de 2014.	Tres (3) informes de seguimiento al cumplimiento del ITA	Asesor de Control Interno	Trimestral
Información para el Ciudadano	Promover el uso y apropiación de los mecanismos de recolección información del Código de Integridad para generar mejoras al interior de la entidad	Tres (3) actividades de promoción desarrolladas por cuatrimestre	Subgerente administrativo	Cuatrimstral
	Desarrollar acciones orientadas a fortalecer los canales de PQRSD de atención e información frente a temas de transparencia y corrupción entre ellas: Realizar seguimiento y control de los canales de las PQRSD	Informe trimestral publicado de seguimiento a las PQRSF	Líder SIAU	Trimestral



Desarrollar actividades para articular las acciones necesarias para crear y fortalecer el canal interno de denuncias de la entidad, así como compartir buenas prácticas y generar recomendaciones en los siguientes asuntos.	Dos (2) Informes de seguimiento a los canales de denuncia de hechos de corrupción en el cual se evidencia las acciones de fortalecimiento ejecutadas.	Asesor de Control Interno	Semestral
Adelantar campaña de sensibilización sobre la importancia de declarar conflictos de intereses	Campaña Audiovisual sensibilización conflicto de intereses	Asesor de Control Interno	Anual
Publicar en la página web de la entidad las declaraciones de bienes, rentas y conflictos de intereses de los servidores públicos obligados en la Ley 2013 de 2019.	Un (1) Informe de publicación de Declaraciones de bienes, rentas y conflicto de intereses	Asesor de Control Interno	Anual
Realizar seguimiento a la declaración de bienes y renta de los servidores públicos de la entidad se presente en los términos y condiciones de la ley.	Dos (2) Informes de seguimiento de declaración de bienes y rentas de los servidores públicos	Asesor de Control Interno	Semestral
Socializar el manual de contratación de la entidad con orientaciones para que los servidores y contratistas realicen su declaración de conflictos de intereses	Una (1) socialización del Manual de Contratación en específico a declaración de conflictos de intereses	Asesora Jurídica	Anual
Diseñar y ejecutar una estrategia de comunicación interna orientada a la prevención del daño antijurídico y/o de corrupción en el Hospital Especial de Cubará ESE	Dos (2) Campañas de comunicación dirigida a todos los trabajadores, colaboradores y funcionarios de la entidad en prevención del daño antijurídico	Asesora Jurídica	Semestral



HOSPITAL ESPECIAL  
**DE CUBARÁ**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 826.002.304-1

“Uniendo esfuerzos por la salud”

# ANEXOS

Identificación del Riesgo				Valoración del Riesgo de Corrupción								Monitoreo y Revisión				
Procesos/Objetivo	Causa	Riesgo	Consecuencia	Análisis del riesgo		Valoración del Riesgo						Fecha	Acciones	Responsable	Indicador	
				Riesgo Inherente		Controles	Riesgo residual		Acciones asociadas al control							
				Probabilidad	Impacto		Probabilidad	Impacto	Acciones	Registro						
			Probabilidad	Impacto	Zona del Riesgo	Periodo de ejecución										
<b>Estrategico</b>	Desconocimiento de los estándares de calidad (veracidad, coherencia, integralidad y soporte en políticas, principios, programas Institucionales) y de los términos establecidos por la norma. Deficientes conocimientos en formulación, evaluación, seguimiento de proyectos y aplicación de los lineamientos establecidos en los procedimientos por parte de la Alta Dirección. Falta de inducción y capacitación en formulación, evaluación y seguimiento de proyectos.	<b>Incumplimiento con los estándares establecidos, tales como, calidad, oportunidad, confiabilidad y veracidad</b> , en lo que respecta a la formulación, evaluación, actualización y seguimiento de proyectos	Pérdida de imagen, credibilidad y confianza en el hospital, Toma de decisiones inadecuadas Proceso sancionatorio en contra de la entidad.	1	10	Baja		1	5	Baja	01/01/2025 - 31/01/2025			31/12/2025	Gerencia	
<b>Financiera</b>	1. Ausencia de soportes contables. 2. Falta coordinación con los otros sub-procesos financier que suministran información a contabilidad. 3. No comunicación de hechos económicos a contabilidad. 4. Fallas en el software. 5. Faltan controles a los activos y pasivos de la entidad. 6. No realizar conciliación mensual de cuentas con los sub-procesos que aportan información a contabilidad. 7. Manejo de la información financiera descentralizada sin control de contabilidad. 8. Modulo y parametrización del software con información no actualizada y no confiable que permita conciliar con datos reales.	<b>Información económica que no refleja los estados financieros.</b>		2	10	Moderada	1. Antes de realizar el cierre contable se verifica con los responsables de los subprocesos financieros si toda la información fue entregada oportunamente a contabilidad. 2. Antes de generar los informes financieros se concilia y se analiza la información procesada. el programa contable es confiable.por medio de las interfases 3. Se cuenta con los soportes para validar la información de cada una de las transacciones que se realizan.	5	5	Baja	01/01/2025 - 31/01/2025	1. Ajustar procesos y procedimientos y manuales de funciones 2. Revisión de interfases y centro de costos.		31/12/2025	Subgerente, Contadora	

