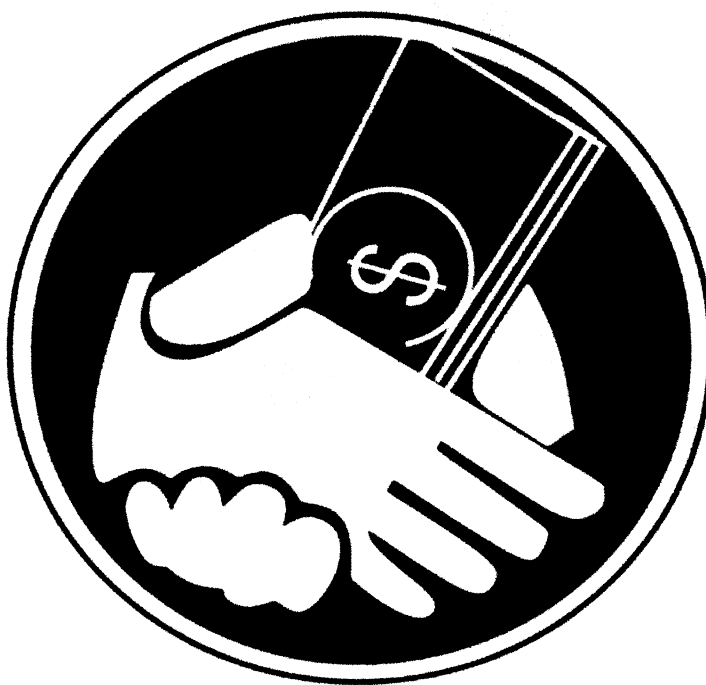




HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN

Juntos mejoramos tu salud



PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

	PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL		GES-DE-PLAN 01	
		Versión: 06	Página 2 de 33	



Elaboró:

Claudia Milena Males Imbachi
Fisioterapeuta-Especialista-Magister
Contratista Oficina Asesora de Planeación.

Revisó:

Julián Andrés Navia Díaz
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Luis Enrique Hurtado Hurtado.
Jefe Oficina Asesora de Control Interno.

Aprobó:

Derlin Yurani Delgado Rodríguez
Gerente

POPAYAN 2017

I. TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
I. Introducción	4
II. Marco Legal	5,6
III. Aspectos Generales	6
a. Direccionamiento estratégico: Misión, Visión, Valores, Objetivos	6
Código de Buen Gobierno y Código de Ética	7
Definiciones	8,9,10
IV. Plan anticorrupción	10
Objetivos del plan anticorrupción	10
Alcance y campo de aplicación	10
Seguimiento de los Riesgos de Corrupción	11
V. Componentes del plan anticorrupción	11
Primer Componente: Mapa de riesgos de corrupción y acciones para su manejo	11 a 16
Segundo Componente: Estrategia Antitrámites	17 a 23
Tercer componente: Rendición de cuentas	24-25
Cuarto Componente: Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.	26-27
Quinto Componente: Mecanismos para la Transparencia y el Acceso a la Información	27-30
Sexto Componente: Iniciativas Adicionales	30

	PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL		GES-DE-PLAN 01
		Versión: 06	Página 4 de 33

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN “E.S.E”

II. INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario San José de Popayán “E.S.E”, siempre comprometido en la construcción de estrategias, políticas y programas que permitan y den cuenta de todas sus actuaciones, las cuales deben estar precedidas de una gestión transparente e integra al servicio del ciudadano y con la participación de la sociedad civil, por tal motivo continuará con las acciones plasmadas en este plan, el cual busca que sus recursos se inviertan en términos de publicidad, transparencia, eficacia y eficiencia, y así generar confianza en sus usuarios, colaboradores y ciudadanía en general.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene el Hospital Universitario San José de Popayán “E.S.E” en la red de prestadores de servicios de la salud para la Población Caucana, se hace necesario implementar acciones en pro de prevenir la ocurrencia de actos de corrupción, que afecten el normal funcionamiento, la sostenibilidad financiera y el desarrollo institucional, es por esta razón, que el equipo directivo en aras de fortalecer el trabajo institucional y dando cumplimiento a la ley 1774 de 2011 plasma en el presente documento “Plan anticorrupción y de atención al ciudadano hospital” directrices y mecanismos básicos en pro de alcanzar y mantener una administración “transparente”

De una forma estratégica considera que el fortalecimiento de su sistema de aseguramiento de la calidad, contribuirá a la organización de sus procesos, así como a la implementación de herramientas de control que blinden a la institución de los riesgos de corrupción.

El Hospital Universitario San José de Popayán “E.S.E”, en consideración a lo establecido en el Decreto 2641 de 17 de Diciembre de 2012, reglamentario de los artículos 73 y 76 de la ley 1474 de 2011, en el cual se señala la metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano; los estándares que debe cumplir las entidades públicas para la construcción del Plan; y el mecanismo de cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas del mencionado documento, elaboró el plan antes mencionado, el cual se describe a continuación.

	PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL		GES-DE-PLAN 01
			Versión: 06 Página 5 de 33

III. MARCO LEGAL

NORMATIVIDAD	CONTEXTO
Constitución Política de Colombia	En el marco de la constitución de 1991 se consagraron principios para luchar contra la corrupción administrativa en Colombia. De igual forma dio gran importancia a la participación de la ciudadanía en el control de la gestión pública y estableció la responsabilidad patrimonial de los servidores públicos. Los artículos relacionados con la lucha contra la corrupción son: 23, 90, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 209 y 270.
Decreto 128 de 1976	Por el cual se dicta el estatuto de inhabilidades, incompatibilidades y responsabilidades de los miembros de las Juntas Directivas de las entidades Descentralizadas y de los representantes legales de éstas. Es un antecedente importante en la aplicación del régimen de inhabilidades e incompatibilidades de los servidores públicos.
Ley 87 de 1993.	Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.
Ley 80 de 1993	Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. En su articulado establece causales de inhabilidad e incompatibilidad para participar en licitaciones o concursos para contratar con el estado, adicionalmente también se establece la responsabilidad patrimonial por parte de los funcionarios y se consagra la acción de repetición.
Ley 489 de 1998	Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
Decreto 2145 de 1999.	Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones. Modificado parcialmente por el Decreto 2593 del 2000.
Directiva Presidencial 09 de 1999	Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción.
Ley 850 de 2003	Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas. Crea el marco legal para el ejercicio de la veeduría en nuestro país, así como un procedimiento para la constitución e inscripción de grupos de veeduría y principios rectores.
Ley 872 de 2003	Crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en su artículo 3° establece que dicho sistema es complementario con los Sistemas de Control Interno y de Desarrollo Administrativo.
Decreto 1599 de 2005	Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano y su anexo técnico MECI 1000:2005.
Decreto 943 De 2014	Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)
Ley 1474 de 2011.	Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la Gestión Pública.

Decreto 4632 De 2011	Por medio del cual se reglamenta parcialmente la Ley 1474 de 2011 en lo que se refiere a la Comisión Nacional para la Moralización y la Comisión Nacional Ciudadana para la Lucha contra la Corrupción y se dictan otras disposiciones.
Decreto 2641 de 2012.	Por la cual se reglamentan los artículo 73 y 76 de la ley 1474 de 2011.
Decreto 734 de 2012	Por el cual se reglamenta el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y se dictan otras disposiciones
Decreto Nacional 019 de 2012.	Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública
Decreto 1450 de 2012	Por el cual se reglamenta el Decreto-ley 019 de 2012.
Decreto 53 de 2012	Por el que se corrigen unos yerros en el Decreto Legislativo 19 de 2012, "por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública".
Decreto 943 de 2014	Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno – MECI-
Ley 1778 de 2016	Por la cual se dictan normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de corrupción transnacional y se dictan otras disposiciones en materia de lucha contra la corrupción.
Entre otras	

IV. ASPECTOS GENERALES

a. Direccionamiento estratégico:

1. MISIÓN

Ofrecemos servicios de salud de alta complejidad, seguros y humanizados apoyados en procesos de docencia e investigación, con estabilidad financiera y responsabilidad social.

