

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ



Programa de transparencia y ética pública

2026

Documento dispuesto para comentarios de la ciudadanía

Este documento se publica para consulta de la ciudadanía con el fin de recibir la recomendaciones, sugerencias y retroalimentación por parte de los grupos de interés de la ESE Hospital San José

INTRODUCCION

Con la finalidad de dar cumplimiento a la Ley 1474 de 2011, las entidades del orden nacional, departamental y municipal tienen la obligación legal de implementar Programas de Transparencia y Ética Pública, para prevenir y controlar los delitos, faltas disciplinarias y fiscales relacionadas con la corrupción, por lo que es necesario crear acciones estratégicas que permitan a las entidades: contar con etapas y elementos para el control de la corrupción y el fraude; contar con un sistema para administración de riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LA/FT/FP); formar redes interinstitucionales para la prevención de actos de corrupción, transparencia y legalidad; implementar canales de denuncia de actos de corrupción; desarrollar estrategias de transparencia, garantía del derecho de acceso a la información pública, Estado abierto y cultura de legalidad; implementar estándares de capacitación; y otras iniciativas adicionales que las entidades consideren necesarias para prevenir y combatir la corrupción a nivel municipal, departamental y nacional.

Así las cosas, lo que se pretende con el siguiente documento es diseñar estándares y controles mínimos como herramienta eficaz para impedir la acción de la corrupción en detrimento de la misionalidad de la E.S.E HOSPITAL SAN JOSE de San Bernardo del Viento y a favor de los intereses de los actores criminales, así como la disminución de los niveles de impunidad en la investigación y sanción de estos hechos, así mismo, promover que todos los funcionarios y colaboradores de la ESE se vinculen a esta lucha contra la corrupción teniendo como referente los principios y valores éticos plasmados en el código de integridad adoptado en la entidad.

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP)

El Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP es el conjunto de acciones que una entidad define e implementa para promover, al interior de la organización, una cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear los riesgos de corrupción que se presentan en el desarrollo de su misionalidad. (Anexo Técnico programas de Transparencia y Ética Pública).

El PTEP de la ESE Hospital San José de San Bernardo del viento, se diseñó y se formuló en conjunto con las áreas y dependencias de la ESE en un proceso liderado por el Gerente de la entidad y en apoyo y asesoría del jefe de la oficina de Control Interno de la misma entidad. La construcción y diseño del documento se fundamentó en la medición del índice del desempeño institucional, planes internos, reportes de la oficina de control interno, auditorías internas efectuadas, informes de seguimientos a los planes, programas y proyectos realizados por la oficina de control interno, y recomendaciones de entidades externas.

Los Programas de Transparencia y Ética Pública deben implementarse por aquellos sujetos obligados, en los términos del artículo 5 de la Ley 1712 de 2014, que sean entidades públicas, es decir, que hayan sido creadas por la constitución, la ley, ordenanza o acuerdo, o autorizadas por éstas, o que tengan participación pública, donde se cumple una función pública, comercial o industrial.

En las entidades públicas existe la obligación de integrar su Sistema de Desarrollo Administrativo y de Gestión de Calidad, y de articular la integración con el Modelo Estándar de Control Interno. Todo esto ocurre en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual le permite a todas las entidades del Estado, planear, gestionar, evaluar, controlar y mejorar su desempeño, bajo criterios de calidad, cumpliendo su misión y buscando la satisfacción de los ciudadanos. Ahora bien, las disposiciones del MIPG en materia de gestión se desarrollan a través de las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional de que trata el artículo 2.2.22.2.1 del Decreto 1083 de 2015, el Programa de Transparencia y Ética Pública, en relación con el MIPG, vincula lineamientos de diferentes políticas de gestión y desempeño, con el fin de generar un esquema articulado para la prevención, detección y respuesta a situaciones que afecten la transparencia y la ética pública, que pueden configurarse en diferentes ámbitos de la gestión institucional, lo que exige un análisis integral de los procesos que se desarrollan en las entidades.

En particular, el Programa de Transparencia y Ética Pública se relaciona con las siguientes políticas del MIPG:

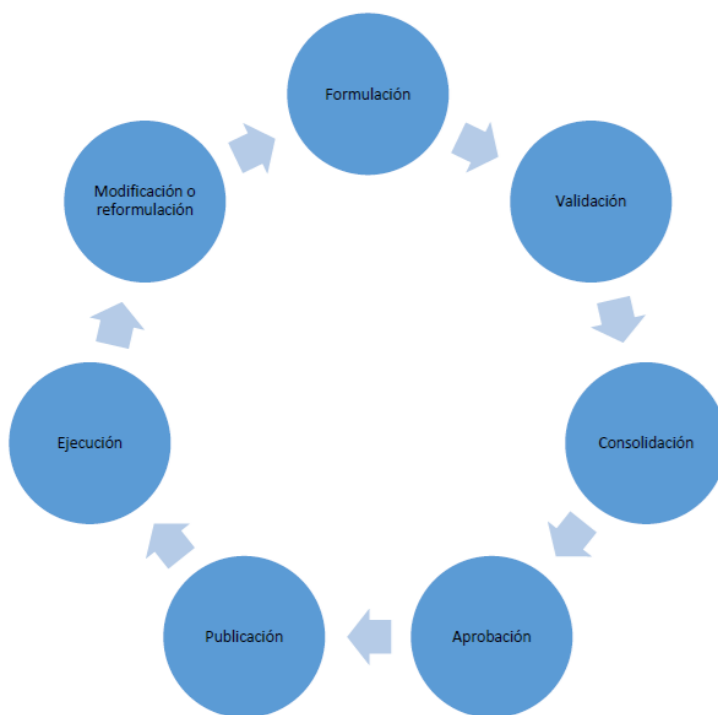
Política	Normatividad	Herramientas o Instrumentos de aplicación que se articulan
Control Interno	Ley 87 de 1993	Metodología para la gestión integral del riesgo.
Integridad	Ley 2016 de 2020 – Ley 2013 de 2019	Código de integridad en el Servicio Público. Identificación de riesgos y controles frente a conflictos de interés.
Planeación Institucional	Ley 152 de 1994	Esquemas para la planeación, ejecución y control de la gestión institucional.
Participación ciudadana en la Gestión Pública	Ley 1757 de 2015	Herramientas para promover la participación ciudadana en los procesos de diagnóstico y planeación de la Gestión Pública.
Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Ley 1474 de 2011 – Ley 1712 de 2014 – Ley 2195 de 2022	Instrumentos para la promoción de la transparencia, la garantía del acceso a la información pública y la prevención de la corrupción.

Fuente: Secretaría de Transparencia Gobierno Nacional

El Programa de Transparencia y Ética Pública permite, tanto en el marco del MIPG como en cualquier otro sistema de gestión o calidad, vincular herramientas e instrumentos ya desarrollados por políticas institucionales, lo que facilita una gestión integral para la prevención, detección y respuesta a riesgos de corrupción, fraude o soborno, la existencia de conflictos de interés, incumplimientos al código de integridad, fallas en la debida diligencia que pueden generar riesgos fiscales, de lavado de activos y otros que afectan la imagen y confianza institucional.