Identificación del Riesgo				Valoración del Riesgo de Corrupción								Monitoreo y Revisión				
Procesos/Objetivo	Causa	Riesgo	Consecuencia	Análisis del riesgo		Valoración del Riesgo							Fecha	Acciones	Responsable	Indicador
				Riesgo Inherente			Controles	Riesgo residual			Acciones asociadas al control					
				Probabilidad	Impacto	Zona del Riesgo		Probabilidad	Impacto	Zona del Riesgo	Periodo de ejecución	Acciones				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. No realizar respaldos de la información.</li> <li>2. Deterioro de los documentos fuentes por no tener un sistema de archivo adecuado.</li> <li>3- perdida de documentos fuentes por los reprocesos</li> <li>4. Catastrofe natural, que lleva a perdida de documentos física.</li> <li>5. Extracción de la información.</li> <li>6. Manipulación de la información tanto física o en el sistema</li> </ul>	<b>Pérdida o adulteración de la información</b>		1	20	Moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. En sistemas realizan mensualmente back-up</li> <li>2. Todos los libros de contabilidad son sistematizados con copias de seguridad</li> <li>3. Se integro del sistema de informacion, lo que disminuyo el reproceso con algunos documentos fuentes.</li> <li>4. Documentación archivada en forma centralizada.</li> <li>5. Descuentos autorizados por la Jefe de Financiera.</li> </ul>	1	10	Baja	01/01/2025 - 31/01/2025	Realizar backup semanalmente		31/12/2025	Subgerente, Contadora	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Inexactitud en la causación de las facturas o cuentas de cobro.</li> <li>2. Fallas en la liquidación de impuestos.</li> <li>3. Desconocimientos de las normas tributarias.</li> <li>4. Pagos realizados sin soportes.</li> <li>5. Faltan lineamientos para realizar el procedimiento de pago.</li> <li>6. Desde el sistema no se reporta ni se carga la información correctamente</li> </ul>	<b>Errores en el pago a proveedores.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Perdida de credibilidad de los usuarios</li> <li>2. Sanciones y procesos judiciales</li> </ul>	4	10	Alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de Procedimientos Proceso Financiero - Registros contables: cumpliendo normas tributarias y de contabilidad y verifica el cumplimiento de los requisitos legales de las facturas y pasa a presupuesto.</li> <li>3. Adecuado perfil de la persona que maneja tesorería</li> </ul>	4	5	Moderada	01/01/2025 - 31/01/2025			31/12/2025	Subgerente, Contadora	
Administrativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Inadecuado perfil del recurso humano.</li> <li>2. No tener definido políticas de acceso a los documentos.</li> <li>3. Mal radicado los documentos.</li> <li>4. No tener restricciones para el acceso de personas ajenas al area de Talento Humano</li> <li>5. Manipulación voluntaria para obtener un beneficio propio o para terceros,</li> </ul>	Riesgo de Corrupción ( <b>Violación de la confidencialidad</b> de la correspondencia y de las hojas de vida)		1	10	Baja	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Contratación de acuerdo al proceso de Talento Humano Gestión de solicitud e incorporación del Personal</li> <li>2. Manual de normas, instructivo manejo de archivo, entrenamiento y responsabilidades de acuerdo a la normatividad vigente.</li> <li>4. Manual de Políticas (gestión de riesgos, gestión de riesgos de corrupción),</li> <li>5. Confidencialidad del nombre en la hoja de vida, manejado por un solo funcionario.</li> </ul>	1	10	Baja	01/01/2025 - 31/01/2025			31/12/2025	Subgerente Administrativa y Financiera	

