



TABLA DE CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN3

2. MISIÓN3

3. VISIÓN.....3

4. PRINCIPIOS INSTITUCIONALES.....3

4.1 Principio de la buena fe.....3

4.2 Principio de la igualdad.....4

4.3 Principio de la moralidad4

4.4 Principio de la celeridad.....4

4.5 Principio de la economía.....4

4.6 Principio de la imparcialidad4

4.7 Principio de la participación4

4.8. Principio de la eficacia4

4.9. Principio de la eficiencia4

4.10. Principio de la publicidad4

4.11. Principio de la responsabilidad5

4.12. Principio de la transparencia.....5

4.13. Principio de corresponsabilidad.5

4.14. Principio de Prevalencia de Derechos.5

4.15. Principio de calidad5

5. VALORES INSTITUCIONALES5

5.1. Respeto.....5

5.2. Honestidad6

Elaboro: Juan Fernando Aristízabal Gómez	Fecha de elaboración: Marzo de 2013
Reviso: Pablo Andrés Mesa Álvarez	Fecha de revisión: Abril de 2013
Aprobó: Héctor Alonso Duque Aristízabal	Fecha de aprobación: Abril de 2013



5.3. Solidaridad6

5.4. Compromiso.....6

5.5. Transparencia6

5.6. Servicio6

5.7. Confianza.....6

5.8. Imparcialidad.....6

6. OBJETIVO GENERAL6

6.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS7

7. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO7

8. ESTRATEGIAS.....7

8.1. Primer Componente: Metodología para la identificación de riesgos de corrupción y acciones para su manejo7

8.2. Segundo Componente: Estrategia Anti trámites8

8.3. Tercer Componente: Rendición de cuentas9

8.4. Cuarto Componente: Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.....9

9. ESTRATEGIA DE DIVULGACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL PROGRAMA10

10. ANEXOS.....10

10.1 ANEXO 01: MAPA DE RIESGOS10

10.2. ANEXO 02: PLAN DE ACCIÓN20



1. PRESENTACIÓN

En aras de dar cumplimiento a los requerimientos de la Ley 1474 de 2012, la ESE Hospital SAN JUAN DE DIOS DE EL SANTUARIO ha querido definir los mecanismos básicos con el fin de lograr un mejoramiento en la calidad de servicio que ésta entidad ofrece a la comunidad, asegurando que las acciones y esfuerzos lleguen a toda la población, con énfasis a la población vulnerable, con responsabilidad, brindando espacios para una real y efectiva participación ciudadana en la definición de las tareas, su ejecución y vigilancia, mediante procesos transparentes, que garanticen la igualdad de oportunidades. Para lograr esto, se deben desarrollar instrumentos que permitan que los procesos internos y externos del Hospital fluyan con agilidad, oportunidad, que sean transparentes, donde los recursos se destinen a solucionar las grandes falencias y la satisfacción de las necesidades más sentidas de la población

Establecimiento de controles e implementación de estrategias orientadas a mantener la transparencia y celeridad en los procesos de contratación pública, aplicación del estatuto de contratación del Hospital y del normograma Institucional que permita la elaboración y presentación permanente de Informes de gestión a los organismos de control y rendición de cuentas a la comunidad en general, en especial a los actos administrativos y las acciones desarrolladas en cumplimiento de su misión institucional.

2. MISIÓN

Somos una empresa social del estado de primer nivel de complejidad. Basados en el conocimiento Científico, la ética y el compromiso del equipo de trabajo, prestamos servicios humanizados y seguros para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, con alto nivel de calidad para nuestros usuarios, familias y comunidad.

3. VISIÓN

En el 2020 seremos una institución con prestigio municipal y regional caracterizada por la eficiencia en la prestación de los servicios de salud y un buen manejo de los recursos, con estrategias y políticas institucionales, que promueven estilos de vida saludable, bajo un modelo de atención integral, humanizada y segura que contribuya al bienestar y satisfacción de los clientes, usuarios y sus familias.

4. PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

4.1 Principio de la buena fe

Las actuaciones de los servidores públicos del Hospital deben ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones adelantadas.



4.2 Principio de la igualdad

Este principio debe servir de guía a la administración pública para que sus acciones y decisiones respecto de los administrados se generen en igualdad de condiciones.

4.3 Principio de la moralidad

Con fundamento a este principio los administradores deben de tener claros y definidos principios éticos que reflejen una gestión pública, pulcra y transparente. Este principio debe de ser la garantía permanente frente a la confrontación viciosa de funcionarios Públicos arrogantes, soberbios o negligentes en el desempeño de sus funciones.

4.4 Principio de la celeridad

El servidor público debe de ser competente e impulsar oficiosamente las actividades, los procesos y el desarrollo de la entidad con el propósito de obtener resultados óptimos y oportunos.

4.5 Principio de la economía

Es el que sin duda alguna orienta a la entidad pública hacia una política de sana austeridad y mesura en el gasto público y hacia un equilibrio conveniente y necesario en a inversión, garantizando así la debida proporcionalidad y conformidad de resultados en los términos costo beneficio.

4.6 Principio de la imparcialidad

El administrador público debe garantizar mecanismos que orienten y posibiliten un tratamiento, desarrollo o comportamiento justo e imparcial de la administración, respecto de los administrados, y beneficiarios de la entidad.

4.7 Principio de la participación

En virtud de este principio las veedurías ciudadanas y los demás entes de control pueden participar en los procesos que la administración adelanta. Poniendo a disposición la información y documentos por ellos requeridos y obteniendo información en la página Web del Hospital y los demás medios previstos en las normas vigentes.

4.8. Principio de la eficacia

Los servidores públicos deben dirigir sus actividades y recursos de la entidad a que produzcan los mayores logros y resultados en los objetivos y metas, exigiendo la colaboración y oportuna ejecución de los planes y programas.

4.9. Principio de la eficiencia

Los servidores públicos deben garantizar que todas las actividades de la entidad se realicen eficientemente es decir que produzcan los mayores logros y resultados y que a sus recursos se les dé el máximo y adecuado aprovechamiento, de tal forma que se obtengan los objetivos esperados

4.10. Principio de la publicidad

Todas las actuaciones y procedimientos de la administración así como los propósitos y resultados deben ser del conocimiento público de los ciudadanos para lo cual la



administración proveerá a todas sus dependencias de los instrumentos y mecanismos adecuados de publicidad. En razón de este principio las autoridades deberán utilizar los mecanismos posibles de comunicación y de información que permitan la necesaria transparencia de sus actos y el conveniente vínculo con los ciudadanos.