2. VISIÓN

Ser una Institución acreditada en salud, líder de la red pública del Departamento del Cauca en la prestación de servicios complementarios, con enfoque en la atención segura y humanizada al usuario y su familia.

3. VALORES.

- **Honestidad:** Es la actitud para actuar con honradez y decencia.
- **Respeto:** Manifestación de cortesía, miramiento y atención.
- **Responsabilidad:** Es la capacidad de asumir las consecuencias de nuestros actos en el cumplimiento de los compromisos laborales adquiridos a nivel personal e institucional y conocer las consecuencias de tipo ético y legal que le sobrevienen.

	PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL	GES-DE-PLAN 01	
		Versión: 06	Página 7 de 33

- **Solidaridad:** Es la colaboración y ayuda mutua, que debe darse entre los funcionarios de la institución para lograr el trabajo en equipo anteponiendo los intereses de la empresa ante los personales.
- **Confidencialidad:** Se respetará la confidencialidad en la transmisión de información entre el personal del hospital, los pacientes y sus familiares, ya sea verbal o escrita. Se cuidará y se hará buen uso de los datos personales del paciente y de toda la información relativa a su salud, se respetará la intimidad del paciente en todas nuestras actuaciones.

b. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Alcanzar y mantener la estabilidad financiera
- Tener personas satisfechas
- Fortalecer la prestación de servicios complementarios en salud.
- Desarrollar un compromiso con la responsabilidad social empresarial
- Prestar servicios de salud seguros y humanizados
- Fortalecer el mejoramiento continuo de los procesos
- Mejorar y mantener la infraestructura y tecnología institucional
- Fortalecer los convenios docencia servicio generando investigaciones conjuntas
- Contar con personal competente y satisfecho en el desempeño de sus actividades
- Fortalecer la toma de decisiones basadas en información valida completa y oportuna

c. CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO

El Código de Buen Gobierno es una herramienta fundamental para establecer los principios y las pautas que deben regir el actuar de una entidad, motivo por el cual deben formar parte de la cultura organizacional de la misma. Se ha determinado la necesidad de poner en práctica un Código de Buen Gobierno el cual busca asegurar un comportamiento en el marco de la ética, la adecuada administración de sus asuntos y los mecanismos idóneos de divulgación de la información, al interior del Hospital Universitario San José de Popayán "ESE", de su estructura hacen parte las políticas, normas, sistemas y principios éticos que orientan la actuación de la Empresa respecto de su gobierno, su conducta y su información.

El código de buen gobierno (COD-02), con resolución número 0308 del 12 de Junio de 2015 (FO-ARH-01) se encuentra publicado en la página Web del Hospital y en gestión documental del área de planeación.

d. CÓDIGO DE ÉTICA

	PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL		GES-DE-PLAN 01
		Versión: 06	Página 8 de 33

Las instituciones públicas necesitan control para su supervivencia, precisan de un ordenamiento interno que les defina los derechos y deberes a sus colaboradores; requieren de guías de acción, metas y objetivos para alcanzar sus fines. Tanto el Código de Ética como el Código del Buen Gobierno, son elementos de control en el Modelo estándar de Control Interno (MECI). El Código de Ética define la conducta de los servidores de la entidad, y el código de buen gobierno constituye la forma en que el nivel directivo adopta guías para orientar la acción de la entidad hacia el cumplimiento de su misión y visión, en el contexto de los fines del Estado.

El Código de Ética para el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. se constituye en el referente apropiado para la presentación de normas y principios de comportamiento a nuestros servidores, mediante la formulación de protocolos éticos, los cuales se deben traducir en declaraciones de compromiso que se constituyen en un dispositivo de regulación autónoma de los deberes y derechos de los miembros de la comunidad hospitalaria, para la realización de sus logros y objetivos comunes. Se fundamenta en un sistema de valores preferentemente compartidos y aceptados desde la razón.

Cada institución, con mayor razón si es hospitalaria, va a necesitar un código ontológico que le sirva de guía para cumplir sus objetivos misionales; ya sea que esos objetivos sirvan para responder a intereses genuinos de mejoramiento o que exprese obligatoriedad a políticas gubernamentales. Lo cierto es que los sujetos que hacen parte de las organizaciones son vistos como sujetos morales, cuya conducta es objeto de juicio ético y va más allá del mero cumplimiento de las funciones propias de su rol institucional.

Código de ética (COD-ET-01), con Resolución No. 0309 del 12 de junio de 2015 (FO-ARH-01) se encuentra publicado en la página Web del Hospital y en gestión documental del área de planeación.

e. DEFINICIONES:

- **Corrupción:** “abuso de posiciones de poder o de confianza, para el beneficio particular en detrimento del intereses colectivo, realizado a través de ofrecer o solicitar, entregar o recibir dinero o bienes en especie, en servicios o beneficios, a cambio de acciones, decisiones u omisiones”.
- **Causas de Riesgo de corrupción:** Son factores internos (debilidades) y factores externos (amenazas), que aumentan la vulnerabilidad a riesgos de corrupción.
- **Riesgo de Corrupción** la posibilidad de que por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia del Estado, para la obtención de un beneficio particular.

	PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL	GES-DE-PLAN 01	
		Versión: 06	Página 9 de 33

- **Control:** Mecanismo que la Entidad tiene implementado para combatir, minimizar, o prevenir el riesgo.
- **Denuncia:** Es la puesta en conocimiento ante una autoridad competente de una conducta posiblemente irregular, para que se adelante la correspondiente investigación penal, disciplinaria, fiscal, administrativa - sancionatoria o ético profesional.
- **Deber de denunciar:** Es deber de toda persona denunciar a la autoridad competente las conductas punibles de que tenga conocimiento. Para los servidores públicos tiene connotación constitutiva de infracción de conformidad con los el artículo 6 de la Constitución Política.
- **Omisión:** Falta o delito que consiste en dejar de hacer, decir o consignar algo que debía ser hecho, dicho o consignado.
- **Peculado:** Cuando un servidor público se apropia, usa o permita el uso indebido, de bienes del Estado o de empresas institucionales administradas o en que tenga parte el Estado, ya sea para su propio provecho o de un tercero.
- **Petición:** es el derecho fundamental que tiene toda persona a presentar solicitudes respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener su pronta resolución.
- **Política de administración de riesgos de corrupción:** Conjunto de “actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo”. Esta política debe estar alineada con la planificación estratégica de la entidad, con el fin de garantizar de forma razonable la eficacia de las acciones planteadas frente a los posibles riesgos de corrupción identificados.
- **PQRS:** Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.
- **Queja:** es la manifestación de protesta, censura, descontento o inconformidad que formula una persona en relación con una conducta que considera irregular de uno o varios servidores públicos en desarrollo de sus funciones.
- **Reclamo:** es el derecho que tiene toda persona de exigir, reivindicar o demandar una solución, ya sea por motivo general o particular, referente a la prestación indebida de un servicio o a la falta de atención de una solicitud.
- **Rendición de Cuentas:** Es una expresión de control social, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la evaluación de la gestión, y que busca la transparencia de la gestión de la administración pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno.

	PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL		GES-DE-PLAN 01
			Versión: 06 Página 10 de 33

- **Soborno:** En la legislación colombiana el soborno o cohecho es el ofrecimiento o solicitud, recibo o entrega, de regalos, préstamos, dinero o cualquier otro tipo de recurso con el propósito de obtener un beneficio particular o ventaja indebidas. El soborno se configura entre un sujeto que recibe o entrega bienes en especie o dineros a cambio de “algo”, y un sujeto que ofrece o solicita su entrega.
- **Concusión:** Es un concepto legal que se utiliza para describir una situación en la cual un funcionario hace uso de su cargo para hacer pagar a una persona una contribución que no le corresponde. La concusión también implica exigir un pago más alto del estipulado por ley.
- **Sugerencia:** Es la manifestación de una idea o propuesta para mejorar el servicio o la gestión de la entidad.