Identificación del Riesgo				Valoración del Riesgo de Corrupción								Monitoreo y Revisión					
Procesos/Objetivo	Causa	Riesgo	Consecuencia	Análisis del riesgo		Valoración del Riesgo						Fecha	Acciones	Responsable	Indicador		
				Riesgo Inherente			Controles	Riesgo residual			Acciones asociadas al control						
				Probabilidad	Impacto	Zona del Riesgo		Probabilidad	Impacto	Zona del Riesgo	Periodo de ejecución					Acciones	Registro
Control Interno	1. Para obtener beneficios propios o para terceros u obtener favores a cambio de filtrar información que es propia de la ESE 2. Alterar la información real con el fin de evadir un procesos de responsabilidad civil, fiscal o penal.	Riesgo de Corrupción: <b>Uso indebido de la información</b>		1	10	Baja	1. Se cuenta con Plan Anticorrupción y de Atención a la Ciudadano, donde se identifican los riesgos de corrupción transversales a todos los procesos, actualizado al 2018. 2. Se realiza seguimiento al cumplimiento de las acciones del Plan anticorrupción y de Atención a la Ciudadanía por parte de la Oficina de Control Interno y se publica resultado en la pagina Web de la ESE cada 4 meses. 3. Se cuenta con Código de Ética, socializado a través de la intranet y en capacitaciones 4. Se cuenta con manual de políticas Institucionales, sobre manejo de recursos. 5. Se cuenta con la política de manejo de la información.	1	10	Baja	01/01/2025 - 31/01/2025			31/12/2025		Control Interno	
Almacen y Farmacia	1. No realizar revisión técnica de los insumos en el proceso de recepción. 2. No verificar las condiciones de almacenamiento sugeridas por el proveedor. 3. Incumplimiento de normas sobre las condiciones de almacenamiento. 5. No realizar control a las condiciones de almacenamiento en las diferentes áreas. 6. Falta capacitar al personal del servicio farmacéutico y bodegas satélites sobre condiciones de almacenamiento. 7. No realizar control a las fechas de vencimiento. 8. No realizar el proceso de distribución teniendo en cuenta las fechas de vencimiento. 9. No disponer de infraestructura que garanticen condiciones de almacenamiento. 10. No disponer de infraestructura adecuada para garantizar la seguridad de los medicamentos de alto costo.	<b>Pérdida de insumos</b> (por deterioro, vencimiento, mal almacenamiento o sustracción)	Falta de ética y valores personales e institucionales	1	10	Baja	1. Procedimiento de recepción: El auxiliar de farmacia verifica las especificaciones administrativas y técnicas. 2. El auxiliar de farmacia verifica las recomendaciones del proveedor para almacenamiento de insumos y verifica que el almacenamiento cumpla con las normas según inventario tipo PEPS. 3. Procedimiento de almacenamiento: El auxiliar de farmacia y enfermería actualiza diariamente los controles ambientales (temperatura y humedad) dejando registro en el formato registro de condiciones ambientales. se realiza verificación diaria por medio del aplicativo de controles ambientales. 4. capacitación a los responsables de las bodegas y al personal de enfermería. 5. El auxiliar de farmacia y enfermeras inspeccionan las fechas de vencimiento de los insumos y reporta al servicio farmacéutico, los insumos próximos a vencerse para su cambio con el proveedor. 6. Infraestructura cumpliendo con la normatividad vigente, con separación física de bodegas . (mxt médico Qx; medicamentos y alto costo)	1	10	baja	01/01/2025 - 31/01/2025			31/12/2025	Regente Farmacia, Responsable Activos		