4.11. Principio de la responsabilidad

En virtud de este principio los administradores públicos deben responder con la suficiente diligencia y cuidado no solamente por el desarrollo de las funciones encomendadas si no por las omisiones y actuaciones irresponsables que comprometan no solo los bienes públicos sino el cumplimiento eficiente y oportuno de los fines de la empresa.

4.12. Principio de la transparencia

Este principio garantiza que la función administrativa se desarrolle dentro del marco legal que le ha sido asignado y en atención y acatamiento a las normas vigentes.

4.13. Principio de corresponsabilidad.

Los servidores públicos conocen y dan a conocer que toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos de la institución pública. Corresponsabilidad se entenderá como el deber de cuidado de los usuarios hacia sí mismos y sus comunidades. La Familia, la Sociedad y el Estado son corresponsables de la atención, cuidado y protección de la población.

4.14. Principio de Prevalencia de Derechos.

Los servidores públicos de la E.S.E deben orientar todas sus acciones reconociendo que es obligación de la E.S.E en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral.

4.15. Principio de calidad

En virtud de este principio todos los funcionarios de la Empresa Social del Estado realizarán sus labores enfocados en el mejoramiento continuo, cumpliendo con las exigencias legales, institucionales y los estándares de calidad adoptados por el sistema integral de calidad de la ESE.

5. VALORES INSTITUCIONALES

5.1. Respeto

Los servidores públicos del Hospital conocen el valor propio honrando el valor de los demás, siendo esta la manera más sencilla de ganar respeto. Reconociendo el valor inherente y los derechos innatos de los servidores públicos estos deben ser reconocidos como el foco central para lograr que todos se comprometan con un propósito mas elevado en la vida, aceptando y comprendiendo tal como son los demás y su forma de pensar y actuar.



5.2. Honestidad

Los servidores públicos del Hospital deben actuar con rectitud enmarcando en el comportamiento hacia la honestidad, los servidores de la institución deben de actuar con rectitud, transparencia, responsabilidad, lealtad, el cual es imprescindible para la superación individual y colectiva. Ser honesto es ser capaz de amar y de construir, de ser libre a través de la verdad y la integridad.

5.3. Solidaridad

Los servidores públicos del Hospital, ayudan a compartir las cargas de los demás, porque cuando nace la solidaridad se despierta la conciencia y de esta manera contribuir a la solución de las dificultades apoyándonos en la paciencia, la tolerancia y la voluntad teniendo como objetivo el bien de la comunidad en general y de la empresa.

5.4. Compromiso

Todos los funcionarios de la ESE están dispuestos a asumir como propios los objetivos estratégicos de la organización y comprometen su palabra a orientar su desempeño hacia el bienestar de la institución y los usuarios.

5.5. Transparencia

El comportamiento de todos los empleados públicos del hospital no dejara bajo ninguna circunstancia cabida a la duda y ambigüedad y estará sujeto a la rendición de cuentas cada vez que la comunidad y/o los entes de control lo requieran.

5.6. Servicio

El desempeño de las funciones de los empleados públicos de la ESE, esta orientado a satisfacer las necesidades de los usuarios y sus familias.

5.7. Confianza

El actuar con rectitud de los funcionarios de la ESE, generara un juicio de tranquilidad, asumiéndolos como personal competente e interesado en el bienestar de los demás.

5.8. Imparcialidad

Todo el personal de la ESE asumirá en el que hacer del día a día una posición imparcial frente a las diferentes situaciones que le corresponde afrontar, sin designio anticipado a favor o en contra de personas o cosas, permitiéndoles un proceder con rectitud.

6. OBJETIVO GENERAL

La formulación, seguimiento y control del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, que contiene la estrategia señalada en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, y así Contribuir en la lucha contra la corrupción, a través del establecimiento de un programa que permita desarrollar estrategias y actividades concretas de anticorrupción, de conformidad con los principios enunciados en la Constitución Política, las demás normas vigentes, el **Código de Buen Gobierno y el Código de Ética**, orientándose hacia una gestión íntegra y transparente, con principios y valores éticos frente a todos sus grupos de interés.



6.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

7. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO

Los lineamientos, estrategias, mecanismos, y gestión de riesgos de lucha contra la corrupción, establecidos en el presente documento, serán de riguroso cumplimiento y aplicabilidad por todos los procesos, áreas y colaboradores del Hospital San Juan de Dios de El Santuario

8. ESTRATEGIAS

8.1. Primer Componente: Metodología para la identificación de riesgos de corrupción y acciones para su manejo

1. Se fortalecerá el Sistema de Gestión de la Calidad, definido por procesos y procedimientos, identificando los responsables del monitoreo de este y la medición de los indicadores.
2. Se divulgará a través de la página web del Hospital, el Estatuto Anticorrupción para que sea conocido y comprendido tanto por los funcionarios del Hospital, como por la comunidad en general
3. Estimular los canales de participación y atención al ciudadano en la página Web de la Entidad con un espacio para que los ciudadanos presenten quejas y denuncias de los actos de corrupción realizados por funcionarios de la entidad, si lo hubiere.
4. Se publicara constantemente en la página web con criterios de fácil acceso a la ciudadanía todos los planes, programas, proyectos con informes periódicos de su estado de ejecución para que la ciudadanía los conozca y pueda opinar y hacer sugerencias sobre los mismos.
5. Se garantizara que todos los procesos contractuales, según el Manual de Contratación de la Institución se publiquen oportunamente en la Pagina Web del Hospital.
6. Se garantizara la idoneidad de los contratistas, para el logro y ejecución de los servicios que requiere el Hospital, con calidad, oportunidad y eficacia.
7. Se publicara Periódicamente en un sitio visible los Estados Financieros de la Entidad con sus notas explicativas y la ejecución presupuestal.



8. Para el año de 2013 se programara la divulgación permanente del Estatuto Anticorrupción a cargo de la oficina de comunicaciones de la institución.
9. La Entidad cuenta con un Sistema de Control Interno, definido por procesos y procedimientos; con mapa de riesgos por procesos, identificándolos, así como sus causas, clasificando los riesgos, con análisis y valoración de éstos, señalando los responsables del monitoreo del riesgo y sus indicadores. Por lo cual la metodología de este sistema se validará con la definida por el Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha Contra la Corrupción -PPLCC, de acuerdo con las instrucciones que impartirá el PPLCC en el año de 2012 de conformidad con lo previsto en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011.
10. Igualmente la Entidad se encuentra valorando el mapa de riesgos de contratación del cual se tomará insumos para determinar los riesgos de corrupción en esta materia.