V. PLAN ANTICORRUPCIÓN

OBJETIVOS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN

- Elaborar y/o ajustar el mapa de riesgos de corrupción y toma de acciones preventivas o de mejora, por procesos.
- Establecer los mecanismos para la publicidad de las acciones en materia de lucha contra la corrupción.
- Establecer espacios para que la ciudadanía participe, sea informada de la administración pública.
- Revisar y actualizar la estrategia anti trámites y de racionalización de los mismos.
- Determinar los trámites institucionales e implementar acciones para mejorar la satisfacción del cliente.
- Revisar los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
- Realizar seguimiento al plan anticorrupción

ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

El plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano en el Hospital Universitario San José de Popayán “E.S.E”, se constituirá en una herramienta transversal de apoyo a la gestión del control, en todos sus procesos, actuaciones y actividades, que ejecutan sus servidores públicos, buscando garantizar, que estas estén orientadas a la eficiencia y transparencia de su gestión.

SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN

EL Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. realizará seguimiento a los riesgos de corrupción de manera semestral, con corte 30 de Junio y 31 Diciembre de 2017.

V. COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN

1. Mapa de riesgos de corrupción.
2. Racionalización trámites.
3. Rendición de cuentas.
4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
5. Mecanismos para transparencia y el acceso a la información.
6. Iniciativas adicionales.



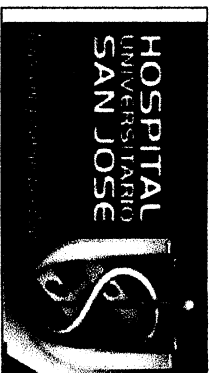
Componente 1: Mapa de riesgos de la corrupción y medidas concretas para mitigar los riesgos en el Hospital Universitario San José de Popayán "E.S.E" por procesos.

El mapa de riesgos de corrupción es una herramienta, que le permite a la gestión institucional direccionar, monitorear e identificar, de manera precisa, oportuna y permanente, las áreas, procesos, y actividades con mayores riesgos o hechos de corrupción y facilita la definición de medidas tendientes a mitigar o erradicar los riesgos o actos de corrupción.

Teniendo en cuenta los procesos institucionales que mayores riesgos presentan frente a la corrupción, se realizó con los líderes de proceso un trabajo participativo, donde se establecieron los riesgos con su respectivo análisis, y valoración:

MAPAS DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN										
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN ESE:				Año: 2017					
Misión:	Ofrecemos servicios de salud de alta complejidad, seguros y humanizados apoyados en procesos de docencia e investigación, con estabilidad financiera y responsabilidad social.									
Gestión de suministros y Almacén										
Proceso	Causas	Riesgo		Valoración del Riesgo	Tipo de Control	Tratamiento	Actividades por desarrollar	Fecha de ejecución / período	Responsables	Indicador (es) y/o herramienta (s) de seguimiento
		No.	Descripción							
Gestión de suministros y Almacén	-Falta de socialización de los procedimientos para la implementación de inventarios permanentes y periódicos de bienes de mayor y menor cuantía, además de definir responsables en los procesos administrativos y asistenciales, que permita mejorar el control de los mismos.	1	Apropiación o manejo inadecuado de control de los bienes de menor y mayor cuantía, por desconocimiento de los procedimientos y falta de asignación de responsables	Importante	Preventivo	Reducción del riesgo	1. Socialización de los procedimientos de Almacén según necesidad de las áreas.	Abril a diciembre 2017	Almacén	Numero de lista de socialización realizadas / programadas
		2	Falta de agilidad en el proceso de baja por causas externas al Área de Almacén	Importante	Preventivo	Reducción del riesgo	2. Actualizar en dinámica gerencial. Net los responsables de los inventarios por áreas y servicios. 3. Realizar informe del proceso de baja de los bienes institucionales que lo ameriten teniendo en cuenta el nuevo manual de manejo de bienes.	Abril a diciembre 2017	Almacén	Numero de responsables de servicios o áreas administrativas actualizados
		3	-Falta de control de inventarios de Propiedad, Planta y Equipo no Explotados, que por su acumulación y falta de espacio, se encuentran distribuidos en varias bodegas, las cuales no facilitan su conteo físico; debido a que el proceso de baja definitiva depende de otras actividades que deben ser realizadas por personal externo del Almacén; avalúo, inspección ocular, entre otros.	Beneficiar a una persona natural o jurídica en particular para la elaboración de los estudios de necesidad.	Importante	Preventivo	Reducción del riesgo	-Socializar procedimiento, -Informar los hallazgos a los entes de control. -Verificación y aprobación de los pliegos por parte de subgerencia administrativa.	Enero a Diciembre 2017	



PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

GES-DE-PLAN 01

Versión: 06
Página 13 de 33

Gestión de la información y comunicaciones	Intereses personales	4	Entrega de precios del mercado para fijar el presupuesto oficial.	Importante	Preventivo	Reducción del riesgo	-Exigir soportes en estudios previos donde conste los precios del mercado actualizados.	Enero a Diciembre de 2017	Coordinado por de Suministros	Número de estudios previos con aprobación.
Gestión de la información y comunicaciones	-Falta de capacitación en la elaboración de los estudios previos. -Falta de asesoría y apoyo en la elaboración de los estudios previos. -Falta de competencia para la elaboración de estudios previos en temas específicos.	5	Otorgamiento de contratos con estudios previos superficiales en su contenido.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	-Realizar capacitaciones en elaboración de los estudios previos del área de suministros.	Julio 2017		Número de colaboradores capacitados.
	Falta de seguridad en las contraseñas de acceso al sistema institucional	6	Sistemas de información susceptibles de manipulación o adulteración	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	Mantener habilitado parámetro en DGH para exigir contraseñas seguras con fecha de caducidad y verificar periódicamente claves 123 de usuarios activos. Socializar el manual de seguridad de la información en lo referente a la Gestión de contraseñas. Evaluar conocimiento del manual.	Febrero 2017/mensual Agosto 2017	Sistema	Número de contraseñas seguras / Total de usuarios Número de colaboradores con socialización
	Incumplimiento de lo establecido en el Manual de Seguridad de la información y la normatividad en derechos de autor.	7	Utilizar programas informáticos sin licencia.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	Socializar el manual de seguridad de la información en lo referente a la Adquisición, actualización y licenciamiento de software. Realizar inventario de licenciamiento.	Agosto 2017 Septiembre 2017	Sistema	Número de computadores con licencia total de computadores del Hospital.
	Falta de gestión de contraseñas tanto del servidor como de base de datos del Hospital.	8	Delitos informáticos o alteración de la información.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	Modificar la contraseña del servidor cada 60 días y de acceso a la base de datos cada 6 meses según manual de seguridad de la información.	Marzo a diciembre 2017/mensual	Sistema	Registro de nuevas contraseñas de seguridad.