Metodología y Estructura del Programa

Se ha definido la siguiente metodología y estructura para el desarrollo del programa en las entidades u organizaciones obligadas al momento de implementarlo. El Programa de Transparencia y Ética Pública está conformado por dos componentes: el transversal y el programático. La metodología para elaborar el Programa de Transparencia y Ética Pública está dividida en siete etapas que conforman el Ciclo del Programa: (1) formulación, (2) validación, (3) consolidación, (4) aprobación, (5) publicación, (6) ejecución y (7) modificación o reformulación.



Etapas de Formulación: En esta etapa se desarrolla mediante acciones los dos componentes que conforman el Programa. La ESE Hospital San José deberá identificar las herramientas o instrumentos que requiere para ejecutar cada acción, de conformidad con la normativa y el estándar aplicable. Es decir, elaborará en un documento escrito su Programa de Transparencia y Ética Pública.

Etapas de Validación: El Programa deberá ser validado por los grupos de valor de la entidad: colaboradores, usuarios y supervisores. Para esto, una vez formulado el Programa, debe ser sometido a un periodo de consulta pública de 15 días calendario en la sede electrónica de la entidad u organización. Por tanto, el presente

documento denominado Programa de Transparencia y Ética Pública de la ESE Hospital San José, se publicará en su página web institucional y se difundirá a través de las diferentes carteleras distribuidas en la entidad con el fin de que se encuentre disponible para revisión, emitir cualquier tipo de observaciones al respecto y validación.

Etapas de Consolidación: A partir de las observaciones que se reciban durante el periodo de consulta pública, la ESE Hospital San José consolidará una versión del Programa que incorpore aquellos ajustes que encuentre pertinentes.

Etapas de Aprobación: La versión consolidada del Programa de Transparencia y Ética Pública de la ESE Hospital San José, se presentará ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, esta será la instancia encargada de la aprobación del Programa.

Etapas de Publicación: El Programa se publicará en la página web institucional, de conformidad con lo que disponga el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones respecto de requisitos en materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos.

Etapas de Ejecución: El Programa contará con un plan de ejecución y seguimiento del mismo. El Plan se actualizará anualmente.

Etapas de Modificación o Reformulación: El Programa de Transparencia y Ética Pública se formula una vez y, de acuerdo con los resultados de seguimientos al Programa, se definen oportunidades de mejora que derivan en modificaciones. De forma regular, el Programa se reformula cada cuatro años y, extraordinariamente, cuando la ESE lo considere necesario por resultados insatisfactorios.

La metodología contempla dos roles: los responsables del Programa de Transparencia y los interesados. Son responsables del Programa todos los colaboradores de la ESE y, entre ellos, se distribuyen la supervisión, monitoreo y administración, en los términos señalados. Los interesados en el Programa son los usuarios y los supervisores (Sea órganos de control, autoridades de inspección y vigilancia o aquellos que ejerzan cualquier tipo de control en la entidad), quienes participan en diferentes etapas del ciclo y aportan a su mejoramiento continuo.

La estructura general del Programa de Transparencia y Etica publica de la ESE Hospital San José será la siguiente de acuerdo a lo establecido en el Anexo Técnico Versión 1 de los Programas de Transparencia y Ética Pública de la Secretaria de Transparencia Nacional:

1. Declaración

La E.S.E Hospital San José declara que la gestión de lo público es transparente, y que las relaciones con los grupos de valor son abiertas y claras, y se desarrollan a través de espacios de participación ciudadana, canales de denuncia, solicitudes, tramites y peticiones, por lo cual reconoce que la confianza depositada en sus colaboradores, su código de conducta y su compromiso con la implementación de las acciones que integran cada componente del programa, es esencial para garantizar la legitimidad del Estado y la gobernabilidad enmarcada en los principios de transparencia.



OMAR ENRIQUE GENES NÉGRETE
Gerente

2. OBJETIVOS

Objetivo General

Incentivar en la ESE una cultura de legalidad, transparencia, acceso a la información pública y de lucha contra la corrupción, y el desarrollo de principios y valores del servidor público, mediante la definición, inclusión y ejecución de acciones y actividades descritas en el Programa de Transparencia y Ética Pública diseñado en la entidad, para evitar que hechos de corrupción afecten la misionalidad de la misma.

Objetivos Específicos

- Definir y ejecutar acciones que permitan identificar, prevenir, monitorear y controlar de manera oportuna los riesgos de corrupción.
- Establecer estrategias dirigidas a combatir la corrupción a través de mecanismos que faciliten su prevención, control y seguimiento
- Garantizar el derecho de la ciudadanía al acceso a la información pública.

- Fortalecer los mecanismos de atención al ciudadano y su participación a través de los diferentes canales dispuestos para ello como estrategias de acercamiento a la gestión institucional.
- Asegurar que la actuación administrativa, así como los servicios y trámites que realice la entidad, se efectúen de acuerdo con los principios de celeridad, transparencia y economía, sin ninguna clase de distinción o discriminación por quienes lo soliciten, previniendo y controlando cualquier acto de corrupción.
- Fortalecer cada uno de los componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública como herramienta preventiva para el control y la efectiva gestión institucional.

3. Alcance

El programa de Transparencia y Ética Pública aplica para todas las áreas, funcionarios, colaboradores contratistas y grupos de interés de la ESE Hospital San José que tienen responsabilidad sobre las actividades formuladas, la ejecución de sus procesos y el desarrollo de sus funciones.

4. Planeación

Se realizará teniendo en cuenta el desarrollo del ciclo del Programa, descrito anteriormente.

Componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública de la ESE Hospital San José

1. Administración de Riesgos

- Acción Estratégica 1.1: Gestión de Riesgos para la integridad publica
 - Acción Estratégica 1.2: Gestión de Riesgos de LA/FT/FP
 - Acción Estratégica 1.3: Canales de Denuncia
 - Acción Estratégica 1.4: Debida Diligencia
- Proceso Administración de Riesgos
Herramientas o instrumentos Administración de Riesgos

2. Redes y Articulación

- Acción Estratégica 2.1: Redes Internas
 - Acción Estratégica 2.2: Redes Externas
- Proceso Redes y Articulación
Herramientas o instrumentos Redes y Articulación

3. Modelo de Estado Abierto

- Acción Estratégica 3.1: Acceso a la información pública y transparencia
 - Acción Estratégica 3.2: Integridad Pública y cultura de la legalidad
 - Acción Estratégica 3.3: Dialogo y responsabilidad
- Proceso Modelo de Estado Abierto
Herramientas o instrumentos Modelo de Estado Abierto

4. Iniciativas Adicionales

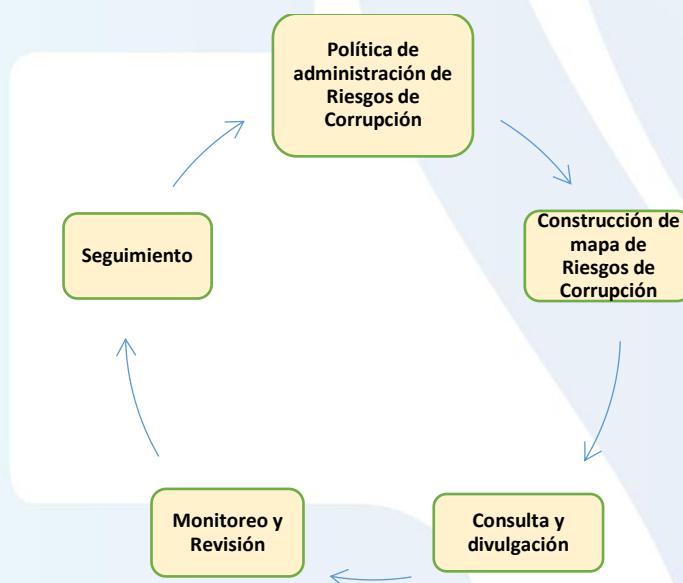
1. Administración de Riesgos

Acción Estratégica 1.1: Gestión de Riesgos para la integridad publica

Para el cumplimiento de este componente, se define un Instrumento que le permite a la entidad identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción, tanto internos como externos.

