

 <p>NIT 800.084.206-2</p>	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

# PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO “PAAC 2021” ESE-ISABU

 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

## Contenido

INTRODUCCIÓN .....	3
OBJETIVO GENERAL .....	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	4
1.    ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN DEL DOCUMENTO.....	4
1.1.    MARCO LEGAL .....	5
1.2.    DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO .....	7
1.2.1.    MISIÓN.....	7
1.2.2.    VISIÓN.....	8
1.2.3.    VALORES INSTITUCIONALES .....	8
2.    MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN .....	10
2.1.    COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO .....	10
2.1.1.    PRIMER COMPONENTE GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN: MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN:.....	11
2.1.2.    SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.....	12
2.1.3.    TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS .....	15
2.1.4.    CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO .....	18
2.1.5.    QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	20
2.1.6.    SEXTO COMPONENTE - INICIATIVAS ADICIONALES.....	21
3.    SEGUIMIENTO.....	22
ANEXOS.....	22
1.    MAPA DE PROCESOS DE LA ESE ISABU .....	22
2.    MATRIZ MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION CONSOLIDADO - ESE ISABU .....	23

 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

## INTRODUCCIÓN

El Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, comprometido con el objetivo de promoción de estándares de Transparencia y Lucha contra la corrupción, está regido por una serie de principios, valores y comportamientos, que consolidan su cultura institucional mediante un continuo aprendizaje y la participación de todo el personal de la institución el cual adelanta acciones que contribuyen a una gestión transparente, a preservar la ética empresarial, a administrar eficientemente sus recursos, a reconocer y a respetar los derechos de los pacientes y partes interesadas, generando así cercanía, confianza y seguridad a los ciudadanos.


De esta manera, la ESE ISABU ha diseñado la estrategia del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2021, enfocándose en la transparencia en la prestación de servicios con calidad, la satisfacción de los ciudadanos, la mejora continua y la gestión institucional, expandiendo el proceso con una mirada enfocada en el fortalecimiento de la comunicación interna que permita generar interacción y fluidez en la información de acuerdo al marco normativo vigente, las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, toda vez que permitirá priorizar los temas que serán materia de seguimiento para el control de la corrupción de la entidad, con el objetivo de optimizar el desempeño de la administración.

Se implementarán acciones que permitan mejorar la eficiencia de la gestión, el uso de recursos, y la generación de instrumentos que logren el ahorro de costos y tiempo a la ciudadanía a la hora de realizar un trámite, permitiendo dar respuesta oportuna a los requerimientos generados por parte de los ciudadanos.

De esta forma el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2021, busca aunar esfuerzos interinstitucionales en aras de garantizar el goce efectivo de derechos y deberes a través de los siguientes componentes:

1. Mapa de Riesgos de Corrupción
2. Racionalización de trámites
3. Rendición de cuentas
4. Mecanismos para mejorar la atención del ciudadano
5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la información
6. Iniciativas Adicionales

Estos componentes evidencian el compromiso con la participación ciudadana, generando espacios para el acercamiento, conocimiento e intervención en la administración pública y cuyo contenido presentamos para su conocimiento y fines pertinentes.

 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

## OBJETIVO GENERAL


Implementar acciones de prevención, control y seguimiento que contribuyan a la lucha contra la corrupción a través del establecimiento de lineamientos que permitan desarrollar estrategias y actividades concretas de anticorrupción, de conformidad con los principios enunciados en la Constitución Política, código de integridad, código de ética y buen gobierno y demás normas vigentes orientándose hacia una gestión íntegra y transparente, con principios y valores éticos frente a todos sus grupos de interés.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción, determinando los riesgos de corrupción y los procesos o áreas más susceptibles o vulnerables frente al riesgo, estableciendo las conductas en las que pueden incurrir, e incorporar las acciones preventivas, seguimiento y control en los respectivos mapas de riesgos acorde a la metodología implementada por la ESE ISABU.
- Optimizar los recursos físicos y tecnológicos con el fin de generar trámites en línea, simplificándolos, racionalizándolos y automatizándolos para mitigar posibles hechos de corrupción en los trámites y así acercar a la Ciudadanía a los servicios que presta la entidad, de manera simple y con un sistema de información eficiente.
- Fortalecer las publicaciones de página web de la entidad, con información de calidad y en lenguaje comprensible para todos y todas.
- Fortalecer la participación ciudadana como un proceso de retroalimentación con la comunidad que permita optimizar la gestión y la prestación del servicio a la ciudadanía, mejorando la calidad y accesibilidad de la información, los trámites y servicios de la administración.
- Efectuar la rendición de cuentas de manera permanente, como estrategia de visibilización de la gestión de la entidad y fortalecimiento del control social.