Identificación del Riesgo				Valoración del Riesgo de Corrupción							Monitoreo y Revisión						
Procesos/Objetivo	Causa	Riesgo	Consecuencia	Análisis del riesgo			Valoración del Riesgo							Fecha	Acciones	Responsable	Indicador
				Riesgo Inherente			Controles	Riesgo residual			Acciones asociadas al control						
				Probabilidad	Impacto	Zona del Riesgo		Probabilidad	Impacto	Zona del Riesgo	Periodo de ejecución	Acciones	Registro				
Contratación - Jurídica	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Incumplimiento del objeto del contrato.</li> <li>2. Violación de las obligaciones derivadas del contrato.</li> <li>3. Inadecuada supervisión del contrato.</li> <li>4. Interpretación inadecuada de las cláusulas del contrato.</li> <li>5. mora en el pago por parte de la entidad</li> <li>6. no constitución, vencimiento o menor cobertura en las garantías exigidas</li> </ul>	<b>Incumplimiento contractuales</b> por algunas de las partes, durante las etapas de ejecución, liquidación y obligaciones posteriores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reprocesos</li> <li>Incumplimiento de las metas institucionales.</li> <li>Sanciones, procesos judiciales</li> </ul>	1	10	Baja	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Se elaboran los contratos en forma clara con cláusulas de fácil interpretación y aplicación para evitar posibles contingencias por incumplimiento, así mismo se exigen garantías suficientes para evitar el riesgo del incumplimiento contractual y para exigir calidad de los productos y bienes a adquirir.</li> <li>2. Se cuenta con supervisor para los contratos que estará a cargo del seguimiento y control del objeto contractual pactado, y de las obligaciones emanadas del objeto contractual. adicionalmente se realiza una adecuada selección objetiva del contratista por precio</li> </ul>	1	10	Baja	01/01/2025 - 31/01/2025			31/12/2025		Gerencia, Asesor Jurídico	
Sistemas e Informacion	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Programacion inadecuada del Backup</li> <li>2. Utilizar medios de baja calidad o no contar con los necesarias.</li> <li>3. Inadecuado almacenamiento de los medios.</li> <li>4. Fallas en la restauración de las copias de seguridad, actualizar o subir un backups equivocado de la información.</li> <li>5. No ejecutar la actividad de respaldo de informacion según lo programado.</li> <li>6. No tener copias de seguridad externas a la institución.</li> <li>7. Inadecuado control de acceso al area de servidores y sistemas.</li> <li>8. Fallas en el Hardware que produzca perdidas de informacion.</li> <li>9. Perdida de informacion por virus.</li> <li>10. Manipulación voluntaria para obtener un beneficio propio o para terceros,</li> <li>11. Desastres naturales</li> <li>12. No tener antivirus o tenerlo desactualizado.</li> <li>13. Sistema operativo desactualizado.</li> <li>14. Faltan controles para restringir el acceso físico al área del Servidor</li> </ul>	<b>Riesgo de Corrupción Pérdida de información electronica</b>	Incumplimiento de políticas de seguridad de la información y protección de datos	1	20	Moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Se realizan backups repetidos en discos duros y en cintas externas</li> <li>2. Se utilizan cintas de buena calidad y se garantizan los necesarios para realizar los backup.</li> <li>3. Las cintas se almacenan bajo medidas de seguridad con un proveedor externo, se tiene documentación.</li> <li>4. Se realizan pruebas de restauracion de la copias</li> <li>5. Seguimiento al proceso de Backups.</li> <li>6. Se cuenta con un contrato de almacenamiento y custodia de medios con un proveedor externo, el cual cuenta con las condiciones de seguridad requeridas.</li> <li>7. Se cuenta con un proveedor especializado en administracion de infraestructura, al cual se escala un 2do nivel.</li> <li>8. Se cuenta con una infraestructura que brinda disponibilidad de la plataforma y contratos de actualización y soporte con los proveedores del sistema de informacion.</li> <li>9. Reglamento de seguridad informatica, antivirus actualizado con control automatico de escaneo y equipo de seguridad perimetral.</li> </ul>	1	10	Baja	01/01/2025 - 31/01/2025			31/12/2025		Tecnico de Sistemas	