Para el desarrollo de este componente se realizará la matriz de riesgos de corrupción, la cual detallará la identificación de los riesgos por procesos, las actividades, causas y la descripción de los mismos, el análisis que es la probabilidad de materialización, las medidas de mitigación compuestas por su valoración, el tipo de control y la administración del riesgo, y por último la etapa de seguimiento que contiene las acciones para prevenir, mitigar, reducir o eliminar los riesgos, los responsables, el indicador de medición, y las observaciones de acuerdo a lo encontrado en cada seguimiento periódico realizado a dicha matriz.

El Mapa de Riesgos de Corrupción hará parte integral del presente programa y se deberá publicar en la página web de la entidad, a más tardar el 31 de enero de cada año. Durante el año de su vigencia se podrá modificar o ajustar las veces que sea necesario. A partir de la fecha de publicación cada responsable debe ejecutar las acciones contempladas en sus subcomponentes o procesos. En concordancia con la cultura del autocontrol al interior de la entidad, los líderes de los procesos junto con su equipo permanentemente realizaran monitoreo, seguimiento y evaluación del mapa de riesgos de corrupción.



Política de Administración de Riesgos

La Política de Administración de Riesgos de la ESE Hospital San José hace referencia al propósito de la Gerencia de gestionar el riesgo. Esta política está alineada con la planificación estratégica de la entidad, con el fin de garantizar la eficacia de las acciones planteadas frente a los riesgos de corrupción identificados. Dentro del presente Programa se encuentra la Matriz o Mapa de Riesgos de Corrupción que ha diseñado la entidad, en el cual se identifican los procesos, los riesgos de corrupción que se pueden presentar, se contemplan las acciones o controles establecidos para evitar su materialización y el monitoreo o seguimiento a esos controles establecidos para cada uno de ellos.

Dentro de los riesgos a identificar y priorizar, exactamente se encuentran los riesgos de corrupción. Este proceso se realizó de manera participativa con los jefes de áreas y dueños de procesos, por lo que se garantizó la participación colectiva, la validación de la información y paralelamente la socialización de la misma. De acuerdo a lo anterior, se consolida la Matriz Riesgos de Corrupción Institucional. Dentro de las acciones a realizar en este componente se detallan:

Subcomponente/ procesos	Actividades		Entregable	Responsable
1. Construcción mapas de Riesgos de corrupción	1.1	Revisar, actualizar y validar los riesgos de corrupción identificados en la ESE	Reingeniería de procesos institucionales	Oficina de planeación o quien haga sus veces y oficina Calidad
2. Consulta y Divulgación	2.1	Publicar matriz riesgos de corrupción página web institucional como parte integral del programa de transparencia y ética pública.	Reingeniería de procesos institucionales	Oficina de planeación o quien haga sus veces y oficina Calidad
3. Monitoreo y Revisión	3.1	Acompañar la elaboración de planes de mejoramiento cuando se detecten desviaciones	Reingeniería de procesos institucionales	Oficina de planeación o quien haga sus veces y oficina de Calidad / líderes de procesos
4. Seguimiento	4.1	Ejecutar plan de auditorías y seguimientos	Plan de auditorías y seguimiento	Oficina de Control Interno
	4.2	Presentar reportes de seguimiento al comité institucional de gestión y desempeño.	Reingeniería de procesos institucionales	Oficina de planeación o quien haga sus veces y oficina Calidad

Ver Anexo 1. Matriz de Riesgos de Corrupción.

Acción Estratégica 1.2: Gestión de Riesgos de LA/FT/FP

La matriz de riesgos LA/FT-FPADM es una herramienta que permite identificar, evaluar y gestionar los riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva. Su objetivo es identificar, medir, controlar y monitorear estos posibles riesgos.

Se identificaron 8 posibles riesgos que pueden presentarse y/o materializarse. En la ESE Hospital San José, este proceso se realizó de manera participativa con los jefes de áreas y dueños de procesos, por lo que se garantizó la participación colectiva, la validación de la información y paralelamente la socialización de la misma. De acuerdo a lo anterior, se consolida la Matriz Riesgos de Lavado de Activos, Financiación del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva.

Ver Anexo 2. Matriz de Riesgos de LA/FT/FP.

Acción Estratégica 1.3: Canales de Denuncia

La ESE Hospital San José cuenta con una oficina de Servicio de atención al usuario (SIAU) cuya dependencia es la encargada de recibir, tramitar y resolver las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD) que los ciudadanos y/o usuarios de la ESE formulen y que se relacionen con el cumplimiento de la prestación de los servicios de salud en la entidad.

Canales de denuncia E.S.E Hospital San José		
CANAL	DESCRIPCION	CONTACTO
Personalmente	Por escrito o verbalmente en las oficinas de SIAU o ventanilla de Gerencia	Coordinador de SIAU
Buzones de PQRSD	Depositar las PQRSD en los buzones que se encuentran en los diferentes servicios de la ESE, llenado en formato establecido para ello.	Coordinador de SIAU Sede principal de la ESE Hospital San José, Kilometro 1 vía a Lórica.
Correo institucional	Destinado para recibo de cualquier solicitud	gerencia@esehospitalsanjose.com
Formulario electrónico	Establecido en la página web institucional	Página web institucional: micrositio https://esehospitalsanjose.com/pqrs/

Acción Estratégica 1.4: Debida Diligencia

La ESE Hospital San José procura siempre garantizar una adecuada comunicación con sus usuarios tanto internos como externos, así como con la ciudadanía en general, ya que permite racionalizar y optimizar los trámites existentes, con el propósito de atender las necesidades de los usuarios frente a los servicios de salud prestados en la ESE, así como aplicar principios de transparencia, legalidad y acceso a la información pública para que la ciudadanía y partes interesadas puedan tener conocimiento y acercamiento frente a la gestión institucional que se desarrolla.

Por lo anterior, la ESE para modernizar y garantizar la eficiencia de sus procedimientos ha desarrollado 9 estrategias de racionalización de trámites las cuales se pueden observar en la Matriz de Gestión de Estrategias de Racionalización de Trámites.

Anexo 3. Matriz Estrategias de Racionalización de Trámites.