## 1. 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 Local del Norte, la Unidad Materno Infantil Santa Teresita y demás centros de Salud que conforman la E.S.E ISABU de Bucaramanga.


 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

## 1.1. MARCO LEGAL

LUCHA CONTRA LA CORRUPCION	Constitución Política de Colombia	Art. 23,90,122,123, 124,125,126,127,128,129,183, 184,209 y 270	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
	Ley 80 de 1993	Art.	Por el 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	Art. 18	Establece la supresión y simplificación de trámites como política permanente de la administración pública
		Art. 32	Democratización de la Administración pública.
	Ley 734 del 2002		Por el cual se expide el código disciplinario único. En dicho código se contemplan como faltas disciplinarias las acciones u omisiones que lleven a incumplir los deberes del servidor público, a la extralimitación en el ejercicio de sus derechos y funciones, a incumplir las normas sobre prohibiciones; también se contempla el régimen de inhabilidades e incompatibilidades, así como impedimentos y conflicto de intereses, sin que haya amparo en causal de exclusión de responsabilidad de acuerdo con lo establecido en la misma ley
	Ley 819 de 2003		Por el cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan o tras disposiciones
	Ley 850 del 2003		Por medio del cual se reglamentan las veedurías ciudadanas. Crea el marco legal para el ejercicio de la veeduría en nuestro país, así como un procedimiento para la constitución e inscripción de grupos de veeduría y principios rectores
	Ley 909 de 2004		Por el cual se expiden normas, que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones
Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción	Art. 73	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. La metodología para construir esta estrategia está a cargo del Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, —hoy Secretaría de Transparencia—.	

 <p>NIT 800.084.206-2</p>	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

METODOLOGÍA PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	Decreto 4637 de 2011 Suprime un Programa Presidencial y crea una Secretaría en el DAPRE	Art. 4°	Suprime el Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción.
		Art. 2°	Crea la Secretaría de Transparencia en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.
	Decreto 1649 de 2014 Modificación de la estructura del DAPRE	Art. 55	Deroga el Decreto 4637 de 2011.
		Art .15	Funciones de la Secretaría de Transparencia: 13) Señalar la metodología para diseñar y hacer seguimiento a las estrategias de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano que deberán elaborar anualmente las entidades del orden nacional y territorial.
	Decreto 1081 de 2015 Único del sector de Presidencia de la	Arts .2.1.4.1 y siguientes	Señala como metodología para elaborar la estrategia de lucha contra la corrupción la contenida en el documento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	Decreto 1081 de 2015	Arts.2.2.22.1 y siguientes	Establece que el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
TRÁMITES	Decreto 1083 de 2015 Único Función Pública	Título 24	Regula el procedimiento para establecer y modificar los trámites autorizados por la ley y crear las instancias para los mismos efectos.
	Decreto Ley 019 de 2012 Decreto Antitrámites	Todo	Dicta las normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
	Ley 962 de 2005 Ley Antitrámites	Todo	Dicta disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos.
MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO (MECI)	Decreto 943 de 2014 MECI	Arts. 1 y siguientes	Adopta la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano (MECI).
	Decreto 1083 de 2015 Único Función Pública	Arts. 2.2.21.6.1 y siguientes	Adopta la actualización del MECI.
RENDICIÓN DE CUENTAS	Ley 1757 de 2015 Promoción y protección al derecho a la Participación ciudadana	Arts. 48 y siguientes	La estrategia de rendición de cuentas hace parte del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública	Art. 9	Literal g) Deber de publicar en los sistemas de información del Estado o herramientas que lo sustituyan el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

<b>ATENCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS</b>	Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción	Art. 76	El Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción debe señalar los estándares que deben cumplir las oficinas de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos de las entidades públicas.
	Decreto 1649 de 2014 Modificación de la estructura del DAPRE	Art. 15	Funciones de la Secretaria de Transparencia: 14) Señalar los estándares que deben tener en cuenta las entidades públicas para las dependencias de quejas, sugerencias y reclamos.
	Ley 1755 de 2015 Derecho fundamental de petición	Art. 1°	Regulación del derecho de petición.