8.1.1. Mapa De Riesgos De La Corrupción

En general, el Mapa de Riesgos de Corrupción, se define como una herramienta metodológica que permite identificar, de manera clara y sistemática, áreas y procesos que propician o son más vulnerables a la comisión de hechos de corrupción y definición de medidas para mitigar los riesgos Identificar, gestionar y monitorear los riesgos de Corrupción al interior del Hospital San Juan de Dios de El Santuario

Para ello se identificaron los riesgos trazadores de la corrupción institucional, en procesos sensibles frente al tema de la corrupción, de igual forma se establecieron los indicadores de monitoreo y control, los cuales serán incluidos en la metodología de mapa de riesgos establecida por el hospital.

8.2. Segundo Componente: Estrategia Anti trámites

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

1. Suprimir o racionalizar los trámites requeridos por la empresa para la prestación de servicios o para la entrega de la información que requiera la ciudadanía.
2. Evitar entrega de fotocopia de carne y cedula de ciudadanía cuando aplique.
3. Aplicativo web para recepción de hojas de vida de futuros contratistas.
4. Solicitud de citas medicas por teléfono.
5. Entrega de algunos resultados de exámenes por internet según criterios médicos.
6. Implementación de historia clínica digital.
9. Se simplificara los documentos soporte de las cuentas a fin de evitar documentos innecesarios o duplicados en las mismas y disminuir el volumen de documentos para archivar
10. Adoptar un aplicativo AVA (ambientes virtuales de aprendizaje) para desplegar algunas acciones de capacitación, educación, socialización, inducción o re inducción, reduciendo el tiempo y costo de las capacitaciones presenciales y brindando espacios de fácil acceso a los usuarios en cualquier tiempo y espacio.



8.3. Tercer Componente: Rendición de cuentas

1. Se realizará la rendición de cuentas en el año con la invitación pública a su realización y participación directa de la comunidad hospitalaria, asociación de usuarios y ciudadanía en general.
2. Se publicará la rendición de cuentas anual en la página web de la entidad y las redes sociales.
3. Se suscribirán los acuerdos de gestión como prácticas de responsabilidad social empresarial.
4. Actualización permanente de la información relacionada con los planes, programas proyectos del Hospital publicada en la Página web <http://www.hospitalelsantuario.com/>
5. Disponibilidad permanente de la oficina de Atención al Usuario encargado de atender, asesorar y proveer la información misional veraz y oportuna a los ciudadanos, de forma presencial.
6. Acceso a los canales de comunicación para que el usuario obtenga información sobre los servicios que ofrece la entidad, así como los trámites de peticiones, quejas, reclamos o sugerencias, de forma presencial, virtual o telefónica, entre ellos: **LA LINEA TELEFONICA 5460050**, Línea de atención al Usuario extensión **OPCION 4**, Correo electrónico atencionalusuario@hospitalelsantuario.gov.co, Buzones de Sugerencias, quejas o reclamos ubicados en los diferentes puntos de atención del Hospital.
7. Realizar procesos de rendición de cuentas a través de la oficina de comunicaciones, con el objeto de Informar a la ciudadanía sobre el proceso de avance y cumplimiento de las metas Contenidas en el Plan de Gestión, Planes de Acción Anuales, indicadores de gestión, producción y calidad, el presupuesto de la Entidad. A través de los siguientes mecanismo, entre otros: Audiencias Públicas, divulgación de la Rendición de Cuentas en la página Web del Hospital <http://www.hospitalelsantuario.gov.co/> y redes sociales, Informes de gestión presentados a los entes rectores, de vigilancia y de control.
8. Promover la participación de la ciudadanía, organizaciones sociales y comunitarias, usuarios y beneficiarios, veedurías y comités de vigilancia, entre otros, para prevenir, racionalizar, proponer, acompañar, sancionar, vigilar y controlar la gestión pública, sus resultados y la prestación de los servicios de salud suministrados por el Hospital, garantizando la gestión al servicio de la comunidad.
9. se compromete a facilitar de manera oportuna la información requerida por la ciudadanía para el ejercicio del control social.
10. Programa radial semanal “El Santuario Saludable” emisión los martes a las 12:00 M

8.4. Cuarto Componente: Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

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

1. Página Web con actualización diaria y permanente de información relacionados con los planes, programas y proyectos de la Entidad.
2. En cada dependencia se fortalecerá la Atención al Ciudadano para proveer una información veraz y oportuna, de forma presencial, virtual y vía telefónica
3. Crear relaciones de respeto y fortalecer siempre la imagen institucional ante el ciudadano.
4. Presentación de consultas, quejas y reclamos: A través de la página Web, en el link quejas y reclamos donde se puede formular sus requerimientos, este proceso estará a cargo el SIAU, quien será el responsable de seleccionarlas, clasificarlas y presentarlas,



PLAN ANTICORRUPCIÓN

Código: N.MA.AP-01

Versión: 00

Página 10 de 22

ante los miembros del Comité de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Ética, quienes buscaran las soluciones respectivas y realizaran el respectivo seguimiento.

5. Elaboración de plan de mejoramiento de propuestas, quejas, reclamos y expectativas planteadas por la ciudadanía en la rendición de cuentas.
6. Implementar acciones de educación, concientización, fortalecimiento y promoción de una nueva cultura de responsabilidad, dirigidos a la comunidad en general

9. ESTRATEGIA DE DIVULGACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL PROGRAMA

Para dar cumplimiento al Estatuto Anticorrupción Ley 1474 de 2011, el proceso de Comunicaciones realizara la socialización del plan la cual permite dar a conocer el concepto de corrupción y como desde el Hospital San Juan de dios. Se viene desarrollando acciones contra la corrupción contempladas desde los Códigos de Ética y de Buen Gobierno de la institución.

Esta estrategia comunicativa pretende crear sensibilización y concientización frente a la estigmatización que tienen los funcionarios públicos ante el flagelo de la corrupción.

El éxito del PLAN ANTICORRUPCION no sólo depende del conocimiento de la información del Estatuto de Anticorrupción sino también de la formación ética de valores como respeto, lealtad, honestidad, responsabilidad, cumplimiento, compromiso en cada uno de los que desempeñan cargos públicos de las entidades.