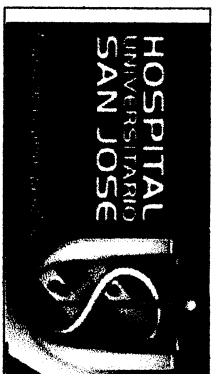
PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

GES-DE-PLAN 01

Versión:
06

Página 14 de 33

Gestión financiera, gestión de la información y comunicaciones	Mecanismos poco efectivos para obtención de información veraz, oportuna y segura para la toma de decisiones.	9	Toma de decisiones que vayan en contra de los intereses institucionales por sesgo en la información financiera institucional.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	-Definir, revisar, priorizar las necesidades de información que se requieren de los diferentes procesos. -Realizar seguimiento a los Subprocesos financieros para la presentación oportuna de la información financiera. -Socializar los procedimientos del área financiera.	Cuántim estral y de acuerd o a las necesid ades Julio 2017	Subgerenci a Científica, Administrati va	Número de informes presentados de forma oportuna.
	Controles precarios. Violación de los principios de transparencia y selección objetiva.	10	Riesgo de solicitar y/o recibir prebendas para trámite de cuentas o contratos que sesguen el juicio del funcionario público.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	-Socialización del Manual de Contratación en la adquisición de bienes y servicios. -Revisión de la aplicación de los controles definidos en los procesos de supervisión de contratos. -Verificar los productos de cada contrato atreves del formato de seguimiento.	Agosto 2017 Mensu al	Subgerenci a Científica, Administrati va	Números de personas informadas/Número de personas involucradas en la realización de contratación
	Presiones políticas y económicas en todos los niveles, falta de rigurosidad en el análisis de la información en cada uno de los planes, programas y proyectos institucionales	11	Riesgo de generar tráfico de influencias	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	Realizar procesos de selección de forma pública. Socialización del código de buen gobierno y de ética institucional. Seguimiento al cumplimiento para planes y proyectos institucionales.	SN Julio Septie mbre	Subgerenci a Científica, Administrati va	Informe del proceso de selección de personal. Número de socializaciones realizadas Informe de seguimiento
	Incidencia determinante de una persona o grupo en la realización de una auditoría o informe y su resultado final, por intereses personales o grupales que reducen la calidad y la	12	Riesgo de abuso de poder y acoso de cualquier tipo.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	-Dos reuniones anuales de sensibilización sobre el código de ética, código de buen gobierno y plan anticorrupción.	Agosto Noviem bre	Subgerenci a Científica, Administrati va	Numero de reuniones realizadas



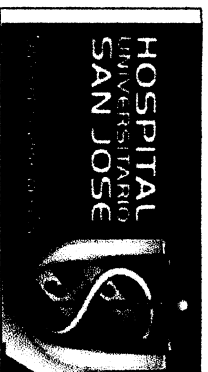
PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

GES-DE-PLAN 01

Versión:
06

Página 15 de 33

	validez de los reportes de la misma.								Realizar Gestiones de seguimiento frente a posibles incumplimientos.			Presentación de informe
	No disponer canales de interacción ciudadana para recibir comentarios, sugerencias, inquietudes para facilitar control y participación en toma de decisiones institucional.	13	Riesgo de ausencia de participación ciudadana	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	-Ejecutar acciones de interacción con empleados y ciudadanos a través de varios canales de comunicación e información. -Seguimiento y respuesta a quejas relacionadas con vigilancia en el hospital.	Cuatrimestral	Subgerencia Administrativa / SIAU	Informe de ejecución de PQRS.		
	-Información incompleta y no conciliada. -Presentar de manera extemporánea las declaraciones tributarias. -Incumplimiento de los términos establecidos por la Contaduría General de la Nación para el cargue de la información financiera del Hospital y otros entes de control.	14	Extemporaneidad en la presentación de los informes a entes de control y vigilancia del hospital (DIAN, Contaduría General de la Nación)	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	- Realizar un cronograma con fechas de entrega de informes a entes de control. -Presentar informe en los términos definidos por la DIAN las declaraciones tributarias. -Presentar informe en los términos definidos por la Contaduría General de la Nación y demás entes de control los informes respectivos.	Trimestral	Jefe de Contabilidad	Informes oportunos entregados a entes de control. Numero de informes presentados		
Control Interno Financiera.	Debilidades en el control de las cajas generales y en la ejecución de caja menor.	15	Inadecuado manejo de los dineros recaudados en las cajas generales y en la ejecución de caja menor.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	Realizar arquezos periódicos a las cajas generales y caja menor.	Febrero a diciembre /Bimestral	Control Interno	Numero de arquezos realizados		
Tesorería.	No cumplimiento del código de ética y sus valores.	16	Soborno (Cohecho) Aceptar o solicitar una dádiva a cambio de realizar u omitir un acto inherente a su cargo.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	- Socializar el código de ética y valores institucionales en el área de Jurídica. - Evaluación de conocimientos con prestes y postes.	Junio 2017	Jefe Oficina Jurídica	No. de personas capacitadas / total del personal del área.		
Gestión Jurídica	Faltencia en la revisión Jurídica del proceso por la Oficina Asesora Jurídica.	17	Celebración indebida de Contratos	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	-Control de legalidad a todos los procesos de contratación.	Enero a Diciembre 2017	Jurídica	No. de contratos legalizados / Total de contratos asignados en un periodo		
	Falta de control entre el área referente y el resto de	18	Estudios previos deficientes y manipulados	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	- Socializar el instructivo para la elaboración de estudios previos	Junio 2017	Jurídica	Actas de socialización.		



PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

GES-DE-PLAN 01

Versión:
06

Página 16 de 33

	personal que interviene en el proceso de contratación									
Gestión de Facturación y auditoría de cuentas	Cobrar a favor personal los servicios que presta el H.U.S.J (ejemplo: imágenes diagnósticas, cirugía).	19	Cobrar servicios a favor personal	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	-Socializar el mecanismo de identificación de casos reportados y realizar seguimiento a los casos reportados - Socializar los valores institucionales	Abril 2017	Facturación	-No. De casos en seguimiento/total casos reportados -Número de personas capacitadas / Total personal del área
	Dejar de cobrar servicios facturables ofertados por el H.U.S.J	20	Detrimiento patrimonial	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	-Programar jornadas de retroalimentación y/o actualización al personal del área en cuanto a la Normatividad vigente aplicable al proceso de Facturación -Realizar trazabilidad mensual a la factura -Cumplir con las fechas programadas de Radicación con las diferentes ERP	Abril a Septiembre 2017 y/o según necesidad Enero a Diciembre 2017 Enero a Diciembre 2017	Facturación	-Número de personas capacitadas / Total personal del área -Informe de trazabilidad de facturas mensual - Informe de Radicación mensual
	Desconocimiento del código de Ética del Hospital	21	Pérdida del efectivo en el área de facturación.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	-Socializar al personal del área sobre el código de ética y los riesgos de corrupción - Evaluar la adherencia de los procedimientos que generan de recibos por pago de servicios de salud -Informar a los entes de control de la institución	Mayo 2017 Abril a Septiembre 2017 y/o según necesidad	Facturación	-Número de personas capacitadas / Total personal del área -Porcentaje de adherencia a procedimiento -No. De casos reportados

	No cumplimiento de procedimiento por falta de compromiso laboral	22	No entrega de facturas al área de radicación sin causa justa.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	-Evaluar adherencia al procedimiento de facturación. -Seguimiento mensual por líder de radicación de las facturas sin radicar. -Informar a los entes de control para su respectiva sanción.	Abri a Septiembre 2017 y/o según necesidad	Facturación	-Porcentaje de adherencia del procedimiento. -No de casos reportados.
Gestión de la información y comunicaciones	-Información y/o resultados negativos que afectan la imagen de la institución. Abuso de su cargo y falta de compromiso.	23	Ocultar a la ciudadanía la información considerada pública.	Importante	Preventivo	Evitar riesgo	-Publicar información en la página web según normatividad. -Manejo adecuado de la información al momento de publicar en la página web.	Abri a diciembre 2017 y/o según necesidad	comunicación	Informe anual de publicaciones.

Componentes 2. ESTRATEGIA ANTITRAMITES

EL Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. en aras de establecer relaciones con el usuario, caracterizadas por la sencillez de los trámites que debe adelantar para satisfacer sus necesidades, y por la agilidad de los procedimientos internos, aborda este componente como una estrategia de lucha contra la corrupción, incluyendo como eje fundamental, mecanismos encaminados a la racionalización de trámites, que permitan:

- Respeto y trato digno al ciudadano, rompiendo el esquema de desconfianza para con el Estado.
- Salvaguardar el derecho constitucional a la intimidad de las personas y sus familias.
- Facilitar la gestión de los servidores públicos.
- Construir un Estado moderno y amable con el ciudadano.