## 1.2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO



HOSPITAL LOCAL DEL NORTE

### 1.2.1. MISIÓN

Somos una empresa social del estado de orden municipal, organizada estratégicamente en red, que presta servicios de primer y segundo nivel, con enfoque integral del riesgo, énfasis en atención primaria en salud, promoción y prevención y maternidad segura, promoviendo el autocuidado, hábitos de vida saludables, con talento humano calificado y comprometido, trato humanizado, vocación docencia servicio, infraestructura tecnológica y física competitiva, amigable con el medio ambiente, para la población del municipio de Bucaramanga en su área urbana y rural..

 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

### 1.2.2. VISIÓN

Para el año 2023 la ESE ISABU avanzará en acreditación, seremos líderes en atención primaria en salud, promoción y prevención, enfoque de gestión sostenible, fortalecidos en telemedicina, con tecnología de punta y responsabilidad social, garantizando mayor cobertura y accesibilidad a toda la población de Bucaramanga y su área de influencia.

### 1.2.3. VALORES INSTITUCIONALES

Nuestros valores están enfocados en orientar nuestro comportamiento en pro del compromiso que tenemos con nuestros usuarios y sus familias, nuestros colaboradores promoviendo su integración y un ambiente laboral agradable.

- **RESPECTO:** Los empleados de la ESE ISABU, profesarán el respeto por sí mismo, por la profesión, por el trabajo que se hace, por las normas y conductas personales y sociales que impone la naturaleza humana, la comunidad y la sociedad. De igual manera serán conscientes del reconocimiento y legitimación del otro en sus derechos, deberes y diferencias culturales, sociales y de pensamiento. Somos respetuosos cuando reconocemos, aceptamos y valoramos los Derechos Humanos y Constitucionales de nuestros compañeros y de los ciudadanos, y les brindamos un trato digno, independientemente de sus diferencias de opinión y niveles de jerarquía.


- **HONESTIDAD:** Los empleados de la ESE ISABU actuarán con pudor, decoro y recato en cada una de sus actuaciones y tendrán en cuenta que la honestidad expresa respeto por uno mismo y por los demás. Somos honestos cuando somos coherentes entre lo que decimos y el ejemplo que damos. Igualmente nos comprometemos a cuidar y optimizamos los bienes y recursos de la entidad, empleándolos únicamente para beneficio del interés general.

- **COLABORACIÓN:** La colaboración se debe dar como una actitud permanente de servicio hacia el trabajo y la ESE ISABU, este valor se basa en la colaboración y el esfuerzo compartido de los empleados de la entidad. La colaboración es responsabilidad de todos, por lo tanto, es necesario apoyar la labor del compañero mediante el trabajo conjunto, con el fin de contribuir al logro del bien común de la institución. Somos colaboradores cuando participamos de las metas comunes y trabajamos en equipo para conseguir y apoyar el desarrollo del objeto social.

- **RESPONSABILIDAD:** Capacidad personal para desarrollar con competitividad, pertinencia y diligencia las funciones, y para asumir las consecuencias de los propios actos u omisiones, implementando acciones para corregirlos cuando sea necesario. Como empleados de la ESE ISABU debemos cumplir nuestros deberes y obligaciones en forma ágil y oportuna, dignificando así nuestro puesto de trabajo y permitiendo que la entidad brinde a sus usuarios una atención adecuada para desarrollar óptimamente su objeto social.

- **EFICIENCIA:** Los empleados de la ESE ISABU se comprometen a velar porque, en igualdad de condiciones de calidad y oportunidad, la entidad obtenga la máxima productividad de los recursos que le han sido asignados y confiados para



 <p>NIT 800.084.206-2</p>	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

el logro de sus propósitos. En la ESE ISABU, se establece como propósito principal, alcanzar las metas propuestas con la buena utilización de los recursos existentes y/o asegurar un óptimo empleo de los bienes y recursos disponibles en aras de la productividad y el beneficio social.


- **COMPROMISO:** Como empleados de la ESE ISABU, nos comprometemos a desarrollar a cabalidad nuestras funciones, deberes y obligaciones, de acuerdo con las políticas, planes y programas, que le corresponden ejecutar a la institución y teniendo como base los principios y valores del presente Código de Ética, de tal forma que se asegure el desarrollo del objeto social. El éxito en la gestión de la entidad es posible gracias a que los empleados y colaboradores reconocen la importancia y el sentido de la función institucional, involucrándose plenamente en las tareas que son comunes a todos.