Entre otras estrategias para ofrecer al ciudadano un servicio más amable son las siguientes:

- ✓ Prevaler y actualizar los trámites establecidos en la plataforma SUIT y en la página web de la institución. <https://www.esehospitalsanjose.com>
- ✓ Optimización de la página Web como canal de comunicación eficiente con el usuario. <https://www.esehospitalsanjose.com>
- ✓ Impulsar una cultura de reporte de PQRSD con el fin de medir la satisfacción de los usuarios frente a los servicios prestados y la gestión institucional y a partir de allí hacer las mejoras correspondientes.
- ✓ Divulgar, promocionar y facilitar el acceso a la prestación de los servicios de salud.

2. Redes y Articulación

Este componente tiene como objeto fortalecer los mecanismos de lucha contra la corrupción acercar a los ciudadanos a las instituciones públicas a través del uso de canales de participación y prevenir actos que atenten contra el buen funcionamiento de la ESE y la debida administración de los recursos públicos. Así mismo, se organizarán redes interinstitucionales que permitan mitigar los actos de corrupción

y fortalecer la transparencia y la legalidad por lo que se buscara el trabajo articulado con diferentes entidades como alcaldía municipal, policía nacional, y órganos de control con el fin de identificar posibles actos que conlleven a detrimento patrimonial, fraude, robos, etc.

En la ESE Hospital San José, este proceso se realizó de manera participativa con los jefes de áreas y dueños de procesos, por lo que se garantizó la participación colectiva. Se definieron cinco (5) estrategias para el componente de Redes y Articulación, por lo cual se consolida la Matriz Estrategias de Redes y Articulación

Ver Anexo 4. Matriz Estrategias de Redes y Articulación

3. Modelo de Estado Abierto

Para el desarrollo del componente de Modelo de Estado abierto se desarrollarán las tres (3) acciones estratégicas que en el modelo se definen que son: Acceso a la información pública y transparencia, Integridad Pública y cultura de la legalidad y dialogo y responsabilidad. La finalidad de este componente es generar una cultura de transparencia y legalidad a través de la garantía del derecho a la información de manera tal que se garantice un dialogo transparente e informado entre el estado y el ciudadano. Se busca mejorar la calidad y el acceso a los trámites y servicios de las entidades públicas, mejorando la satisfacción de los ciudadanos y facilitando el ejercicio de sus derechos. Este componente recoge los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de acceso a la Información Pública regulado por la Ley 1712 de 2014 y el Decreto Reglamentario 1081 de 2015, según la cual toda persona puede acceder a la información pública en posesión o bajo el control de los sujetos obligados de la ley. Así las cosas, para el desarrollo del modelo de estado abierto que responde a los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano y garantizar la transparencia y el acceso a la información pública, se ha diseñado una matriz, la cual tiene definido los objetivos específicos, las estrategias específicas, las actividades, las metas, los indicadores de cumplimiento, el porcentaje de cumplimiento y las observaciones efectuadas.

Se formularon nueve (9) estrategias para el desarrollo del componente del Modelo de Estado abierto.

Ver Anexo 5. Matriz del Modelo de Estado Abierto

4. Iniciativas Adicionales

Este componente hace referencia a que las entidades del estado deben contemplar iniciativas que permitan fortalecer su estrategia de lucha contra la corrupción. En este sentido, la ESE Hospital San José dentro de las 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, contempla un documento denominado: **Código de Integridad** el cual contiene los compromisos y protocolos éticos, que sirven para establecer parámetros de comportamiento en la actuación de los servidores públicos. Adicionalmente también contemplara iniciativas como el fortalecimiento de la política de **Gestión de Administración de Riesgos** de modo tal que se pueda adquirir una cultura de conocimiento y manejo de los riesgos que prevengan la ocurrencia de situaciones o eventos que tengan un impacto o consecuencia sobre la misión y objetivos estratégicos.

MONITOREO Y SEGUIMIENTO

A la Oficina de Control Interno de la E.S.E Hospital San José le corresponde adelantar la verificación de la elaboración y de la publicación del Programa. Le concierne así mismo a la Oficina de Control Interno efectuar el seguimiento y el control a la implementación y a los avances de las actividades consignadas en el PTEP, realizando seguimiento (tres) 3 veces al año, así:

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

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

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

ANEXOS

ANEXO. 1 GESTION RIESGOS DE CORRUPCION

GESTION DE RIESGOS DE CORRUPCION

MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCION

PROCESOS: ESTRATEGICOS, MISIONALES Y DE APOYO

IDENTIFICACION				ANALISIS	MEDIDAS DE MITIGACION		SEGUIMIENTO			
PROCESO	ACTIVIDAD	CAUSAS	RIESGO	PROBABILIDAD DE MATERIALIZACION	VALORACION	ADMINISTRACION DEL RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	INDICADOR	OBSERVACIONES
			DESCRIPCION		TIPO DE CONTROL					
FINANCIERA	Planear, ejecutar y realizar cierre presupuestal	Falta de controles en la ejecución presupuestal	Utilización de los recursos diferentes a lo presupuestado	Posible	Controles Preventivos	Evitar el Riesgo	Informes de ejecución del presupuesto periódicos a la gerencia de la entidad. Análisis periódicos de causalidad de los traslados presupuestales que se realicen. Realización de Anteproyecto presupuesto y distribución.	Jefe de Presupuesto, Gerencia, Junta directiva	Presupuesto ejecutado en la vigencia /presupuesto planeado para la vigencia	
FINANCIERA	Gestión de recursos financieros	No adherencia a los procedimientos, Desconocimiento de la normatividad	Registro de las operaciones contables (presupuesto, facturación, inventarios, cuentas por cobrar, cuentas por pagar, activos fijos, nomina) sin documentos soportes	Posible	Controles Preventivos	Evitar el Riesgo	Procedimientos contables aplicados de acuerdo a la normatividad vigente	Contador, Asesor financiero, jefe de presupuesto, Gerencia	Cumplimiento de aplicación de los procedimientos contables de acuerdo a la normatividad	

FINANCIERA	Gestión de recursos financieros	Adulteración de soportes. No aplicación de los principios y valores	Realizar pagos a proveedores y/o contratistas por servicios no prestados o por cuantía superior a lo legal o en la agilización de trámites para estos con el fin de obtener un beneficio particular o a cambio de dinero	Posible	Controles Preventivos	Evitar el Riesgo	Revisiones previas por parte de la gerencia a las órdenes de pago emitidas. Socialización Código de Integridad	Gerente, Área financiera	Porcentaje (%) de cumplimiento de los soportes para órdenes de pago, Hallazgo de auditorías internas. Porcentaje (%) de pagos errados realizados	
FINANCIERA	Gestión de recursos financieros	Abuso de confianza. No aplicación de los principios y valores	Apropiación para sí mismo o para terceros del dinero en efectivo recaudado en las cajas por prestación de servicios asistenciales u otro tipo de insumos	Posible	Controles Preventivos	Evitar el Riesgo	Arqueo de cajas, Socialización código de Integridad, Auditorías internas	Responsable del arqueo diario de cajas, facturadores, Gerencia	Porcentaje (%) de dinero faltante en cajas. Auditorías internas realizadas	