La estrategia anti-trámites parte de la identificación de los trámites que se realizan en los procesos de la institución y que involucran al ciudadano. Una vez identificados se priorizaron cuales se interviene, teniendo en cuenta factores internos (complejidad, costo, tiempo) y externo (pago, análisis de las peticiones, quejas y reclamos, auditorías, consultas ciudadanas), en este sentido los trámites que continúan interviniendo son:

Hoja de vida de trámites	
Nombre del trámite	Asignación de citas
En que consiste	Vía correo electrónico se informa a la EPS la asignación de las citas por especialidad, por cada usuario el día y la hora.
Pasos a seguir	1. En la última semana de cada mes la EPS envía por correo electrónico a nuestra IPS los listados de usuarios por especialidades para consulta externa especializada. 2. El día 25 HUSJ y de acuerdo a las agendas entregadas por los especialistas, se asignan las citas para el mes siguiente equitativamente, entre las Empresas con el día y la hora de la atención informando al usuario por vía telefónica y en el transcurso del mes se regresa por vía correo electrónico a cada EPS lo asignado para que se proceda a recordar la cita a cada Usuario. 3. Las citas se asignan de acuerdo al orden de solicitud de los pacientes que están en las listas enviadas por las EPSs. 3. El usuario asiste el día y la hora asignada a la consulta especializada previa facturación con la documentación requerida.
Requisitos	Disponibilidad de consultas de acuerdo a la modalidad de contratación que cada especialista oferte al HUSJ para el mes. Existencia de un contrato con la entidad aseguradora del usuario. Autorización de servicios. Verificación en la base de datos de afiliado, para la confirmación de su estado de afiliación.

Documentos requeridos	Orden médica original vigente Autorización de servicios original vigente (orden de apoyo) Documento de identificación Historia clínica, cuando el paciente proviene de otra institución.
Pagos	No genera ningún costo para el usuario, excepto cuando aplica la cuota moderadora o copago
Normatividad	Resolución No. 1552 de 2013, Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto - ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones (Artículo 2°, Obligación de registro, Parágrafo). Acuerdo 029 de 2011. Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Resolución 3047 de 2008. Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en
Trámites relacionados	Facturación de servicios Copia de historia clínica
Acciones a Implementar:	1. Reunión cada trimestre con EPS con el fin de evaluar el proceso, de acuerdo a los hallazgos encontrados. 2. Evaluar mes a mes los errores en la asignación de las citas generados por el sistema y tratados en la reunión con el personal correspondiente. 3. Socializar el procedimiento de asignación de citas médicas. (mayo)
Fecha de ejecución	Abril a Diciembre de 2017
Fuente de datos:	Área de asignación de citas – Jefe María Eufrasia Sandoval Pino

	Hoja de vida de trámites
Nombre del trámite	Copia de historia clínica
En qué consiste	Es el proceso mediante el cual, se le permite al Usuario o a un Tercero acceder a una copia de la historia clínica, en los siguientes horarios: lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 12:00 m. a. – 2:00 p. m. a 6:00 p.m. Teléfonos: 8234508. Extensión 167. Correo electrónico: estadistica@hospitalsan jose.gov.co



PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

GES-DE-PLAN 01

Versión:
06

Página 20 de 33

Pasos a seguir	1. El usuario, representante legal o a quién él autorice, presenta la solicitud (verbal o escrita) y los documentos de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento definido por el Hospital. 2. El personal a cargo de la Ventanilla Única, con el apoyo del Personal del Área de Estadística verifica que el Usuario cuente con una historia clínica en la institución y que cumpla con los requisitos para el suministro de copia de la historia clínica. 3. De cumplir con los requisitos exigidos, se entrega copia de la historia clínica, en físico o en medio magnético.
Requisitos - Documentos requeridos	La Resolución 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de Salud hoy Ministerio de Salud y Protección Social, señala que la historia clínica es un documento privado, sometido a reserva, que solo puede ser conocido por terceros, previa autorización del paciente o en caso previsto por la ley. Para acceder a una copia de la historia clínica se necesita cumplir con los requisitos que se mencionan a continuación, según aplique: REQUISITOS PARA SOLICITAR COPIA DE LA HISTORIA CLINICA: Si quien la solicita es el paciente: Debe presentar documento de identificación original, no se aceptan copias. Si quien la solicita es un familiar o tercero: Debe presentar documento de identificación original. Copia del documento de identificación del paciente. Una carta de autorización escrita, firmada por el paciente y por la persona autorizada. Si quien la solicita es el padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad debe presentar: Debe presentar documento de identificación original. Copia del documento de identificación del menor. Copia de la documentación que lo acredite como representante legal y/o parentesco (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal). Una carta de solicitud firmada por el solicitante. Si quien la solicita es un familiar de un paciente fallecido: Debe presentar documento de identificación original. Copia del Registro Civil (de nacimiento, matrimonio según el caso) con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica. Copia del registro civil de defunción, para demostrar que el paciente se encuentra fallecido (Aplica para pacientes NO fallecidos en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.). Una carta de solicitud firmada por el solicitante donde exprese las razones del requerimiento y su compromiso de utilizar la información sólo para lo referido, conservando su confidencialidad y reserva.

	PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL		GES-DE-PLAN 01	
		Versión: 06	Página 21 de 33	

Requisitos - Documentos requeridos	Si quien la solicita es un familiar de un paciente mayor de edad en estado de incapacidad (inconsciente, con incapacidad mental o física): Debe presentar documento de identificación original. Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho (según el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica. Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente. (Aplica para pacientes NO atendidos en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.). Una carta de solicitud firmada por el solicitante donde exprese las razones del requerimiento y su compromiso de utilizar la información solo para lo referido, conservando su confidencialidad y reserva. Si quien la solicita es el Representante Legal o Apoderado (Abogado) de un paciente: Debe presentar documento de identificación original. Copia de la tarjeta profesional. Copia del poder otorgado. Copia del documento de identificación del paciente o poderdante. Una carta de solicitud firmada por el solicitante donde exprese las razones del requerimiento y su compromiso de utilizar la información solo para lo referido, conservando su confidencialidad y reserva.
Pagos	El Hospital definirá si asume directamente el fotocopiado y/o la impresión, el cobro de las copias de la historia clínica, el suministro del CD y la generación de la copia de historia clínica en medio magnético. De igual manera definirá el costo de tales servicios, lo cual deberá constar en el respectivo Acto Administrativo.
Normatividad	• Acuerdo 07 de 1994, expedido por la Junta Directiva del Archivo General de la Nación. Por el cual se adopta y se expide el Reglamento General de Archivos • Acuerdo 50 de 2000, expedido por la Junta Directiva del Archivo General de la Nación. Por el cual se desarrolla el Artículo 64 del Título VII "Conservación de Documento" del Reglamento General de Archivos sobre "Prevención del deterioro de los documentos de archivo y situaciones de riesgo" • Acuerdo 56 de 2000, expedido por la Junta Directiva del Archivo General de la Nación. Por el cual se desarrolla el Artículo 45, "Requisitos para la Consulta" del Capítulo V "ACCESO A LOS DOCUMENTOS DE ARCHIVO", del Reglamento General de Archivos. • Resolución 1995 de 1999, expedida por el Ministerio de Salud. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica • Resolución 123 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006. • Decreto 019 de 2012. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública. • Ley 1437 de 2011 - Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. En su Título II. DERECHO DE PETICION, Capítulo I. Derecho de Petición ante Autoridades, en sus Artículos 13, 14 y 16, en los cuales se hace referencia a Objeto y modalidades del derecho de petición ante autoridades, Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones y Contenido de las peticiones, respectivamente. • Constitución Política de Colombia 1991 - En sus Artículos 15 y 23, en los cuales se hace referencia a que "Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal..." y a que "Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución..." respectivamente. • Procedimiento de Entrega de Copia de la Historia Clínica a los Usuarios y a Terceros del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.
Trámites relacionados	Facturación de servicios. En la eventualidad de asumir el Hospital de manera directa el fotocopiado, la impresión, el suministro del CD y la generación de la copia en medio magnético.