- **SOLIDARIDAD:** La solidaridad es uno de los valores humanos por excelencia, en estos términos, la solidaridad se define como la colaboración mutua entre empleados. Como empleados de la ESE ISABU asumimos el compromiso de contribuir a la solución de necesidades, para el logro de objetivos personales e institucionales, teniendo como fin, el bien común de la entidad, de los clientes y de la sociedad, con fundamento en la buena voluntad de servicio y apoyo a los demás, fortaleciendo el compañerismo, la colaboración y el trabajo en equipo.

- **RECTITUD:** Este valor hace referencia a la cualidad de recta razón o conocimiento práctico de lo que debemos hacer o decir, de tal forma que los empleados asumimos el compromiso de expresa un rol transparente y confiable en la realización de nuestro trabajo, en especial teniendo en cuenta los principios y valores instituidos en este Código.

- **HUMANIZACIÓN:** La humanización tiene como objetivo, ofrecer un servicio de atención en salud a través de un personal sensibilizado hacia la calidez de la atención al usuario y su familia, debidamente entrenado y educado en comunicación asertiva, con conocimientos y apropiación en derechos y deberes, promoviendo el respeto, la responsabilidad, oportunidad, accesibilidad, orientación durante todo el proceso de atención procurando un ambiente armónico para el desarrollo de su trabajo, previniendo comportamientos abusivos y agresivos, mejorando la comunicación, solidaridad entre colaboradores, partes interesadas y diferentes niveles de operación de la organización, y asegurando las condiciones humanizantes desde el ambiente físico como una responsabilidad con todos los grupos de interés hacia la generación de una cultura más humanizada.

**AUTOCAUIDADO:** El Autocuidado se refiere básicamente al cuidado de los demás y al propio, como funciones imprescindibles en la vida del ser humano. Implica la elección de estilos de vida saludables, teniendo en cuenta las habilidades y limitaciones de cada uno, en favor del bienestar de las personas y la promoción de la vida.

 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

## 2. MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Para seguir actuando con transparencia, normatividad, eficacia, eficiencia y productividad, se formaliza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, a través de la creación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño mediante la expedición de la Resolución N° 0242 “Por medio de la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y se conforma el Comité Institucional de Gestión y Desempeño “CIGD” de la empresa social del Estado Instituto de Salud del Municipio de Bucaramanga ESE ISABU, el cual tiene como fin la planeación, implementación, evaluación y por supuesto el mantenimiento eficaz del sistema MIPG.


Es importante resaltar que el Plan Anticorrupción y Atención a la Ciudadanía – PAAC es un instrumento de planeación para la entidad, previsto desde el MIPG, articulado con la política de integridad, dado que en este se establecen los compromisos para el control de la corrupción en la gestión de la ESE ISABU.

Por lo anterior en el PAAC 2021, comprende acciones estratégicas desde la gestión institucional de la entidad relacionada con la optimización y avance en temas como la prestación de servicios con calidad, la satisfacción de los ciudadanos, la mejora continua, la gestión institucional, la transparencia de la información y el fortalecimiento de los procesos de comunicación interna que permita generar interacción y fluidez en la información.

### 2.1. COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO



El Plan Anticorrupción y de Atención a la Ciudadanía está integrado por políticas autónomas e independientes que se articulan bajo un solo objetivo, la promoción de estándares de transparencia y lucha contra la corrupción. Sus componentes gozan de

 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

metodologías propias para su implementación, por lo tanto, no implica desarrollar actividades diferentes o adicionales a las que ya vienen ejecutando las entidades en desarrollo de dichas políticas.


La estrategia del Plan Anticorrupción y de Atención a la Ciudadanía 2021 de la ESE ISABU cuenta con los siguientes componentes:

### 2.1.1. PRIMER COMPONENTE GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN: MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN:

Es la herramienta que le permite a la institución identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción, tanto internos como externos. Para la elaboración del Mapa de Riesgos de Corrupción de la entidad, la Oficina de Planeación como líder de este componente, efectuó reuniones con los líderes responsables de los procesos con el fin de dar a conocer lineamientos metodológicos, revisar y definir los riesgos de corrupción del proceso correspondiente. Y adoptó las incorporadas en el documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano versión 2” como también la “Guía para la Administración del Riesgo”.