10. ANEXOS

01: Mapa de Riesgos

02. Plan de acción

10.1 ANEXO 01: MAPA DE RIESGOS

MAPA DE RIESGO DE CORRUPCIÓN

ENTIDAD
MISION

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE EL SANTUARIO
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

Proceso	IDENTIFICACION				ANALISIS	MEDIDAS DE MITIGACIÓN		SEGUIMIENTO		
	Causas		Riesgo			Valoración	Administración del riesgo	Acciones	Responsable	Indicador
	Debilidades	Amenazas	Nro	Descripción		Tipo de control				
CONSULTA EXTERNA	1 Falta de ética por parte del personal.	Reprocesos.	1	ACTOS MAL INTENSIONADOS O INADECUADOS CON LA INFORMACIÓN DEL PERSONAL USUARIO.	Posible	Preventivo	Implementación de la política de humanización.			
	2. Falta de sensibilización al personal frente al tema.	Ausencia de controles (software y claves personalizadas).					Implementación del código de ética.			
	3. No aplicación de	Confidencialidad violentada.								



PLAN ANTICORRUPCIÓN

Código: N.MA.AP-01

Versión: 00

Página 11 de 22

<p>las medidas de precaución para garantizar la privacidad del usuario.</p> <p>4. No existe una adecuada proyección de la política de humanización en la prestación del servicio.</p> <p>5. No está claramente estandarizado el uso de la información personal del usuario.</p>	<p>Inseguridad en el manejo de la información.</p>				Correctivo	<p>Estandarización de los procesos.</p> <p>Asignación de claves según el perfil.</p>			
<p>1. No adherencia a las guías de medicina legal.</p> <p>2. Error humano.</p> <p>3. Descuido medico.</p>	<p>Error en el diagnóstico</p> <p>Reprocesos.</p> <p>Sobrecostos.</p>	2	<p>ERROR O DAÑO EN LOS ELEMENTOS PROBATORIOS.</p>	Posible	Preventivo	<p>Estandarización del procedimiento.</p> <p>Custodia de los registros médico legales bajo la responsabilidad de admisiones.</p>			
<p>Accidentes en hora laboral dentro de la institución.</p> <p>Por permisos, calamidad doméstica, compensatorio o cita médica.</p> <p>Por accidentes o incidentes en el desplazamiento hacia la institución.</p> <p>No asistencia a las actividades programadas y realizadas por fuera de la institución por decisión del mismo empleado.</p> <p>Las condiciones de vida actual como estrés, ruido, contaminación, dieta desequilibrada y, especialmente, sedentarismo.</p>	<p>Puede originar accidentes si el suplente no está familiarizado con el puesto de trabajo o con la tecnología empleada.</p> <p>Sobrecostos para la institución.</p> <p>Retraso en el servicio.</p> <p>Usuario debe esperar por tiempo más prolongado para ser atendido.</p> <p>Incumplimiento de las metas e indicadores institucionales.</p> <p>Desconocimiento de la información de la Institución.</p> <p>No se fomenta la integración en grupo.</p> <p>Interrupción o demora para la prestación del servicio.</p>	3	<p>AUSENTISMO POR PARTE DEL EMPLEADO.</p>	Posible	CORRECTIVO	<p>Reinducción periódica al personal involucrado.</p>			
<p>TALENTO HUMANO</p>					PREVENTIVO	<p>Lideres organizan turnos.</p> <p>Programas de prevención y promoción de la salud en el ámbito laboral.</p> <p>Solicitud de constancia avalada por EPS, archivo en hoja de vida y registro en VISOR.</p> <p>Formato de solicitudes de personal (permisos, calamidades, compensatorios, licencias no remuneradas).</p>			



PLAN ANTICORRUPCIÓN

Código: N.MA.AP-01

Versión: 00

Página 12 de 22

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	<p>Fallas en la determinación de perfiles y expectativas frente a los cargos a ofrecer, al igual que en las diferentes fases del procedimiento.</p> <p>No se de cabal cumplimiento a los requerimientos legales en materia de construcción o actualización de perfiles y competencias.</p> <p>No se estipulen de manera adecuada los requisitos de educación, formación, habilidades y experiencia del personal requerido.</p> <p>Fallas en la definición de los perfiles de acuerdo a las necesidades institucionales.</p>	<p>Se presenten retrasos en la entrega y socialización al personal.</p> <p>Baja calidad del servicio.</p> <p>Altos costos para la institución.</p> <p>Reprocesos.</p> <p>Afectación de la seguridad del paciente.</p>	4	<p>CONTRATAR EL PERSONAL NO ADECUADO PARA LA INSTITUCIÓN POR DESCONOCIMIENTO DE NORMAS.</p>	Posible	PREVENTIVO	<p>Existencia de procedimiento estandarizado de selección y vinculación de personal.</p> <p>Normativa vigente (ley 909 obligatoriedad para realizar evaluación de desempeño).</p> <p>procedimiento de evaluación de desempeño institucional.</p> <p>Sistema de gestión de calidad y control interno.</p>			
	<p>Mal manejo en el procedimiento de selección de personal.</p> <p>Influencia indebida de criterios y de intereses particulares en la selección de funcionarios.</p> <p>Retrasos en las diferentes etapas del proceso de selección y vinculación.</p> <p>No se tiene en cuenta los clientes internos para desempeñar los puestos vacantes.</p>	<p>Sobre costos para la institución</p> <p>Falta de integración de los objetivos del empleado con los de la institución.</p> <p>Debilidades en los servicios y procesos.</p> <p>Alta rotación externa.</p> <p>Contratación masiva la cual provoca mal reclutamiento.</p> <p>Desconocimiento del procedimiento genera accidentes laborales.</p> <p>No hay motivación para el cliente interno.</p> <p>Condiciones de trabajo desfavorables.</p>	5	<p>FALLAS EN LA SELECCIÓN DEL PERSONAL.</p>	Posible	Preventivo	<p>Existencia de procedimiento estandarizado de selección y vinculación de personal.</p> <p>Verificación hojas de vida.</p>			
	<p>No se revisa adecuadamente el contrato y documentación.</p> <p>No verificación de los perfiles</p>	<p>Posibles requerimientos por parte de entes de control.</p> <p>Puede generarse desmotivación para los que están sobrecualificados.</p>	6	<p>OMISION DE INFORMACIÓN EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN.</p>	Posible	Preventivo	<p>Se comunica al posible empleado a vincular sobre la documentación requerida.</p> <p>Verificación de documentación y de perfil.</p>			
	<p>Falla o incumplimiento por omisión o desconocimiento por parte de los funcionarios.</p> <p>No se le brinda a la norma la importancia que tiene frente a la institución.</p> <p>Debilidades en la programación y ejecución de la actualización del normograma.</p> <p>Priorizar la planeación a corto plazo, por encima de la planeación a mediano y largo</p>	<p>Debilidades en la programación y ejecución de actividades tendientes a la actualización.</p> <p>No se puede dar socialización y empoderamiento de la política y los objetivos de calidad.</p> <p>Destituciones del sitio de trabajo.</p> <p>Procesos disciplinario.</p> <p>Reprocesos.</p> <p>Interrupción del servicio.</p>	7	<p>INCUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE.</p>	Posible	Preventivo	<p>Mecanismos de acción publicar gacetas o periódicos.</p> <p>Importancia de la actualización del personal.</p> <p>Normograma Institucional y su socialización.</p> <p>Instructivo para actualización y cumplimiento de requisitos legales y reglamentarios.</p> <p>Aplicación de encuestas para percepción del estilo de dirección.</p>			