Acciones a Implementar:	1. Reunión con área de sistemas para tratar el tema de restricción del acceso de historia clínica a personal no autorizado. (abril) 2. Aplicar la normatividad de protección y custodia de los datos en la institución (ley 1581 de 2012 y decreto 1733 de 2013). (mayo) 3. Ajustar el procedimiento de préstamo de historia clínica a los entes judiciales. (mayo) 4. Revisión del procedimiento para aclarar la responsabilidad del pago de la copia de historia clínica. (junio) 5. Gestionar la expedición de una resolución por medio de la cual el Hospital defina el costo del folio a fotocopiar o imprimir la historia clínica y el responsable de dicha actividad. (junio)
Fecha ejecución	Abril a junio de 2017
Fuente de datos:	Área de Estadística – Jefe Amanda Fernández Chávez, Coordinador.

	Hoja de vida de trámites
Nombre del trámite	Facturación de servicios
En qué consiste	Es el proceso mediante el cual, a un usuario se le factura los servicios, de acuerdo a las condiciones pactadas contractual mente con su asegurador.
Pasos a seguir	Facturación servicios ambulatorios 1. El usuario presenta la orden médica, autorización de servicios y registro de asignación de cita. 2. El facturador verifica que el usuario tenga una cita médica asignada actualiza datos. 3. El facturador informa la cuota moderadora a realizar por parte del usuario. 4. Se expide la factura y el recibo de caja. Facturación urgencias y hospitalización 1. El usuario informa sobre su afiliación y posteriormente el trámite es realizado por la institución.
Requisitos	Existencia de un contrato con la entidad aseguradora del Usuario, a excepción de la atención inicial de urgencias. Enviar el formato informando a la entidad responsable de pago que el usuario se encuentra en urgencias de acuerdo a la resolución 3047 de 2008 Autorización de servicios. Verificación en la base de datos de afiliado, para la confirmación de su estado.
Documentos requeridos	Orden médica. Autorización de servicios Documento de identificación.
Pagos	De acuerdo al nivel socio-económico y/o nivel de ingresos, según aplique.

Normatividad	Acuerdo 260 de 2004. Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Resolución 5521 de 2013 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Resolución 3047 de 2008. Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago.
Trámites relacionados	Asignación de citas
Acciones a implementar:	1. Socializar y evaluar adherencia a los procedimientos de facturación (mensual) 2. Escanear los soportes oportunamente los resultados de procedimiento y actividades que no se encuentren en DGH, endoscopia ecocardiograma, banco de sangre, imagenología y electromiografías. (mensual)
Fecha ejecución / periodicidad	Abril a Diciembre de 2017
Fuente de datos:	Área de facturación - Coordinador

De otro lado se hace necesario socializar a los líderes de proceso, según corresponda, los apartes importantes contemplados en el decreto 1912 de 2012 mediante el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública, tales como:

PROHIBICIÓN DE DECLARACIONES EXTRA JUICIO

Se prohíbe exigir como requisito para el trámite de una actuación administrativa declaraciones extra juicio ante autoridad administrativa o de cualquier otra índole.

PROHIBICIÓN DE EXIGIR ACTUACION JUDICIAL PREVIA PARA LA DECISIÓN ADMINISTRATIVA

Se prohíbe exigir como requisito previo para obtener una decisión administrativa la interposición de una acción judicial y la presentación de la copia de la providencia que ordene el reconocimiento o adjudicación de un derecho.

PROHIBICIÓN DE EXIGIR DOCUMENTOS QUE REPOSAN EN LA ENTIDAD

Se prohíbe exigir actos administrativos, constancias, certificaciones o documentos que ya reposen en la entidad ante la cual se está tramitando la respectiva actuación.

No se podrán exigir para efectos de trámites y procedimientos el suministro de información que repose en los archivos de otra entidad pública

	PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL		GES-DE-PLAN 01	
		Versión: 06	Página 24 de 33	

PROHIBICIÓN DE EXIGENCIA DE COMPROBACION DE PAGOS ANTERIORES

Queda prohibida la exigencia de comprobantes de pago hechos con anterioridad, como condición para aceptar un nuevo pago, salvo que este último implique la compensación de deudas con saldos a favor o pagos en exceso, o los casos en que se deba acreditar, por quien corresponda, el pago de períodos en mora al Sistema de Seguridad Social Integral".

DE LOS ERRORES DE CITAS, DE ORTOGRAFÍA, DE MECANOGRAFÍA O DE ARITMÉTICA

Devolver o rechazar solicitudes contenidas en formularios por errores de citas, de ortografía, de mecanografía, de aritmética o similares, salvo que la utilización del idioma o de los resultados aritméticos resulte relevante para definir el fondo del asunto de que se trate y exista duda sobre el querer del solicitante. Cualquier funcionario podrá corregir el error sin detener la actuación administrativa, procediendo en todo caso a comunicar por el medio más idóneo al interesado sobre la respectiva corrección.

PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES, QUEJAS O RECLAMOS POR PARTE DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Los niños, niñas y adolescentes podrán presentar directamente solicitudes, quejas o reclamos en asuntos que se relacionen con su interés superior, su bienestar personal y su protección especial, las cuales tendrán prelación en el turno sobre cualquier otra.

ATENCIÓN ESPECIAL A INFANTES, MUJERES GESTANTES, PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA

Establecer mecanismos de atención preferencial a infantes, personas con algún tipo de discapacidad, mujeres gestantes, adulto mayor y veterano de la Fuerza Pública.

ADMINISTRACION DE LA BASE DE DATOS DEL REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION

Reportar a la Registraduría Nacional del Estado Civil, dentro de los cinco (5) primeros días de cada mes, la información de los fallecimientos respecto de los cuales tengan noticia por el ejercicio de sus funciones o con motivo de la prestación de los servicios funerarios. La información debe incluir, como mínimo y cuando ello sea posible, la identidad de la persona fallecida - con nombres y apellidos- y el tipo y número de documento de identidad.

El formato único que deberán diligenciar los médicos, cuando certifiquen la muerte de una persona. Contará con las exigencias técnicas que permitan la completa identificación de la persona fallecida, incluida la obtención electrónica de las huellas dactilares, cuando esto sea posible.

	PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL		GES-DE-PLAN 01
			Versión: 06 Página 25 de 33

ELIMINACIÓN DE AUTENTICACIONES Y RECONOCIMIENTOS

Todos los actos de funcionario público competente se presumen auténticos. Por lo tanto no se requiere la autenticación en sede administrativa o notarial de los mismos. Ninguna autoridad administrativa podrá exigir la presentación, suministro o entrega de documentos originales autenticados o copias o fotocopias autenticados, sin perjuicio de los controles o verificaciones que dichas entidades deban realizar, salvo para el reconocimiento o pago de pensiones.

COMPROBANTES DE DESCUENTOS Y RETENCIONES

Cuando se cumplan funciones administrativas o presten servicios públicos que paguen o abonen en cuenta a favor de cualquier persona una obligación a su cargo deberán certificar los descuentos o las retenciones que le hayan sido practicados al beneficiario con indicación precisa de la norma legal con que se haya procedido.

ACTAS DE CONCILIACIÓN

Las actas de conciliación no requieren ser elevadas a escritura pública

ASIGNACIÓN DE CITAS MÉDICAS CON ESPECIALISTAS

La asignación de citas médicas con especialistas deberá ser otorgada por las Empresas Promotoras de Salud en el término que señale el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual será adoptada en forma gradual, atendiendo la disponibilidad de oferta por especialidades en cada región del país, la carga de la enfermedad de la población, la condición médica del paciente, los perfiles epidemiológicos y demás factores que incidan en la demanda de prestación del servicio de salud por parte de la población colombiana

AUTORIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, tendrán la obligación de contar con sistemas no presenciales para autorizar los servicios de salud, de tal forma que el afiliado no tenga que presentarse nuevamente para recibir la misma. En ningún caso las autorizaciones podrán exceder los cinco (5) días hábiles contados a partir de la solicitud de la autorización.