Finalmente, como parte integral de este Plan, se consolidó el Mapa de Riesgos de Corrupción que agrupa los riesgos de corrupción identificados y que pueden generar impacto a la entidad. Los Riesgos de Corrupción se publican en la página WEB de la entidad.

ETAPA	ACTIVIDAD	
<b>RIESGO DE CORRUPCIÓN</b>	Diligenciar formato que ayuda a determinar si el riesgo cumple los elementos para ser riesgo de Corrupción o de lo contrario se cataloga como riesgo de gestión.	
<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análisis de objetivos estratégicos y de los procesos.</li> <li>- Identificación de los puntos de riesgo</li> <li>- Identificación de área de impacto</li> <li>- Identificación de áreas de factores de Riesgo</li> <li>- Herramientas para la gestión del riesgo</li> <li>- Monitoreo y revisión</li> </ul>	
<b>DESCRIPCIÓN DEL RIESGO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impacto</li> <li>- Causa Inmediata</li> <li>- Causa Raíz</li> </ul>	
<b>VALORACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN</b>	ANÁLISIS DEL RIESGO riesgo inherente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Probabilidad</li> <li>- Impacto</li> </ul>
	Evaluación del riesgo de corrupción	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer los controles.</li> <li>- Tipo de control (Correctivo o predictivo).</li> <li>- Efectividad del control establecido.</li> <li>- Determinación del riesgo residual.</li> </ul>
<b>CONSULTA Y DIVULGACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración matriz de riesgo</li> <li>- Divulgación matriz de riesgo</li> </ul>	
<b>ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL RIESGO</b>	-Reducir -Mitigar - Aceptar - Transferir	
<b>MONITOREO Y REVISIÓN</b>	Revisión periódica de Mapa de Riesgo de Corrupción	

 NIT 800.084.206-2	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	<b>PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>PL-1200-06</b>
	<b>GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		<b>FECHA</b>	<b>27/01/2021</b>
			<b>VERSIÓN</b>	<b>1.0</b>

<b>SEGUIMIENTOS</b>	-Seguimiento a efectividad de controles incorporados en el mapa de -Riesgo de corrupción - Materialización del riesgo
---------------------	--

## PLAN DE ACCIÓN: MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano					
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción -Mapa de Riesgos de Corrupción					
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada	
<b>Subcomponente /proceso 1</b> Política de Administración de Riesgos de Corrupción	1.1	Actualizar la Política de Gestión de Riesgos de acuerdo con nueva guía de la función pública.	Página WEB, correos electrónicos, carteleras de la ESE ISABU	Planeación	31/03/2021
	<b>Subcomponente/proceso 2</b> Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	2.1	Revisar y actualizar los riesgos de corrupción por proceso	Riesgos de corrupción actualizados	Líderes de Proceso
2.2		Consolidar la matriz de riesgos de corrupción	Matriz de Riesgos de corrupción consolidada	Planeación	30/01/2021
<b>Subcomponente /proceso 3</b> Consulta y divulgación	3.1	Realizar consulta a cliente interno, externo y comunidad sobre los riesgos de corrupción	Resultados de la consulta realizada a la comunidad	SIAU- Planeación	19/01/2021
	3.2	Publicar en la página web la matriz de riesgos de corrupción	Matriz de riesgos de corrupción publicada	Planeación	31/01/2021
	3.3	Publicar informe de seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción	Informe de seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción publicado	Oficina de control interno	14/05/2021 14/09/2021 17/01/2022
<b>Subcomponente /proceso 4</b> Monitoreo o revisión	4.1	Aportar los registros o evidencias del plan de tratamiento para la implementación de nuevos controles para la mitigación de riesgos de corrupción.	Registros o evidencias para la mitigación de riesgos de corrupción.	Líderes de Proceso	07/05/2021 07/09/2021 07/01/2022
	4.2	Calcular y reportar indicador de riesgo	Indicador de riesgo reportado	Control interno	20/05/2021 20/09/2021 30/12/2021
<b>Subcomponente/proceso 5</b> Seguimiento	5.1.	Verificar evidencias de la gestión de riesgos de corrupción	Evidencias confirmadas	Control interno	14/05/2021 14/09/2021 17/01/2022
	5.2.	Elaborar informe de seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción	Informe de seguimiento a la gestión de riesgos de corrupción elaborado	control interno	14/05/2021 14/09/2021 17/01/2022

### 2.1.2. SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES


La política de racionalización de trámite del gobierno nacional liderada por la función pública, busca facilitar al ciudadano el acceso a los trámites y servicios que brinda las administración pública, en la E.S.E ISABU, se plantea como una herramienta de prevención de actos de corrupción que apunta al cumplimiento de la Ley 962 de 2005<sup>1</sup>, Ley 1474 de 2011<sup>2</sup> y el Decreto Ley 019 de 2012<sup>3</sup>, mediante la formulación de estrategias que permiten simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y/o automatizar los procesos, para que los usuarios y demás partes interesadas puedan acceder a los servicios ofertados por la institución.