PLAN ANTICORRUPCIÓN

Código: N.MA.AP-01

Versión: 00

Página 13 de 22

<p>plazo.</p> <p>No realizar un seguimiento adecuado del avance de la planeación.</p> <p>La orientación que se da a los planes de acción no estén acordes a las necesidades de la plataforma estratégica y al plan de desarrollo de la ESE.</p> <p>Errar en la plataforma estratégica al en algunos insumos por no cumplir con políticas del código de buen gobierno, código de ética, objetivos corporativos, manual de calidad, etc.</p>	<p>Multas sobre la institución.</p>					<p>Cronograma general de reuniones de comités.</p>			
<p>Incumplimiento de la norma.</p> <p>No Adecuada negociación de los Contratos con las EAPB.</p> <p>Fallas en el control de su cumplimiento o simplemente por desconocimiento de las normas y/o manejo de manuales tarifarios.</p> <p>No seguir los pasos establecidos en el procedimiento.</p> <p>Omitir la socialización de contratos a las áreas involucradas en la ejecución del mismo</p>	<p>Perdidas financieras.</p> <p>Afectación de la rentabilidad económica de la ESE.</p> <p>Interrupción del servicio.</p>	8	<p>ALTERACIÓN DEL EQUILIBRIO CONTRACTUAL DEBIDO A ERRORES EN LA NEGOCIACIÓN</p>	Posible	Preventivo	<p>Estudio de la Propuesta Contractual por parte del líder de contratación.</p> <p>Análisis de las Propuestas Contractuales a través del Comité Técnico científico.</p> <p>Referenciación en contratación con otras E.S.E de la Zona</p> <p>Articulación Gremial a través de la Asociación de Empresas Sociales del estado de Antioquia AESA.</p>			
<p>No cumplir con los plazos establecidos para la liquidación de contratos con las EAPB.</p> <p>Error humano.</p> <p>Inadecuada negociación.</p> <p>No se cuenta con una buena planeación.</p>	<p>Interrupción del servicio</p> <p>Sanciones o multas económicas.</p> <p>Alteración del equilibrio Financiero por retiro o terminación de los contratos.</p>	9	<p>INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN LOS CONTRATOS CON LAS EAPB.</p>	Posible	Preventivo	<p>Socialización del Contrato.</p> <p>Revisión por la Dirección.</p> <p>Comités Institucionales.</p> <p>Se tiene definido que los Jefes o Responsables de cada área realicen revisión y o evaluación para manifestar propuestas de ajustes, antes de firmar la minuta.</p>			
<p></p>	<p></p>				CORRECTIVO	<p>Negociación o renegociación.</p> <p>Reanálisis de las Relaciones contractuales que generen Desequilibrio Contractual.</p>			



PLAN ANTICORRUPCIÓN

Código: N.MA.AP-01

Versión: 00

Página 14 de 22

					Correctivo	Auditorías externas Por parte de la EAPB. Auditoría de control interno.			
<p>Otorgamiento de responsabilidades, autoridad y capacidad para decidir, sin criterios bien definidos, sin establecer parámetros de rendición de cuentas.</p> <p>Fallas en el procedimiento de planeación.</p> <p>No cumplimiento a los pasos establecidos para delegar funciones.</p> <p>Ausencia de controles.</p>	<p>Desorden administrativo por ausencia de políticas claras y homogéneas.</p> <p>Derroche o desaprovechamiento de recursos.</p>	10	DESCENTRALIZACIÓN O DELEGACIÓN DE AUTORIDAD SIN CONTROL.	posible	Preventivo	<p>Matriz de Necesidades de Información.</p> <p>Matriz de Indicadores.</p> <p>Código de buen gobierno y política para tal fin.</p> <p>Modelo Estándar de control Interno.</p>			
<p>Debilidades en la programación y ejecución de actividades tendientes a la actualización, socialización y empoderamiento de la política y los objetivos de calidad</p> <p>Debido a las falencias en la delegación de responsabilidades frente al proceso.</p> <p>Equivocación o error en la toma de decisiones que se desprenden de las instancias directivas y de la entidad.</p> <p>Fallar en la construcción o actualización de la plataforma estratégica (misión, visión, objetivos, políticas y operacionales, etc).</p> <p>Fallas en la actualización de la plataforma jurídica.</p> <p>La dirección no muestra interés ni responsabilidad para mantener y aplicar programas que promuevan la efectiva aplicación del código de ética en la entidad.</p>	<p>Ausencia de controles.</p> <p>Desorden administrativo por ausencia de políticas claras y homogéneas.</p> <p>Derroche o desaprovechamiento de recursos.</p> <p>Incredulidad y desconocimiento del SGC por parte del personal.</p> <p>Dificultades para lograr compromiso del personal en general.</p>	11	RETRASOS EN LA TOMA DE DECISIONES	Posible	Preventivo	<p>Comité Técnico Científico.</p> <p>Toma de decisiones conjuntas a través de comités.</p> <p>Seguimiento periódico al PDI y a los planes de acción.</p> <p>Consulta previa a los diferentes asesores con los que cuenta la entidad para la toma de decisiones.</p> <p>Aclaración escrita dentro del procedimiento, sobre actualización conjunta de la plataforma estratégica.</p> <p>delegación de las Actividades Operativas</p> <p>Revisión previa de documentos de la plataforma jurídica, por parte de Asesores Jurídicos, antes de su aprobación.</p> <p>Se cuenta con Comité de bienestar laboral y capacitación, al igual que con grupo operativo de CI</p> <p>Se han realizado actividades grupales y participativas para la construcción de los principios, valores y compromisos éticos.</p> <p>Cronograma general de reuniones</p>			