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Las Entidades Promotoras de Salud tendrán la obligación de establecer un procedimiento de suministro de medicamentos cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, a través del cual se asegure la entrega completa e inmediata de los mismos.

	PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL	GES-DE-PLAN 01	
		Versión: 06	Página 26 de 33

Componente 3: RENDICIÓN DE CUENTAS

Una vez al año el gerente presentara el informe de resultados de su Gestión a la ciudadanía en audiencia pública.

La Audiencia Pública tiene su base legal en el Artículo 32. Capítulo 8. Ley 489 de 1998, sobre "Democratización y Control Social a la gestión pública".

La Audiencia Pública es una herramienta necesaria para involucrar a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de la Gestión Pública; así mismo, en el Artículo 33. Establece que: cuando la administración lo considere conveniente y oportuno se podrá convocar audiencias públicas en las cuales se discutirán aspectos relacionados con la formulación, ejecución o evaluación de políticas y programas a cargo de la entidad y en especial, cuando esté de por medio la afectación de derechos o intereses colectivos.

Mediante la ley 1122 de 2007 se estableció como objetivo de la superintendencia de salud, el promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema.

El Decreto 1018 de 2007 de la Superintendencia de Salud, mediante el cual se establece su estructura y se dictan otras disposiciones, establece como un objetivo y función de la Superintendencia delegada para la Protección al usuario y la participación ciudadana, establecer los mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del sistema.

Circular única de la Superintendencia de Salud mediante la cual se establecen las reglas e instrucciones aplicables a los destinatarios en la misión de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia, reglando forma y términos de la rendición de cuentas como mecanismo de participación ciudadana en el numeral 3 del capítulo segundo.

Fecha de Reporte:

Según la directrices emanadas de la circular única modificada por la Circular 052 de 2008 de la superintendencia de salud, el Hospital Universitario San José de Popayán "E.S.E" como entidad prestadora de salud debe reportar a más tarde el día 10 del mes de abril cada año a través de la página de la Superintendencia www.supersalud.gov.co la información de la fecha de programación y lugar de realización de la audiencia pública de rendición de cuentas, asimismo como sus modificaciones, inmediatamente suceda el cambio.

Y a través del mismo enlace dentro de los treinta (30) días calendario el Hospital reportara la realización y resultados de la celebración de la Audiencia Pública de rendición de cuentas.

Responsables de la Rendición de Cuentas:

La Audiencia de rendición de Cuentas del Hospital San José de Popayán ESE, será liderada por el Gerente con apoyo de las subgerencias del Hospital y el jefe de la oficina asesora de planeación con el área de comunicaciones.

Componentes obligatorios:

En la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas el Hospital Universitario San José de Popayán "E.S.E", conforme a las directrices normativas dará información sobre:

- La gestión adelantada en la prestación del servicio de salud.
- El manejo presupuestal, financiero y administrativo.
- Los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor.
- Los compromisos adquiridos por El Hospital y la comunidad a través de las Asociaciones, ligas o Alianzas de Usuarios, los cuales estarán regulados por los principios de concertación y de amigable composición y en ningún momento se deberán emplear para interrumpir el normal desarrollo de la atención en salud.

3.3. Boletín Institucional

Semestralmente se emite un Boletín institucional, donde se informa de los principales avances en la administración, buscando fortalecer la imagen del Hospital, así como comunicar a la comunidad en general.

Componente 4: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. tiene dentro de su plan de desarrollo mejorar la calidad de la prestación de servicios, para lo cual orienta sus acciones en obtener la acreditación. Es por esto que para la atención adecuada el Hospital ha decidido implementar al servicio de los usuarios los siguientes mecanismos:

MECANISMOS	DESCRIPCIÓN
Acción de tutela	El Hospital permitirá y responderá oportunamente las acciones de tutelas presentadas por sus usuarios.
Derecho de petición	Se permite a los diferentes usuarios del Hospital, presentar derechos de petición cuando tenga alguna inconformidad con los servicios.
Buzón de Sugerencias	1. El Hospital, al interior de los servicios ha dispuesto un Dispositivo o buzón de color amarillo es el del cliente interno y los buzones azules son

	PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL		GES-DE-PLAN 01
			Versión: 06 Página 28 de 33

	para el cliente externo, con su respectivo formato, para recopilar las sugerencias y manifestaciones de agradecimientos escritas emitidas por el cliente externo e interno. 2. Aquellas sugerencias que son aplicables, funcionales y que contribuyen al mejoramiento de la calidad de los servicios, se incluirán en los planes de mejoramiento o como acciones correctivas. 3. Medición de la satisfacción del usuario y socialización de resultados.
Atención de quejas, reclamos y sugerencias en la oficina SIAU.	Presentación de quejas, reclamos o sugerencias personalmente en la oficina del SIAU, las cuales serán clasificadas por el SIAU. Así mismo el usuario podrá emitir sus peticiones, quejas y reclamos a través de la página web.
Medición de la satisfacción del Usuario	Se realiza mediante la encuesta de satisfacción, la cual es diligenciada por los usuarios que son atendidos en nuestra institución.
Página web actualizada	Página web actualizada con información relacionada con los planes, programas y proyectos de la entidad.
Inscripción de oferentes	La oficina de suministros inscribe en el directorio de oferentes a los interesados en participar en el proceso.
Registro Civil de Recién Nacidos	En este trámite se informa a las madres que el Hospital presta el servicio de registro civil para el recién nacido.
Sistema Integral de Atención al Usuario:	Al interior del servicio de atención a nuestro cliente, el Hospital cuenta con atención personalizada a través de sus funcionarios que se encuentran disponibles y centralizados en la organización durante la jornada habitual y en horarios extendidos; cuenta así mismo con una Línea de Servicio al Cliente (8234508 ext. 202, 8200970); por último, utilizando medios electrónicos y digitales lógicos a través del correo siau@hospitalsanjose.gov.co .
Liga de Usuarios:	Es por esto que los mecanismos de escucha de las necesidades y expectativas de nuestros clientes básicamente son apoyados gracias a este canal expedito de comunicación, así como también las solicitudes, quejas y/o reclamos que le sean presentadas en el desarrollo de sus actividades propias en coordinación con la oficina de atención al Usuario.
Un sistema de información:	Se encarga de publicar los resultados de los indicadores de calidad en la prestación de los servicios y un plan de comunicaciones que comprende diferentes estrategias de difusión de información tanto para el cliente interno como el externo.
La generación de espacios de relación de comunidad:	Participación de un representante de la comunidad en la Junta Directiva de la organización.
Dentro de las oportunidades de mejora se identifican las siguientes:	Fortalecer los mecanismos de seguimiento a la atención de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.