Estas estrategias se trabajan de manera articulada bajo lineamientos de Gobierno digital, lo que ha permitido la revisión de los procesos existentes y hacer el análisis, evaluación, descripción, consolidación y actualización de los trámites que deben realizar los usuarios para acceder a los servicios; ingresando para ello la información en la hoja de vida de trámites y servicios del Sistema Único de Información de Trámites SUIT, suministradas por el Departamento Administrativo de la Función Pública

<sup>1</sup> Ley 962 de 2005: Dicta disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de entidades del estado

<sup>2</sup> Ley 1474 de 2011 Art.73 Cada entidad del orden Nacional y Dptal deberá anualmente elaborar una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano

<sup>3</sup> Decreto Ley 019 de 2012: Dicta las normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración pública


 NIT 800.084.206-2	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	<b>PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>PL-1200-06</b>
	<b>GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		<b>FECHA</b>	<b>27/01/2021</b>
			<b>VERSIÓN</b>	<b>1.0</b>

– DAFP. Adicionalmente fueron publicados los datos mensuales de operaciones de la vigencia 2020 de cada trámite con el fin de que fueran priorizados y estructurar la estrategia de racionalización de trámites para la vigencia 2021 la cual se encuentra registrada en la plataforma del SUIT.

## IDENTIFICACION DE TRÁMITES

De la priorización realizada en el año 2018, con respecto a los servicios que se debían intervenir, a la fecha se tienen los siguientes trámites registrados en el SUIT:

ITEM	NOMBRE DEL TRAMITE	DESCRIPCION	PROCESO
1	Asignación de cita para la prestación de servicios en Salud	Agendar una cita para acceder a la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades del usuario. <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17528">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17528</a> <a href="http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=17528">http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=17528</a>	Gestión de Ambulatorios Gestión Atención de urgencias
2	Atención Inicial de Urgencia	Atención de personas que requieren de la protección inmediata por presentar alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona. <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17529">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17529</a> <a href="http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=17529">http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=17529</a>	Gestión Atención de Urgencias
3	Certificado de defunción	Acreditar legalmente el fallecimiento de una persona. <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T6867">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T6867</a> <a href="http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=6867">http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=6867</a>	Gestión de Internación Gestión de Urgencias Gestión Cirugía y atención de partos
4	Certificado de Nacido vivo	Obtener la certificación que acredita que el recién nacido, nació vivo <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T6865">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T6865</a> <a href="http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=6865">http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=6865</a>	Gestión Cirugía y atención de Partos
5	Dispensación de Medicamentos y dispositivos médicos	Entregar uno o más medicamentos o dispositivos médicos a un paciente y la información sobre su uso adecuado de acuerdo con la prescripción médica. <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17530">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17530</a> <a href="http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=17530">http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=17530</a>	Gestión Apoyo Terapeutico
6	Examen de Laboratorio Clínico	Acceder a la toma de muestras de sangre y/o fluido corporal para exámenes de laboratorio de baja, mediana y alta complejidad <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T7075">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T7075</a> <a href="http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=7075">http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=7075</a>	Gestión Apoyo Diagnóstico
7	Historia Clínica	Obtener la historia clínica en la cual se registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente o familia, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención. <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T7077">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T7077</a> <a href="http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=7077">http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=7077</a>	Gestión Documental
8	Radiología e imágenes Diagnósticas	Obtener imágenes del paciente para efectos diagnósticos y terapéuticos, mediante la utilización de ondas del espectro electromagnético y de otras fuentes de energía. <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T7076">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T7076</a> <a href="http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=7076">http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=7076</a>	Gestión Apoyo Diagnóstico
9	Terapia	Acceder a tratamientos para la habilitación o rehabilitación integral del paciente. <a href="https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17531">https://www.nomasfilas.gov.co/buscador/-/tramite/T17531</a> <a href="http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=17531">http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=17531</a>	Gestión Apoyo Terapeutico