CARTERA	Realizar recuperación de cartera y conciliación con pagadores	Falta de gestión en la recuperación de cartera, Incumplimiento en las fechas de radicación de las cuentas, Falta de soportes para la gestión del cobro, Falta de seguimiento al cobro de las facturas	Pérdida de recursos financiero s por falta de cobro, Cartera vencida	Posible	Controles Preventivos	Evitar el Riesgo	Informes de Cobros de cartera realizados presentados a la gerencia, Conciliaciones permanentes para la gestión de recuperación de cartera, Seguimiento a la radicación de facturas mensuales dentro de los tiempos establecidos para la radicación de las mismas	Tesorero, Gerente	Porcentaje de recuperación de cartera: [[Cartera total de la vigencia anterior – cartera de la vigencia actual) / Cartera total de la vigencia anterior por venta de servicios de salud]*100%	
FACTURACION	Facturar actividades y/o procedimientos realizados a los usuarios	Fallas en la auditoría de cuentas médicas. Falta de soportes. Facturación extemporánea	Generación de glosas	Posible	Controles Preventivos	Reducir el Riesgo	Revisión diaria de facturas	Coordinador de facturación, Auditor de cuentas médicas, gerencia	Porcentaje (%) de glosas definitivas	
FACTURACION	Gestión de Facturación	Aceptación de las glosas sin justa causa	Gestión no oportuna de las glosas	Posible	Controles Preventivos	Reducir el Riesgo	Informes presentados a la gerencia de respuesta a glosas, cuentas realizadas mensuales, radicación de cuentas mensuales dentro de los tiempos establecidos, registro de	Coordinación de facturación, Gerencia	Glosas tramitadas / Numero de glosas recibidas	

							recibido de glosas		
FACTURACION	Gestión de Facturación	Abuso de confianza, Falta de ética del personal encargado	Cobros realizados por prestación de servicios de salud no ajustados a la norma	Posible	Controles Preventivos	Evitar el Riesgo	Arqueo de Cajas	Responsable del arqueo diario de caja, Coordinador de facturación, facturadores, Gerencia	Denuncias realizadas por usuarios
TALENTO HUMANO	Realizar procesos de selección, inducción y reintroducción	Seleccionar personal sin que cumplan con los perfiles establecidos por la entidad, Fallas en los métodos de selección: Documentos soportes, verificación de datos personales, laborales, formación académica, antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales, etc.	Favorecimiento de intereses particulares en la admisión de personal	Posible	Controles Preventivos	Evitar el Riesgo	Selección de personal de acuerdo a los perfiles del cargo, informes de necesidad de personal en las diferentes áreas por parte de talento humano, Cumplimiento de los requisitos establecidos para el ingreso de personal bien sea funcionario o contratista	Jefe de Talento Humano, Gerente	Porcentaje (%) de funcionarios o contratistas que no cumplen con el perfil del cargo a desempeñar

TALENTO HUMANO	Realización de Nominas mensuales	Alteración y Presentación de los soportes de nómina sin la debida justificación. Abuso de confianza de las personas responsables del proceso de liquidación de nomina	Realizar pagos de nómina y recibir dineros por servicios no prestados o por cuantía superior a lo legal, favorecimiento de terceros a cambio de beneficios particulares	Posible	Controles Preventivos	Evitar el Riesgo	El gerente debe revisar la nómina mensual presentada por el responsable y emitir la autorización de ejecución y pago de la misma al tesorero	Gerente, jefe de talento humano	Nominas mensuales revisadas	
GESTION AMBIENTAL	Segregar residuos peligrosos en la institución	Incumplimiento de los procesos establecidos por parte de funcionarios y contratistas	Multas o sanciones por la mala disposición de residuos peligrosos	Posible	Controles Preventivos	Evitar el Riesgo	Inspecciones de verificación por parte del responsable de la gestión ambiental	Responsable de la gestión ambiental y coordinador de salud ocupacional	Inspecciones con mala segregación / total de inspecciones realizadas	
JURIDICA	Gestión de tutelas, demandas, otros procesos	Incumplimiento a los fallos de tutela, demandas, otros procesos	Sanciones e investigaciones disciplinarias	Posible	Controles Preventivos	Evitar el Riesgo	Seguimiento y control a los términos otorgados para dar cumplimiento a los fallos de tutelas y/u otros procesos	Asesor Jurídico	Oportunidad de cumplimiento	

CONTRATACION	Evaluación y seguimiento a las etapas del proceso de contratación	Falta de adherencia al manual de contratación. Falta de adherencia a las interventorías de los contratos	Favorecer la selección y adjudicación de los diferentes contratos: servicios, insumos, obras, etc. a contratistas y proveedores para lucrarse o recibir beneficio de ello. Certificar recibo a satisfacción de servicios prestados, suministros, obra o cualquier tipo de contrato que no ha sido ejecutado a cabalidad a cambio de un beneficio particular	Posible	Controles Preventivos	Evitar el Riesgo	Socialización del Código de Integridad. Socialización del manual de contratación. Informes de Interventoría con los documentos soportes que evidencien la ejecución a cabalidad del contrato	Responsable de Contratación, Gerencia, Talento Humano	No. De socializaciones del código de Integridad. No. De socialización del manual de contratación	
CONTRATACION	Realizar la liquidación de contratos	Incumplimiento de las funciones asignadas al área de contratación y a la supervisión. No dar trámite a la liquidación de contratos dentro del plazo estipulado. Falta de control presupuestal y financiero en la ejecución	Pérdida de recursos por liquidación incorrecta o extemporánea de un contrato	Posible	Controles Preventivos	Evitar el Riesgo	Actas de liquidación de contratos. Verificación presupuestal y cumplimiento de pagos	Responsable de Contratación, Gerencia, Financiera	Porcentaje (%) de contratos liquidados	
ASIGNACION DE CITAS MEDICAS	Realizar la asignación de citas medicas	Manejo de influencias para obtener citas médicas por encima del debido tramite	Trato preferencial en asignación de citas medicas	Posible	Controles Preventivos	Reducir el Riesgo	Seguimiento a las quejas presentadas por los usuarios por manejo de influencias para asignación	Facturadores, Coordinadora de SIAU	No. de quejas realizadas sobre asignación de citas médicas por influencias	

							de citas medicas		
URGENCIAS	Realizar la clasificación de Triage a los pacientes que ingresan a Urgencias	Manejo de influencias	Atención de usuarios con preferencias sin cumplir con la clasificación de Triage	Posible	Controles Preventivos	Reducir el Riesgo	Valoración por parte del médico general para definir Clasificación de Triage. Seguimiento continuo a los pacientes para evaluar y determinar si es necesario modificación de Triage o si continúan con el mismo	Coordinador médico de Urgencias	Oportunidad por niveles de Triage superior a lo establecido para efectuar la revaloración
HOSPITALIZACION	Ingresar pacientes a Hospitalización	Valoración equivocada del paciente. Falta de comprobación de derechos del paciente previo a la atención	Ingresar pacientes sin derecho a una atención que no corresponde	Posible	Controles Preventivos	Reducir el Riesgo	Aplicación de los procesos de ingreso a la atención de hospitalización. Evaluación de los días que el paciente permanece hospitalizado	Coordinador médico, jefe de enfermería, Calidad	Porcentaje (%) ocupacional de camas, porcentaje (%) de estancia de los pacientes hospitalizados