PLAN ANTICORRUPCIÓN

Código: N.MA.AP-01

Versión: 00

Página 15 de 22

AMBIENTE FISICO	Falta de vigilancia. Falta de aplicación del formato de custodia de propiedad del cliente, por parte de los funcionarios en Urgencias y Hospitalización Descuido del personal o del usuario y familiares. Falta interiorización de política de ética.	Inconformidad con la institución. Reconocimiento económico por parte del a Institución. Pérdida económica para el cliente interno o externo. Procesos disciplinarios adelantados.	12	PERDIDA DE PERTENENCIAS DEL CLIENTE INTERNO O EXTERNO	Posible	Preventivo	comités. Instalación de cámaras de vigilancia al interior de la institución. Vigilancia las 24 horas del día en la entrada de Urgencias con registro permanente de los ingresos.						
	GESTION FINANCIERA	Los servidores públicos y personal del área, usen o permitan el uso indebido de bienes de la E.S.E. ya sea para su propio provecho o de terceros. Terceros se apoderen ilegítimamente de los recursos de la ESE en el momento de realizar las consignaciones o durante la custodia y administración de los mismos. Negligencia por parte de los funcionarios. Falta de pertinencia del cliente interno.	Pérdida del puesto de trabajo. Interrupción del servicio. Perdidas económicas. Disminución del flujo de caja.	13	USO INDEBIDO Y/O NEGLIGENCIA CON EL DINERO .	Posible	Preventivo	Existencia de cajas fuertes en Admisiones y Farmacia. Existencia de póliza global de manejo de recursos. Existencia de póliza de transporte de valores. Existe política de consignación diaria de los recursos recaudados por cada uno de los servicios. Arqueos ocasionales a las taquillas que recaudan dinero. Cuadre de caja diario entre el personal de admisiones y el personal del área administrativa. Existencia del código de ética y sensibilización periódica sobre su contenido. Arqueos permanentes a personal que recauda. Control parcial sobre ingreso de personal ajeno en áreas de recepción de dinero. Consignación permanente de los recaudos. Se cuenta con Póliza para manejo de recursos.					
Falta de conocimiento e inducción adecuada frente a la normatividad contable y presupuestal y a la ejecución mecánica de las operaciones en el software. Falta de pertinencia del cliente interno. No hay un adecuado control para el procedimiento.		Pérdida del puesto de trabajo. Distorsión de la información financiera y presupuestal y afectación de los resultados. Reprocesos.	14	UTILIZAR CUENTAS CON UN PROPÓSITO DE REGISTRAR HECHOS DIFERENTES AL REALIZADO PRESUPUESTALMENTE.	Posible	Preventivo	Supervisión permanente de las operaciones, por parte de la Subdirección Administrativa y periódica de Asesor Contable Exigencia de recibo de pago a usuario para prestación del servicio (consulta, entrega de medicamentos, etc). Existencia del código de ética y sensibilización periódica sobre el mismo.						



PLAN ANTICORRUPCIÓN

Código: N.MA.AP-01

Versión: 00

Página 16 de 22

						Procedimiento de selección de personal documentado.			
						Arqueos ocasionales a las taquillas (Cuadre diario de caja entre personal administrativo y auxiliares de admisiones).			
Retrasos en la generación de los RIPS o diligenciarlos de forma errada. Falta de descripción detallada de lo facturado (bienes y/o servicios). Falta de soportes o documentación financiera que sirvan de apoyo. Error en la inducción y reintroducción del personal. Error humano. Datos errados o incompletos. Fallas en el diligenciamiento de los RIPS. Inexactitud en la elaboración y envío de estados de cuenta con saldos irreales.	Generación de glosas. Perdidas económicas. Reprocesos. Interrupción del servicio. Incumplimiento con los contratos EAPB. Inoportunidad en la atención. Retraso en la conciliación de cuentas. Reprocesos. No reconocimiento de cuentas por parte de las aseguradoras por errores en los procedimientos internos.	15	FALLAS EN LA DOCUMENTACIÓN Y SOPORTES ANEXOS A LA FACTURA.	Posible	Preventivo	Revisión de la facturación por parte de funcionarios diferentes a quienes la elaboran. Generación de listados de distintas aseguradoras, para verificación de soportes. Historia clínica sistematizada. Verificación por parte de área de facturación para corroborar que tenga RIPS y/o para adicionarlo. Generar refacturación de los errores detectados. Organizar documentación encontrada en legajos no correspondientes. Control interno del software de facturación; personal de urgencias es revisado en facturación. Regente de farmacia revisa la facturación hecha por los auxiliares. Laboratorio revisa la facturación de auxiliar de facturación.			
Falta control y seguimiento al procedimiento. Carencia o falta de idoneidad del documento soporte. Falta de soportes desde los egresos o documentación financiera que sirvan de soporte. Desconocimiento del personal. Retrasos en la gestión de los legajos. Retrasos en la generación de facturas a las diferentes EAPB. Retrasos en la generación de los RIPS.	Generación de glosas. No reconocimiento de cuentas por parte de las aseguradoras por errores en los procedimientos internos. Interrupción del servicio. Perdidas económicas. Pérdida de contratos.	16	RETRASOS EN EL PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN.	Posible	Preventivo	Revisión de la facturación por parte de funcionarios diferentes a quienes la elaboran. Generación de listados de distintas aseguradoras, para verificación de soportes. Historia clínica sistematizada. Verificación por parte de área de facturación para corroborar que tenga RIPS y/o para adicionarlo. Generar refacturación de los errores detectados. Organizar documentación			