 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

Para 2021 se tienen establecidas las siguientes actividades que apoyarán la estrategia anti-trámites:

- Promocionar los trámites y servicios disponibles por medios electrónicos.
- Implementar mejoras continuas en la oferta de trámites y servicios disponibles a través de canales electrónicos de acuerdo con los resultados obtenidos en los ejercicios de evaluación de satisfacción ciudadana y la caracterización de usuarios, ciudadanos y grupos de interés.
- Disponer y mejorar en la página web el enlace o link para sacar la cita web.
- Implementar mecanismo tecnológico adicional a la página web para mejorar la asignación de citas y disminuir tramites en los centros de atención
- Encuesta a los ciudadanos para identificar los trámites con mayor dificultad con el fin de priorizar necesidades

 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

## PLAN DE ACCIÓN: ESTRATEGÍA RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

Nombre de la entidad:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE	Orden:	Territorial
Sector administrativo:	No Aplica	Año vigencia:	2021
Departamento:	Santander		
Municipio:	BUCARAMANGA		

Consolidado estrategia de racionalización de trámites

DATOS TRÁMITES A RACIONALIZAR				ACCIONES DE RACIONALIZACIÓN A DESARROLLAR					PLAN DE EJECUCIÓN			
Tipo	Número	Nombre	Estado	Situación actual	Mejora por implementar	Beneficio al ciudadano o entidad	Tipo racionalización	Acciones racionalización	Fecha inicio	Fecha final racionalización	Responsable	Justificación
Modelo Único – Hijo	17528	Asignación de cita para la prestación de servicios en salud	Inscrito	Usuarios no cuentan con internet o equipos de consulto para poder solicitar cita por pagina web.	Se implementara estrategia de Call Center para facilitar via telefonica la asignación de citas.	Mejora la accesibilidad a las consultas, se espera reducir filas en los centros de atención. Y evitar situaciones como la venta de fichos.	Administrativa	Aumento de canales y/o puntos de atención - medio telefonico	18/03/2021	31/12/2021	Planeacion	

### 2.1.3. TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS

De acuerdo con el artículo 48 de la Ley 1757 de 2015, “por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática”, la rendición de cuentas es “... un proceso... mediante los cuales las entidades de la administración pública del nivel nacional y territorial y los servidores públicos, informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control”; es también 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.

Conforme a estos lineamientos para la E.S.E ISABU, la rendición de cuentas va más allá de ser una práctica de audiencias públicas y se concibe como un proceso continuo y bidireccional que genere espacios de diálogo entre la institución y los ciudadanos sobre la gestión y manejo, lo cual implica que los ciudadanos conozcan el desarrollo de las acciones de la administración y la institución explique el manejo de su actuar y de su gestión.

Actualmente la ESE ISABU tiene los siguientes mecanismos para su rendición de cuentas:


 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

MEDIO DE COMUNICACIÓN	MEDIO Y PERIODICIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE
MEDIOS VIRTUALES	Página Web Institucional. <a href="http://www.isabu.gov.co">www.isabu.gov.co</a> _A más tardar el 31 de Enero de cada año	Publicar la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plan de Acción de la vigencia</li> <li>▪ Planes generales de compras</li> <li>▪ Proyectos de inversión y su presupuesto.</li> <li>▪ Presupuesto de la vigencia.</li> <li>▪ Indicadores de gestión.</li> <li>▪ Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano "PAAC".</li> </ul>	Comunicaciones Oficina de Planeación.
	Página Web Institucional. <a href="http://www.isabu.gov.co">www.isabu.gov.co</a> y en el fan page de Facebook Cada tres meses	Publicar en la página Web el informe de gestión	Comunicaciones Oficina de Planeación.
	Página Web Institucional. <a href="http://www.isabu.gov.co">www.isabu.gov.co</a> y en el fan page de Facebook de acuerdo con su frecuencia	Publicar las novedades del Hospital y red que están dirigidas a los funcionarios y colaboradores a través de 1 boletín mensual  Convocatorias y novedades de contratación de la red prestadoras de salud de la ESE ISABU	Comunicaciones
	Canal de YOU TUBE de acuerdo con su frecuencia	Publicar los videos realizados de las diferentes actividades realizadas por la ESE ISABU para la comunidad	Comunicaciones
	Página Web Institucional. <a href="http://www.isabu.gov.co">www.isabu.gov.co</a> De acuerdo a su frecuencia	Publicar la ejecución de los diferentes proyectos del plan de acción.	Comunicaciones