ANEXO 2. MATRIZ DE RIESGOS DE LA/FT/FP

GESTION DE RIESGOS DE LA/FT/FP

MATRIZ DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS/FINANCIACION DEL TERRORISMO/PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA PROCESOS: ESTRATEGICOS, MISIONALES Y DE APOYO

IDENTIFICACION				PROBABILIDAD DE MATERIALIZACION		MEDIDAS DE MITIGACION		SEGUIMIENTO						
PROCESO/AREA	DESCRIPCION DEL PROCESO	FACTOR DE RIESGO (CAUSAS)	RIESGO (Efecto)	Proba bilidad	Impacto				VALORACION	ADMINISTRACIO N DEL RIESGO (Estrategia)	ACCIONES	RESPONSABLE S	INDICADOR	OBSERVACIONES
			DESCRIPCION		O p e r a t i v o	f i n a n c i e r o	R e p u t a c i o n a l	L e g a l	DESCRIPCION DEL CONTROL					
FINANCIERA	Gestión de Recursos en Efectivo	Legalización con soportes que no cumplen con las especificaciones	Probabilidad de subregistro de recursos de la caja en el manejo de efectivo en los diferentes servicios de la ESE, para beneficio de algún empleado, o de terceros (como grupos al margen de la ley). Desvío de recursos con destino al pago de extorsiones realizadas por grupos al margen de la lev	2	2	1	1	1	Revisar el procedimiento de manejo de efectivo, recepción, entrega y registro.	Evitar el Riesgo	Revisión del procedimiento de manejo de efectivo. Socialización código de Integridad, Auditorías internas	Responsable del arqueo diario de caja, Coordinador de facturación, facturadores, Gerencia	Arqueo diario de cajas. Registros correspondientes de entrega y recibo. Porcentaje (%) de dinero faltante en cajas. Auditorías internas realizadas	

FINANCIERA	Pagos a Terceros	Realizar pagos a personas naturales o jurídicas vinculadas a prácticas de lavado de activos, financiación del terrorismo o cualquier otra actividad ilegal.	Probabilidad que la ESE sea relacionada con actividades ilícitas al realizar pagos a terceros vinculados a prácticas de lavado de activos, financiación del terrorismo o cualquier otra actividad ilegal.	2	4	4	4	4	Revisión del Procedimiento de Pagos a proveedores a través de transferencias bancarias, con los debidos soportes que acreditan el egreso de acuerdo con las normas establecidas	Evitar el Riesgo	Revisión del proceso de pagos en tesorería	Tesorero, jefe financiero, Gerente	Revisión de Pagos – muestra a revisar	
CONTRATACION	Gestión de Proveedores	Vinculación de proveedores asociados a prácticas de LA/FT/FP	Probabilidad que la ESE sea relacionada con actividades ilícitas al seleccionar proveedores con prácticas de lavado de activos, financiación del terrorismo o cualquier otra actividad ilegal.	2	4	4	4	4	Revisión del Proceso contractual en cada una de sus diferentes etapas, acreditación de los documentos soportes de los proveedores con quien contratar, revisión de antecedentes	Evitar el Riesgo	Revisión de los procesos contractuales	Asesor Jurídico responsable de la contratación, Gerente	Revisión de los procesos de contratación de proveedores - Contratos celebrados - muestra a revisar	
RECURSOS FÍSICOS (ALMACÉN)	Recepción de donaciones	Recibir donaciones de entidades sin ánimo de lucro y otras, sin la verificación del cumplimiento de los requisitos legales	Probabilidad que la ESE reciba multas o sanciones por recepción de donaciones sin el lleno de los requisitos legales	2	5	5	5	5	Diseñar un procedimiento para recepción de donaciones en el Hospital	Evitar el Riesgo	Revisión del procedimiento de revisión de donaciones	Jefe de recursos físicos (Almacén), Gerente	Revisión de donaciones realizadas con los documentos soportes que acreditan el cumplimiento de los requisitos legales	

RECURSOS HUMANOS / CONTRATACION	Vinculación del personal	Vinculación de funcionarios y colaboradores involucrados en el lavado de activos, financiación del terrorismo y cualquier otra actividad ilícita	Probabilidad de contratar funcionarios, colaboradores involucrados con actividades relacionadas con el lavado de activos, financiación del terrorismo y cualquier otra actividad ilícita, afectando el desarrollo de las actividades de la ESE.	2	5	2	2	5	Aplicar los procesos de selección de personal y contractuales, verificación de hojas de vida y verificación de antecedentes antes de efectuar la vinculación del personal y colaboradores a la ESE	Evitar el Riesgo	Revisión de los procesos de selección de personal y contractuales, verificación de antecedentes.	Jefe de talento humano, Asesor Jurídico responsable de la contratación, Gerente	Revisión de los procesos de selección, vinculación, y procesos contractuales de funcionarios y colaboradores de la ESE
RECURSOS HUMANOS	Convenios docencia - servicio (Universitaria)	Vinculación de estudiantes involucrados en el lavado de activos, financiación del terrorismo y cualquier otra actividad ilícita	Probabilidad de vincular por medio de convenios, estudiantes involucrados con actividades relacionadas con el lavado de activos, financiación del terrorismo y cualquier otra actividad ilícita, afectando el desarrollo de las actividades de la ESE.	2	5	2	2	5	Revisar y aplicar el proceso de convenios docencia – servicio con universidades que cumplan con el sistema SARLAFT, realizar la verificación de antecedentes y revisión de hojas de vida de estudiantes en la ESE previa aceptación de los mismos.	Evitar el Riesgo	Revisión de los procesos de convenios docencia – servicio con universidades, verificación de antecedentes y hojas de vida de estudiantes	Jefe de talento humano, Gerente	Revisión de los procesos de convenios docencia – servicio con universidades, previa vinculación de estudiantes

RECURSOS HUMANOS	Movilización de personal médico y asistencial a puestos de salud de zonas rurales, atención APS en diferentes zonas del municipio	Prestación de servicios de salud en las diferentes zonas rurales, el personal médico y asistencial puede ser obligado o convencido por grupos al margen de la ley de prestar servicios o hacer operaciones ilegales	Probabilidad de hurto y/o uso indebido de los equipos de la ESE para el uso o transporte de productos ilegales (Por ejemplo: armas, drogas, contrabando), a través de mezcla de productos legales del Hospital, equipos biomédicos o cualquier otro dispositivo que se utilice en la prestación de los servicios de salud	2	5	5	5	5	Controles de los equipos y dispositivos médicos llevados a las diferentes zonas para la prestación de los servicios	Evitar el Riesgo	Revisión de los procesos de traslados de equipos y dispositivos médicos para la prestación de los servicios en zonas rurales	Jefe de talento humano, Gerente	Socialización del código de integridad implementado en la ESE, sensibilización de los valores del servidor público y colaboradores.
GESTION LEGAL	Atención a requerimientos legales y contractuales	Respuestas de requerimientos a órganos de control fuera de los términos.	Probabilidad de multas o sanciones por respuestas a requerimientos de los órganos de supervisión de acuerdo a la norma SARLAFT	4	4	4	4	4	Atender requerimientos de los entes de control de acuerdo a los procedimientos establecidos por los mismos.	Evitar el Riesgo	Capacitar a los responsables en la ESE del cumplimiento de la norma SARLAFT y verificación del cumplimiento y/o respuesta de los requerimientos efectuados por entes de control dentro de los tiempos establecidos	Oficina Jurídica, Gerente	Evidencia de capacitaciones a funcionarios y colaboradores referente a la norma SARLAFT, Respuestas de requerimientos efectuados por entes de control dentro de los tiempos establecidos