PLAN ANTICORRUPCIÓN

Código: N.MA.AP-01

Versión: 00

Página 17 de 22

						<p>encontrada en legajos no correspondientes.</p> <p>Control interno del software de facturación; personal de urgencias es revisado en facturación.</p> <p>Regente de farmacia revisa la facturación hecha por los auxiliares. Laboratorio revisa la facturación de aux de facturación</p>			
<p>Retraso o de no entrega de informes.</p> <p>No aplicar la normatividad en materia presupuestal.</p> <p>No realizar la gestión necesaria para dar cumplimiento a la ejecución presupuestal de ingresos y gastos.</p> <p>Incumplimiento de funciones.</p>		17	<p>LLEVAR A CABO LA EJECUCIÓN DE COMPRAS SIN DISPONER DE PRESUPUESTO.</p>	Posible	Preventivo	<p>Verificación periódica de la ejecución presupuestal y análisis en comité de compras</p> <p>Capacitación al personal del área contable y presupuestal gestionadas por (CGN, Contraloría, DSSA, etc).</p> <p>Contrato de soporte periódico por parte del proveedor del software XENCO para actualizaciones y apoyo en rendición de ctas.</p>			
<p>Elaborar y enviar estados de cuenta con saldos irreales, debido a factores como inadecuado trámite de glosas.</p> <p>No se realice una adecuada conciliación entre los saldos de cartera y contabilidad.</p> <p>No se alimente el módulo de cartera con información pertinente y exacta.</p> <p>Desconocimiento del procedimiento.</p> <p>Errores humanos.</p> <p>No se delegan funciones.</p> <p>Estados contables sin soportes en los libros y auxiliares de contabilidad.</p>	<p>Pérdida de credibilidad.</p> <p>Reprocesos.</p> <p>Dificultades en las auditorias.</p> <p>Perdida de credibilidad en la información.</p> <p>Falta de liquidez.</p> <p>Pérdida de clientes.</p> <p>Pérdidas económicas</p> <p>Posibles fraudes.</p> <p>Generación de dudas en la legalidad de la transacción.</p>	18	<p>LA CARTERA DE LA ESE NO SE REFLEJA EN LA CONTABILIDAD</p>	Posible	Preventivo	<p>Circularizaciones de saldos a los deudores de la ESE mínimo una vez por año.</p> <p>Llamadas por parte de responsable de procedimiento a deudores para depuración y aclaración de saldos.</p> <p>Reunión del comité de sostenibilidad contable.</p>			



PLAN ANTICORRUPCIÓN

Código: N.MA.AP-01

Versión: 00

Página 18 de 22

SISTEMAS DE INFORMACION	<p>Las actividades inherentes al procedimiento no sean ejecutadas a tiempo.</p> <p>El proceso contable no reciba oportunamente o completa toda la información necesaria para sus registros.</p> <p>Inadecuada planeación de la actividad, en cuanto a la presentación a las diferentes partes interesadas.</p> <p>Incumplimiento de la norma.</p> <p>No se cumplan los pasos descritos en el reglamento interno de cartera y la normatividad existente establecidos.</p>	<p>Desconocimiento de posición financiera.</p> <p>Dificultades en la toma de decisiones a nivel financiero y económico.</p> <p>Desconocimiento de la situación financiera de la entidad, por parte de los usuarios.</p> <p>Generación de glosas.</p> <p>Pérdida de la información.</p> <p>Pérdidas económica.</p> <p>Reprocesos.</p> <p>No reconocimiento de cuentas por parte de las aseguradoras por errores en los procedimientos internos.</p>	19	<p>INOPORTUNIDAD DE LOS ESTADOS CONTABLES, ANTE EL REPRESENTANTE LEGAL Y DEMÁS USUARIOS.</p>	posible	Preventivo	<p>Existencia de interfaces entre las áreas proveedoras a contabilidad.</p> <p>Seguimiento permanente a las fechas de vencimiento de informes.</p> <p>Se definieron políticas claras desde el proceso de gestión de información</p>			
	<p>No seguimiento al procedimiento.</p> <p>Error humano.</p> <p>Falta de control.</p>	<p>Pérdida de cheques.</p> <p>Pérdida de documentos.</p> <p>Reprocesos.</p> <p>Sanciones disciplinarias, pecuniarias, etc.</p>	20	<p>PÉRDIDA DE DOCUMENTACIÓN O DE ÓRDENES DE PAGO.</p>	Posible	Preventivo	<p>Existe consecutivo para las órdenes de pago generado por el software.</p> <p>Las órdenes se almacenan según técnicas de archivo.</p>			
	<p>No se cuenta con un perfil adecuado para el cargo de Auxiliar Administrativo.</p> <p>No se tiene en cuenta dentro del plan de capacitación, la temática contable para el Auxiliar que ejerce dichas funciones.</p> <p>Falta de compromiso.</p> <p>Errores humanos.</p>	<p>Reprocesos en la información.</p> <p>Posibles requerimientos por parte de la DIAN.</p> <p>Pérdida del puesto.</p> <p>Retrasos en la prestación del servicio.</p>	21	<p>INCUMPLIMIENTO DE NORMATIVAS CONTABLES Y PRESUPUESTALES POR PARTE DEL PERSONAL AUXILIAR.</p>	Posible	Preventivo	<p>Se realiza inducción inicial para el manejo del aplicativo.</p> <p>Personal directivo asiste a capacitaciones de la CGN, contraloría, etc.</p> <p>Reunión del comité de sostenibilidad contable.</p> <p>Informes a los entes de control.</p>			
	<p>Accesos indebidos en las aplicaciones o se de un uso indebido a la información generada en el software y en las bases de datos.</p> <p>Alterar o inventar datos con el objetivo de solo cumplir con los requerimientos de reporte de estadísticas e indicadores.</p> <p>Se presenten subregistros de datos por favorecer a terceros (ocultar la información, manipular las fechas de radicación).</p> <p>Alteración de la información y/o desvío intencional</p>	<p>Reprocesos.</p> <p>Ausencia de controles (software y claves personalizadas).</p> <p>Confidencialidad violentada.</p> <p>Falta de capacitación.</p> <p>Inseguridad en el manejo de la información.</p>	22	<p>ACTOS INTENCIONADOS. MAL</p>	casi seguro	Correctivo	<p>Existencia de perfiles para el acceso a las aplicaciones y a los PC que hacen parte de la LAN.</p>			