Comité Hospitalaria.	ética	Identifica las oportunidades de mejora en la prestación del servicio de salud y establecer las acciones tendientes a garantizar la calidad, la defensa de los deberes y derechos de los ciudadanos y humanización en el ejercicio de la actividad técnica y científica que brinda el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, en busca del mejoramiento continuo y la responsabilidad social. INTEGRANTES. 1. El Gerente o delegado, quien preside 2. Subgerente Científico o su delegado. 3. Un representante Medico. 4. El coordinador de Enfermería. 5. Enfermera líder de humanización. 6. Coordinador de Atención al Usuario, quien actuara como Secretario 7. Dos representantes de la Asociación de Usuarios del Hospital. El Comité de ETICA HOSPITALARIA del Hospital Universitario San José de Popayán ESE, se reunirá ordinariamente cada mes y extraordinariamente, cuando las circunstancias así lo requieran.
----------------------	-------	--

Componente 5: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACIÓN

En consideración a las disposiciones legales establecidas en la ley 1712/2014 mediante la cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional, y teniendo en cuenta el decreto reglamentario 1081 de 2015, en el cual se establecen directrices generales para la publicación de información pública, el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. define como actividades a desarrollar para dar cumplimiento a éste componente los siguientes aspectos:

- Publicación de información en el Sistema Electrónico de Contratación Pública (SECOP)
- Publicación de información en el sitio web oficial: se crea en la página web institucional, una sección particular identificada con el nombre de "Transparencia y acceso a la información pública", en la cual se publicará "paulatinamente" la siguiente información:

✓ **Respecto a la estructura de la institución:**

Elemento	Responsable
➤ Misión, visión, procesos, procedimientos, organigrama (estructura orgánica),	Oficina de Planeación
Directorio de servidores públicos,	Coordinador de comunicaciones
Deberes y derechos.	Sistema de atención al usuario y Humanización
➤ Políticas y plan de desarrollo.	Oficina de Planeación
➤ El Plan de acción (objetivos, estrategias, proyectos, metas, responsables)	Oficina de Planeación
➤ Programas y proyectos en ejecución.	Comunicación y Planeación

	PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL		GES-DE-PLAN 01
			Versión: 06 Página 30 de 33

➤ Norma gram y link para llevar al ciudadano al SUIN (Sistema Único de Información Normativa)	Planeación y comunicaciones
➤ Ubicación de la sede y de las áreas administrativas y asistenciales para la atención al público.	Comunicación
➤ El horario de atención al público.	Comunicaciones
➤ El presupuesto general, ejecución presupuestal histórica anual y los principales estados financieros.	Subgerencia administrativa y presupuesto
➤ Plan anual de adquisiciones. (plan de compras)	Planeación
➤ Planes de mejoramiento	Control interno
➤ La distribución presupuestal de sus proyectos de inversión	Subgerencia administrativa y presupuesto
➤ Indicadores de gestión.	Calidad
➤ El informe de gestión del año inmediatamente anterior.	Planeación
➤ El presupuesto debidamente desagregado, así como las modificaciones a este o a su desagregación.	Subgerencia administrativa y presupuesto
➤ El Directorio (cargo, direcciones de correo electrónico y teléfono del despacho de los empleados y funcionarios)	Talento humano y comunicaciones
➤ Escalas salariales correspondientes a las categorías de todos los servidores que trabajan de conformidad con el formato de información de servidores públicos.	Talento humano
➤ Las normas generales y reglamentarias, políticas, lineamientos o Manuales.	Planeación y comunicaciones
➤ Las metas y objetivos de las unidades administrativas de conformidad con sus programas operativos y los resultados de las auditorías al ejercicio presupuestal.	Planeación
➤ Contrataciones adjudicadas en la vigencia, en lo relacionado con funcionamiento e inversión, obras públicas, bienes adquiridos, arrendados, servicios de estudios o investigaciones.	Jurídica y suministros
➤ Tablas de retención documental.	Archivo y correspondencia
➤ Contratos de prestación de servicios, con persona natural (objeto del contrato, monto, honorarios y direcciones de correo electrónico).	Jurídica
➤ Los plazos de cumplimiento de los contratos.	Jurídica
➤ El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.	Planeación y control interno

✓ **Respecto a servicios, procedimientos y funcionamiento de la Institución:**

Elemento	Responsable
➤ Detalles pertinentes sobre los servicios ofertados directamente al público, normas, formularios y protocolos de atención.	Venta de servicios y calidad
➤ Información correspondiente a los trámites a agotar en el Hospital (normativa relacionada, el proceso, los costos asociados y los distintos formatos o formularios requeridos)	Sistema de atención a la comunidad (SIAU), estadística y consulta externa
➤ Informes de gestión, evaluación y auditoría del Hospital.	Control interno y planeación
➤ Establecer un correo electrónico para que los usuarios	Comunicaciones y SIAU

manifiesten sus inquietudes, quejas o reclamos a través de este, en casos de no poder hacerlo por otros medios.	
➤ El mecanismo para la presentación directa de solicitudes, quejas y reclamos a disposición del público.	Sistema de atención a la comunidad
➤ Informe de las solicitudes, denuncias y los tiempos de respuesta a las mismas.	
➤ El Esquema de Publicación de Información.	Comunicaciones
➤ El Programa de Gestión Documental.	Archivo y correspondencia
➤ Las Tablas de Retención Documental.	Archivo y correspondencia

- ✓ En consideración a la resolución 3564 del 31 de diciembre de 2015 emitida por el Ministerio de tecnologías de la información y las comunicaciones, el Hospital desarrollara paulatinamente las siguientes acciones:

Elemento	Responsable
➤ Solicitud de citas médicas comprende las acciones necesarias para mejorar el proceso de solicitud de citas médicas.	Consulta externa
➤ Desarrollar el formulario electrónico de solicitud de información pública y generar un link en la página web de la Institución para facilitar la utilización del usuario, en la solicitud de P.Q.R.D.	Comunicaciones y sistemas de información
➤ Divulgar los teléfonos fijos y móviles, fax, incluyendo el indicativo nacional e internacional en formato 57+ No. del área respectiva.	Comunicaciones
➤ Divulgar el correo electrónico para la recepción de solicitudes de información	Comunicaciones
➤ Divulgar el correo electrónico para notificaciones judiciales, configurado de tal forma que envíe acuse de recibo al remitente de forma automática.	Jurídica
➤ Defensa judicial, trimestralmente se publicara un informe de las demandas contra la Institución.	Jurídica
➤ Divulgación de estudios, investigaciones y otras publicaciones de interés para ciudadanos.	Gestión ética legal e investigaciones y comunicador social
➤ Publicación de convocatorias dirigidas a ciudadanos, usuarios y grupos de interés.	Comunicaciones
➤ Publicación de un glosario con términos usados con la actividad del hospital.	Calidad, planeación y comunicaciones
➤ Se habilita una sección que contenga las noticias más relevantes para los usuarios, ciudadanos y grupos de interés, relacionados con la actividad del Hospital.	Comunicaciones
➤ Se publica un calendario de actividades en el cual se muestran los eventos y fechas claves relacionadas con los procesos misionales.	Comunicaciones
➤ Se publica el manual de contratación de la institución	Jurídica y comunicaciones

Componente 6: INICIATIVAS ADICIONALES

El hospital Universitario José de Popayán E.S.E. busca de manera progresiva desarrollar acciones complementarias a las anteriormente enunciadas, en pro de prevenir el riesgo de corrupción, para ello plantea como iniciativas adicionales las siguientes

Elemento	Responsable
a) Establecer anualmente un panorama sobre posibles hechos susceptibles de corrupción o de actos de corrupción que se han presentado en la entidad, realizando un análisis de las principales denuncias sobre la materia.	Control Interno
b) Realizar semestralmente un diagnóstico de los trámites y servicios de la entidad, para identificar afectaciones al usuario en su ejecución	Sistema de información al usuario (SIAU) y sistemas
c) Ejecutar acciones trimestrales en pro de identificar necesidades de información dirigidas a más usuarios y ciudadanos.	Comunicaciones, Sistema de información al usuario (SIAU) y sistemas
d) Reunión semestral con líderes de los procesos de control del Hospital para presentar y revisar, discutir y/o ajustar el mapa de riesgos de posibles actos de corrupción.	Control Interno, planeación
e) Divulgación del plan anticorrupción y específicamente de las actividades de prevención y de mejora asignadas por cumplir en los diferentes procesos institucionales.	Control Interno, planeación

-Claudia Milena Males Imbachi.	- Julián Andrés Navia Díaz	- Derlin Yurani Delgado Rodríguez
Fisioterapeuta Especialista. Magíster -Contratista Oficina de Planeación- ASPROIN	-Luis Enrique Hurtado Hurtado.	
	-Jefe Oficina Asesora de Planeación.	Gerente
	-Jefe Oficina Asesora de Control Interno.	
		27 FEB 2017
Jose Manuel Jaramillo M.	- Profesional Univ. - Contratista Oficina de planeación.	Jose Manuel J