Escala	Probabilidad	Impacto	Control
1	Muy Baja	Muy Bajo	Muy efectivo
2	Baja	Bajo	Efectivo
3	Media	Moderado	Parcialmente efectivo
4	Alta	Alto	Poco efectivo
5	Muy Alta	Catastrófico	No efectivo

PUNTAJE	ESTRATEGIA
De uno a diez	Aceptar el Riesgo
De diez a 20	Evitar el Riesgo

ANEXO 3. MATRIZ ESTRATEGIAS DE RACIONALIZACION DE TRÁMITES

ESTRATEGIA DE RACIONALIZACION DE TRAMITES								
NOMBRE DE LA ENTIDAD: ESE HOSPITAL SAN JOSE								
SECTOR: SALUD								
ACTIVIDAD: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD								
TRAMITE NO.	NOMBRE DEL TRAMITE	TIPO DE RACIONALIZACION	ACCION ESPECIFICA DE RACIONALIZACION	SITUACION ACTUAL	DESCRIPCION DE LA MEJORA A REALIZAR AL TRAMITE	BENEFICIO AL CIUDADANO Y/O A LA ENTIDAD	DEPENDENCIA RESPONSABLE	OBSERVACIONES
1	HISTORIA CLINICA	ADMINISTRATIVO	NO REQUIERE MEJORA	EL TRÁMITE SE ENCUENTRA DEFINIDO	NO REQUIERE MEJORA	ACCESO A SU PROPIA HISTORIA CLÍNICA	COORDINACION DE HISTORIAS CLINICAS	

2	DISPENSACION DE MEDICAMENTO S Y DISPOSITIVOS MEDICOS	ADMINISTRATIVO	PARA LA RECLAMACION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS DEBERAN PRESENTAR FORMULA MEDICA EN ORIGINAL, COPIA DEL DOCUMNTO DE IDENTIFICACION Y AUTORIZACION DE SERVICIOS POR PARTE DE LA EPS EN CASO DE SER NECESARIA.	EL TRÁMITE SE ENCUENTRA INSCRIPTO DEFINIDO	NO REQUIERE MEJORA	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD	FARMACIA	
3	EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO	ADMINISTRATIVO	OPTIMIZACION DE LOS PROCESOS Y/O PROCEDIMIENTOS	EL TRÁMITE SE ENCUENTRA DEFINIDO	DAR A CONOCER LOS EXAMENES QUE OFERTA LA ESE A LOS USUARIOS E INCLUIR LAS CONDICIONES DE PREPARACION DEL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS EXAMENES ORDENADOS	INFORMACION COMPLETA DEL SERVICIO Y EVITAR DEVOLUCIONES DE PACIENTES POR PREPARACION INADECUADA PARA EL EXAMEN	COORDINACION DE LABORATORIO CLINICO	
4	ATENCION INICIAL DE URGENCIAS	ADMINISTRATIVO	NO REQUIERE MEJORA	EL TRÁMITE SE ENCUENTRA DEFINIDO	NO REQUIERE MEJORA	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD	COORDINADOR DE URGENCIAS	
5	CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	ADMINISTRATIVO	EL TRAMITE NO REQUIERE MEJORA	EL TRÁMITE SE ENCUENTRA DEFINIDO	NO REQUIERE MEJORA	RACIONALIZACION DEL TRAMITE PUESTO QUE LA ESE PROPORCIONA DE MANERA INMEDIATA DICHO CERTIFICADO	COORDINACION MEDICA	
6	RAYOS X	ADMINISTRATIVO	OPTIMIZACION DE LOS PROCESOS Y/O PROCEDIMIENTOS	EL TRÁMITE SE ENCUENTRA DEFINIDO	SE ENCUENTRAN ESTABLECIDOS Y PUBLICADOS LOS HORARIOS DE ATENCIÓN	INFORMACION CLARA AL PACIENTE EN REFERENCIA A LOS HORARIOS DE	COORDINADOR DE RAYOS X	

						ATENCION DE RAYOS X		
7	ASIGNACION DE CITAS	ADMINISTRATIVO	OPTIMIZACION DE LOS PROCESOS Y/O PROCEDIMIENTOS	EL TRÁMITE SE ENCUENTRA DEFINIDO	ACTUALMENTE SE CUENTA CON OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN Y ASIGNACIÓN DE CITAS DE 1 DIA, POR LO QUE SE GARANTIZA OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS	SATISFACCION Y OPORTUNIDAD DE LA ATENCION	CALIDAD, GERENCIA	
9	CERTIFICADO DE DEFUNCION	ADMINISTRATIVO	EL TRAMITE NO REQUIERE MEJORA	EL TRÁMITE SE ENCUENTRA DEFINIDO	SI EL DECESO DE LA PERSONA OCURRE EN EL HOSPITAL SE REALIZA EL CERTIFICADO DE DEFUNCION DE MANERA INMEDIATA O A LA ENTREGA, SI EL DECESO SE DA FUERA DE LA ESE, SE DEBERA ACREDITAR COPIA DEL ACTA DE LA DENUNCIA DEL DECESO O MUERTE EN LA INSPECCION DE POLICIA CON FIRMAS CORRESPONDIENTES DE DENUNCIANTE Y TESTIGOS, COPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA DE QUIEN HACE LA DENUNCIA DEL DECESO, COPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA DE UN TESTIGO, COPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA DEL FALLECIDO, CON ESA DOCUMENTACION SE EXPIDE EL CERTIFICADO DE DEFUNCION EN LA ESE SIEMPRE Y CUANDO EL DECESO NO SEA MAYOR A 5 DIAS, DADO EL CASO EL DECESO FUERA MAYOR A 5 DIAS NO SE EXPEDIRA EN LA ESE SINO EN UNA NOTARIA	BENEFICIO PARA LA ENTIDAD Y ES EL DE CUMPLIR CON LAS NORMAS Y TRAMITES ESTABLECIDOS Y SALVAGUARDAR LA RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL PROFESIONAL QUE EXPIDE Y CERTIFICA ESTAS DEFUNCIONES. BENEFICIO PARA EL USUARIO: INFORMACION CLARA.	COORDINACION MEDICA	