PLAN ANTICORRUPCIÓN

Código: N.MA.AP-01

Versión: 00

Página 19 de 22

	de la información a entregar.									
URGENCIAS	Ausencia de controles internos. No aplicación de las políticas institucionales. Adquisición de software y programas no licenciados. Falta de pertinencia. Ocultar información a la institución. Extraer información confidencial. Pérdidas de partes físicas internas y externas de los equipos de cómputo y en general de las tecnologías blandas y duras de la ESE.	Evasión de obligaciones legales. Destitución de puesto de trabajo. Acusaciones penales. Pérdidas económicas y financieras. Pérdida de información. Falsificación de documentos institucionales. Desconfianza.	23	FRAUDE	Posible	Preventivo	Ejecución anual de inventario de bienes y actualización anual.			
	Falta de vigilancia. Falta e aplicación de custodia de propiedad del cliente. Descuido del personal, descuido del usuario. Falta interiorización de política de ética.	Inconformidad con la institución. Recobros. Pérdida económica para el cliente.	24	PERDIDA DE PERTENENCIAS DEL CLIENTE INTERNO O EXTERNO	Posible	Preventivo	Rondas de vigilancia, visto como un control no muy eficiente. Instalación de guayas de seguridad. Aplicación de perfiles a los usuarios que acceden al aplicativo y a la red.			
MEJORA CONTINUA	Sobornos a los funcionarios investigadores, con el fin de evitar la detección y sanción de indebidos manejos. Amenazas encaminadas a impedir cualquier tipo de visita de inspección.	Consolidación de prácticas autocráticas en la selección de áreas y procesos a controlar. Impunidad que favorece a los corruptos. Pérdida de recursos y de confiabilidad.	25	INFLUENCIA INDEBIDA EN LAS AUDITORIAS CON EL FIN DE IMPEDIR VISITAS O DE EVITAR LA DETECCION DE FALENCIAS.	Posible	Preventivo	Socialización de código de ética y buen gobierno. Campaña de sensibilización sobre anticorrupción a líderes con comité de ética y buen gobierno.			



PLAN ANTICORRUPCIÓN

Código: N.MA.AP-01

Versión: 00

Página 20 de 22

Correctivo

Informe al comité de control interno disciplinario.

Informe a código de ética y buen gobierno.

Reinducción a personal de la entidad sobre ética y valores.

10.2. ANEXO 02: PLAN DE ACCIÓN

HALLAZGO O NECESIDAD	PROYECTO	RESULTADO ESPERADO P-H-V-A	RESPONSABLES DE LAS ACTIVIDADES	META/CRITERIO EFICACIA	RESULTADO	PLAZO PARA OBTENER RESULTADOS	CUMPLIMIENTO	SEGUIMIENTO
INCLUIR EN EL MAPA DE RIESGOS, POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN EN LA ENTIDAD	IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN	P. Establecer los Riesgos de Corrupción y determinar las causas	Gerente Líderes de Proceso Personal de la Institución	MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL ACTUALIZADO CON INCLUSIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN	1	30/04/2013		
		P. Realizar Análisis de Riesgos e identificar la probabilidad de ocurrencia	Líder de Calidad Jefe de Control Interno			30/04/2013		
		H. Valorar los Riesgos de Corrupción de la Institución	Líder de Calidad Jefe de Control Interno			30/04/2013		
		H. Incluir los Riesgos de Corrupción en el Mapa de Riesgos de la Institución	Líder de Calidad Jefe de Control Interno			30/04/2013		
		V. Realizar Seguimiento en el Mapa de riesgos	Jefe de Control Interno			30/08/2013		
						31/12/2013		
		A. Ajustar al mapa de riesgos de acuerdo a los cambios detectados	Gerente Líder de Calidad			Cuatrimestral		
CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 019 LEY ANTITRAMITES	ESTRATEGIA ANTITRAMITES	P. Identificar los tramites que realizar la institución	Gerente Líder de Calidad	Estrategia de racionalización de el tramite con plan de acción elaborado y con seguimiento	1	25/04/2013		
		H. generar un inventario de Tramites y Registrarlos en el Sistema de Único de Información de Tramites	Gerente Líder de Calidad			25/04/2013		
		H. Desarrollar Política Institucional de Racionalización de Tramites	Gerente			30/04/2013		



PLAN ANTICORRUPCIÓN

Código: N.MA.AP-01

Versión: 00

Página 21 de 22

		H. Priorizar los Trámites a Intervenir	Lideres			30/04/2013		
		H. Racionalización de Trámites a través de la simplificación, estandarización, eliminación, automatización y optimización del servicio	Gerente Líder de comunicaciones			30/08/2013		
		V. evaluar el cumplimiento de la estrategia antitrámites	Gerente Líder de comunicaciones			30/12/2013		
		A. Realizar los Ajustes Necesarios de acuerdo a la evaluación	Gerente Líder de comunicaciones			30/12/2013		
DESARROLLAR PROCESOS DE RENDICION DE CUENTAS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	RENDICION DE CUENTAS	P. Preparación de insumos para la rendición de cuentas	Líder comunicación, Lideres de procesos y gerente	Cumplimiento del 90% de las Actividades de Rendición de cuentas e Informes de Gestión ejecutadas de Acuerdo al Plan de Comunicaciones	90%	30/06/2013		
		P. Elaborar cronograma de Acciones de Información	Gerente Líder de comunicaciones			30/05/2013		
		H. Ejecutar de acuerdo al Plan de Comunicaciones de la Institución, actividades de información y comunicación a través de los componentes "comunicación para el desarrollo y comunicación organizacional"	Gerente Líder de comunicaciones			15/12/2013		
		H. realizar los procesos de Rendición de cuentas a la Comunidad de acuerdo a la normatividad vigente	Gerente Líder de comunicaciones			05/12/2013		
		V. Realizar Evaluación del Proceso de Rendición de Cuentas con la comunidad y demás participantes	Gerente Líder de comunicaciones			15/12/2013		
		A. Realizar los ajustes pertinentes a proceso de rendición de cuentas	Gerente Líder de comunicaciones			30/12/2013		



PLAN ANTICORRUPCIÓN

Código: N.MA.AP-01

Versión: 00

Página 22 de 22

<p>FORTALECER MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO</p>	<p>SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO</p>	<p>P. Realizar análisis de Funcionamiento de la Oficina de información y Atención al Usuario</p>	<p>Subdirector Científico</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO ACTUALIZADO DE ACUERDO A POLITICA NACIONAL DE SERVICIO AL CIUDADANO</p>	<p>1</p>	<p>30/05/2013</p>		
		<p>H. Desarrollar plan de Mejoramiento de acuerdo a las actividades definidas en la Política Nacional de Servicio al Ciudadano</p>	<p>Colíder SIAU</p>			<p>30/06/2013</p>		
		<p>H. Incluir en las encuestas de Satisfacción al cliente el componente satisfacción del ciudadano frente a los tramites de la Institución</p>	<p>Colíder SIAU GESIS</p>			<p>30/06/2013</p>		
		<p>H. actualizar el Procedimiento de servicio de Información y Atención al Usuario</p>	<p>Subdirector Científico Colíder SIAU</p>			<p>30/07/2013</p>		
		<p>V. Verificar el Cumplimiento de las actividades</p>	<p>Jefe de Control Interno</p>			<p>30/11/2013</p>		
		<p>A. Realizar los Ajustes Necesarios</p>	<p>Subdirector Científico Colíder SIAU</p>			<p>15/12/2013</p>		