Identificación del Riesgo				Valoración del Riesgo de Corrupción								Monitoreo y Revisión				
Procesos/Objetivo	Causa	Riesgo	Consecuencia	Análisis del riesgo		Valoración del Riesgo						Fecha	Acciones	Responsable	Indicador	
				Riesgo Inherente		Controles	Riesgo residual		Acciones asociadas al control							
				Probabilidad	Impacto		Probabilidad	Impacto	Acciones	Registro						
		Zona del Riesgo			Periodo de ejecución											
Gestion Documental	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Documentos físicos con datos de identificación incompletos.</li> <li>2. Documentos físicos mal archivados o no archivados en el expediente correspondiente</li> <li>3. No cumplimiento de las especificaciones dadas por el Acuerdo 049 del 05 de mayo de 2000 del AGN.</li> <li>4. No llevar control del prestamo de los documentos.</li> <li>5. No informar a la oficina de archivo el traslado de un expediente en prestamo de un servicio a otro.</li> <li>6. No hacer seguimiento de trazabilidad a los documntos en prestamo.</li> <li>7. Acceso a las oficinas de archivo de personas no autorizadas.</li> <li>8. Entrega de documentación original a usuarios externos.</li> <li>9. Manipulación voluntaria para obtener un beneficio propio o para terceros.</li> </ul>	Riesgo de Corrupción. <b>Pérdida de documentos.</b>	Sanciones, procesos judiciales	1	20	Moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Fomentar la buena identificación de los formatos físicos.</li> <li>2. Se cuenta con el sistema para archivar: - Dígito terminal simple: Asignación de consecutivo para el manejo de la historia clínica. Todo paciente que ingrese a la institución debe tener número de historia clínica y hoja de identificación.</li> <li>3. Se cuenta con extintor Clase A (Agua a presión), acceso restringido al Archivo.</li> <li>4. Manual de normas, entrenamiento y responsabilidades de los archivos, procesos documentados. Se realiza seguimiento y se notifica a las áreas solicitando la devolución del documento.</li> <li>5. Manual de Políticas (gestión de riesgos, Plan Anticorrupción).</li> <li>6. Se cuenta con un software para el proceso de radicación de documentos, y esta especificado en el manual de normas,</li> </ul>	1	10	Baja	01/01/2025 - 31/01/2025			31/12/2025	Responsible Gestion Documental	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Desconocer la responsabilidad civil frente a la historia clínica y como servidores públicos.</li> <li>2. Entregar los documentos o expedientes a personas personas no autorizadas.</li> <li>3. Dar información telefónica o personalmente acerca del contenido de la documentación que esta bajo custodia en Iso archivos sin previa autorización.</li> <li>4. Inadecuado perfil de los funcionarios.</li> <li>5. Acceso a las oficinas de archivo de personas no autorizadas.</li> <li>6. Manipulación voluntaria para obtener un beneficio propio o para terceros</li> </ul>	Riesgo de Corrupción ( <b>Manipulación de la confidencialidad de la información</b> )	Falta de ética y valores personales e institucionales Sanciones, procesos judiciales	1	10	Baja	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de normas, entrenamiento y responsabilidades de todo el personal, Política Institucional de Confidencialidad.</li> <li>2.. Manual de Historia Clínica, Manual de normas, entrenamiento y responsabilidades de todo el personal.</li> <li>4. Contratación de acuerdo al proceso de Talento Humano , Gestión de solicitud e incorporación del Personal</li> <li>5. El ingreso al archivo está es restringido y esta documentado en los procesos.</li> <li>6. Manual de Políticas (gestión de riesgos, Plan Anticorrupción).</li> <li>7.Fomentar desde los grupos primarios y plan padrino la política de confidencialidad, cumplimiento de los manuales, procesos y demás</li> </ul>	1	10	Baja	01/01/2025 - 31/01/2025			31/12/2025	Responsible Gestion Documental	

Identificación del Riesgo				Valoración del Riesgo de Corrupción							Monitoreo y Revisión						
Procesos/Objetivo	Causa	Riesgo	Consecuencia	Análisis del riesgo			Valoración del Riesgo							Fecha	Acciones	Responsable	Indicador
				Riesgo Inherente			Controles	Riesgo residual			Acciones asociadas al control						
				Probabilidad	Impacto	Zona del Riesgo		Probabilidad	Impacto	Zona del Riesgo	Periodo de ejecución	Acciones	Registro				
Procesos Asistenciales	1, Solicitar cobros indebidos o solicitar favores a cambio de filtrar información que es propia de la ESE 2 Influir a través de cobros/favor en la compra de un insumo o producto específico 3 Personal no autorizado que recibe dineros por parte del usuario, sin generar la documentación soporte de la transacción ni el recaudo efectivo para el hospital. 4, Insumos consumibles, de alto costo que no son administrados al paciente por ende no genera factura y no son devueltos al almacén conservandolos para uso individual 5, Alterar la información real de la historia clínica con el fin de evadir un procesos de responsabilidad civil o penal.	<b>Extracción de información y/o insumos, medicamentos o equipos biomédicos por personal que presta la atención</b> - Practicas de Corrupcion	Falta de ética y valores personales e institucionales.	4	20	Alta	1. Manual de normas, entrenamiento y responsabilidades de todo el personal, Política Institucional de Confidencialidad. 2.. Manual de Historia Clínica, Manual de normas, entrenamiento y responsabilidades de todo el personal. 4. Contratación de acuerdo al proceso de Talento Humano , Gestión de solicitud e incorporación del Personal 5. El ingreso al archivo está es restringido y esta documentado en los procesos. 6. Manual de Políticas (gestión de riesgos, Plan Anticorrupción). 7. Fomentar desde los grupos primarios y plan padrino la política de confidencialidad, cumplimiento de los manuales, procesos y demás	1	10	Baja	01/01/2025 - 31/01/2025	Se realiza cambio de contraseña a los diferentes usuarios de trabajadores con acceso al modulo de HC de Rocky, de igual manera se cambio clave de acceso de varios ordenadores con procesos cruciales	31/12/2025		Jefe de Enfermería, Regente de Farmacia		