ANEXO. 4 MATRIZ ESTRATEGIAS DE REDES Y ARTICULACION

ITEM	ACTIVIDAD	TIPO DE RECURSO	META	ENTREGABLE	RESPONSABLES	OBSERVACIONES
1.	Realizar monitoreo de los datos abiertos (información pública que se puede usar, reutilizar y redistribuir sin restricciones legales) que se encuentran disponibles en la página web institucional, garantizar su apertura y actualización de los mismos.	Humano	- Al menos 4 actualizaciones al año	Evidencias de actualizaciones realizadas en el sitio web institucional a los datos abiertos	Responsable de la Oficina de tecnologías de la ESE	
2.	Realizar seguimiento a las PQRSD interpuestas por los usuarios y ciudadanía en general a través del formulario electrónico dispuesto en el sitio web institucional	Humano	Seguimiento mensual	Evidencias del seguimiento y trámite de las PQRSD registradas en el sitio web institucional de la ESE	Responsable de la Oficina de tecnologías de la ESE	
3.	Socializar con los funcionarios y colaboradores de la ESE Hospital San José el programa de transparencia y ética pública, su objetivo y funcionalidad	Humano	Una vez al año y cada vez que ingrese un funcionario o colaborador nuevo	Actas de socialización y evidencias respectivas	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	
4	Elaborar e implementar una estrategia de difusión para la generación de confianza en la ciudadanía de denuncia asociada a hechos de corrupción, por ejemplo: mensajes alusivos a que si conoce algún acto de corrupción que denuncie.	Humano	Dos veces al año	Estrategia o documento elaborado	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	
5.	Generar un informe semestral sobre si han presentado denuncias por hechos de corrupción dirigido a la oficina de control interno de la ESE.	Humano	Dos veces al año	Estrategia o documento elaborado	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	

ANEXO 5. MATRIZ DEL MODELO DE ESTADO ABIERTO

E.S.E HOSPITAL SAN JOSE						
MODELO DE ESTADO ABIERTO						
ESTRATEGIAS: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA, INTEGRIDAD PUBLICA Y CULTURA DE LA LEGALIDAD, DIALOGO Y RESPONSABILIDAD						
OBJETIVO ESPECIFICO	ESTRATEGIA ESPECIFICA	ACTIVIDAD	METAS	INDICADOR	RESPONSABLES	OBSERVACIONES
Evaluar el grado de percepción y satisfacción de los usuarios frente a la prestación de los servicios en la ESE mediante las encuestas de satisfacción	Realizar análisis de las encuestas mensuales de satisfacción de usuarios para detectar falencias y formular alternativas de solución.	Realizar encuestas mensuales, analizar el resultado de estas y proponer las acciones de mejora	Porcentaje 95% de satisfacción del usuario	Índice de satisfacción del usuario.	Oficina de SIAU	
Disponer de un sistema de información que permita conocer las necesidades y expectativas de los usuarios y satisfacerlas con calidad de acuerdo con las políticas definidas en la entidad.	Fomentar el uso de mecanismos que permitan al SIAU conocer las necesidades y expectativas de los usuarios sobre el servicio de salud.	Promocionar el uso de los diferentes sistemas de información para que los usuarios expresen sus necesidades y expectativas como son los buzones de sugerencias y realizar apertura de los mismos semanalmente	Actas de apertura de buzones. Porcentaje 95% de satisfacción del usuario	Índice de satisfacción del usuario.	Oficina de SIAU	
Socializar el Código de integridad del servidor público a todos los funcionarios y colaboradores de la ESE, sin importar el tipo de vinculación.	Realizar la socialización del Código de integridad del servidor público a todos los funcionarios y colaboradores en la ESE, incluir la socialización en los procesos de inducción, reintroducción o cuando ingrese persona al nuevo a labora en la entidad.	Efectuar la socialización del código de integridad del servidor publico	100%	Actas de socialización y evidencias	Jefe de Talento Humano	

Nit. 891000499-4

Dar soluciones y respuestas efectivas a las solicitudes de información, así como a las peticiones, quejas y reclamos que realicen los usuarios.	Tramitar respuestas oportunas por parte de los responsables de cada proceso teniendo en cuenta las solicitudes de los usuarios.	Realizar la apertura de buzones, así como el recibo de PQRS directamente en la oficina de SIAU para dar respuestas oportunas dentro de los términos que estipule la ley y en el menor tiempo posible.	Dar el respectivo trámite al 100% de las peticiones, quejas y reclamos que realicen los usuarios.	Evidencias de trámite de respuestas y recibido de los usuarios	Oficina de SIAU	
Tener información disponible y accesible para que todos los usuarios conozcan sus derechos y deberes y orientarlos de manera efectiva sobre cómo proceder en caso de que lo ameriten.	Promover el conocimiento de los derechos y deberes de los usuarios.	Realización de charlas a los usuarios sobre sus derechos y deberes. Divulgación mediante publicaciones en pendones, o cualquier otro medio para que los usuarios conozcan sus deberes y derechos	Sistema de información y atención al usuario constituido, con información mensual, con planes y acciones de mejora.	Charlas realizadas y publicaciones de deberes y derechos en las distintas áreas de la entidad.	Oficina de SIAU	
Determinar cuáles son los obstáculos que impiden a los ciudadanos y ciudadanas acceder al Sistema de Salud y realizar la gestión adecuada.	Tratar de minimizar los obstáculos que están impidiendo a los usuarios acceder al Sistema de Salud.	Realizar la gestión conveniente y/o los trámites posibles con el usuario para el acceso al Sistema de Salud.	Índice de satisfacción de los usuarios.	Barreras de acceso al Sistema de Salud.	Oficina de SIAU, Gerencia, Oficina de Calidad	
Publicar en la página web institucional o cualquier otro medio de información que cuenta la entidad, toda la información disponible referente a informes de gestión, planes de desarrollo, informes de rendición de cuentas, informes de tipo financiero y contable, informes de la contratación celebrada, servicios ofertados, disponer de un link en la plataforma web institucional para la PQRS, informes Semestrales de Evaluación del Sistema de control interno y demás información de interés para que los usuarios y toda la población conozcan y estén al día de la gestión que se lleva a cabo en la ESE.	Tener la Información actualizada, disponible y accesible en página web de la entidad para que sea visible a toda la población.	Incentivar a todos los líderes de procesos para que cuenten con la información actualizada, y disponible.	Información oportuna, confiable y actualizada de la gestión de la ESE.	Información actualizada y publicada en página web de la entidad.	Gerencia, jefe de sistemas	

Información oportuna, veraz y confiable	Disponer de información oportuna, veraz y confiable para los diferentes informes a rendir a la ciudadanía, entes de control y partes interesadas	Consolidar toda la información que será de insumo para el informe de rendición de cuentas públicas a presentar a la ciudadanía	Informes consolidados	Informe del Plan Operativo anual como seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional, informe del Plan de Gestión Institucional, informe de PQRS, Planes de Mejoramiento, Informe de Producción total por servicios y eficiencia hospitalaria, informes de vacunación y coberturas, indicadores financieros, informe presupuestal, informe de contratación, informe de cartera y procesos jurídicos	Gerencia, jefes de áreas, líderes de procesos	
Suministro de información y dialogo con la ciudadanía y organizaciones	Planear, organizar, y ejecutar la audiencia de rendición de cuentas a la ciudadanía a partir de la recopilación de información concerniente a toda la gestión institucional, informes y resultados obtenidos	Desarrollar la audiencia pública de rendición de cuentas de acuerdo a la gestión de la gerencia de la ESE informando a todas las partes interesadas	Realización de Audiencia de rendición de cuentas a la ciudadanía y partes interesadas. Publicar fecha de realización de audiencia pública, lugar y hora establecida para ello. Publicar acta de rendición de cuentas publica según el marco legal vigente	Acta e informe de Audiencia pública Rendición de Cuentas. Información de realización de audiencia pública de rendición de cuentas publicada en la página web de la SUPERSALUD.	Gerencia, jefes de áreas, líderes de procesos	