Con el propósito de continuar consolidando en el 2021 la estrategia de rendición de cuentas como un proceso tendiente a fortalecer un cambio cultural, de manera democrática y participativa; la ESE ISABU desde la Dirección de Planeación, ha establecido los siguientes objetivos y metas en materia de Rendición de Cuentas:

- Generar estrategias en los canales digitales que dispone la entidad para que los usuarios tengan la información al día y en lenguaje claro y comprensible
- Propiciar espacios de diálogo y participación entre los distintos actores gubernamentales y de la sociedad para evaluar, corregir y presentar alternativas de solución y cualificación del servicio público de la Institución, mediante la realización de los eventos programados de rendición de cuentas en 2021
- Promover metodologías para garantizar la transparencia institucional, las estrategias anticorrupción, la participación ciudadana y el dialogo democrático de doble vía, teniendo en cuenta entre otras, la




 NIT 800.084.206-2	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	<b>PLAN ANTICORRUPCION</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>PL-1200-06</b>
	<b>GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		<b>FECHA</b>	<b>27/01/2021</b>
			<b>VERSIÓN</b>	<b>1.0</b>

encuesta de percepción que dispone respecto de las PQRS, para identificar las necesidades de cada centro de Salud.

- Generar estrategias de evaluación, información pertinente y oportuna a los diferentes actores para posibilitar la discusión crítica y propositiva sobre el servicio público de la institución y centros de Salud, en lenguaje claro y con información de fácil acceso a la ciudadanía
- Generar incentivos para la participación de la comunidad, grupos de interés, entidades de gobierno territorial, organizaciones no gubernamentales, en los ejercicios de rendición de cuentas y mesas públicas.

### PLAN DE ACCIÓN: COMPONENTE RENDICIÓN DE CUENTAS

Componente 3: Rendición de cuentas					
Subcomponente	Actividades Programadas		Meta o producto	Responsable	Fecha programada
<b>Subcomponente 1</b> Información de calidad y en lenguaje comprensible	1.1	Definir equipo que lidere el proceso de rendición de cuentas.	Equipo multidisciplinario conformado	Planeación	10/02/2021
	1.2	Identificar necesidades de información y valorar información actual.	Encuesta aplicada a la ciudadanía para rendir cuentas en temas prioritarios	SIAU	19/02/2021
	1.3	Ajustar líneas de acción para fortalecer estrategias de acceso a información de calidad y en lenguaje comprensible.	Línea de acción para rendición de cuentas socializadas y publicadas	SIAU - Planeación Talento Humano	19/02/2021
<b>Subcomponente 2</b> Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2.1	Diseñar y socializar el plan de rendición pública de cuentas con sus respectivos cronogramas, metas y componentes en el 2021	Plan de rendición de cuentas socializado	Equipo Multidisciplinario Rendición de Cuentas	19/02/2021
	2.2	Definir capacidad operativa y disponibilidad de recursos.	Logística definida	Planeación - Financiera	19/02/2021
	2.3	Desarrollar acciones para promover y realizar el dialogo con organizaciones, ciudadanos y ciudadanía.	Estrategias para promover el diálogo de doble vía	SIAU	19/02/2021
<b>Subcomponente 3</b> Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3.1	Realizar estrategias para interiorizar la cultura de rendición de cuentas en los servidores públicos y en los ciudadanos mediante la capacitación, el acompañamiento y reconocimiento de experiencias.	Efectuar una reunión de rendición de cuentas con énfasis en gestión que ha beneficiado a los funcionarios públicos (previa a la Rendición de Cuentas) dirigida al personal de La ESE ISABU	SIAU Planeación Comunicaciones	26/02/2021
	3.2	Convocar a todas las partes interesadas para contar con su participación en la Audiencia Pública de Rendición de cuentas.	Convocatoria realizada	Planeación	24/02/2021
	3.3	Socializar y visibilizar la información.	Estrategia de comunicación del ISABU	Planeación	24/02/2021
<b>Subcomponente 4</b> Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1	Realizar seguimiento a metas de rendición de cuentas.	lista de chequeo y cronograma	Planeación	9/04/2021 15/10/2021
	4.2	Realizar evaluación y retroalimentación a la gestión Institucional.	Informe de evaluación del plan de gestión gerencial	Planeación	28/05/2021
	4.3	Elaborar informe de resultados, logros y dificultades.	Informe de resultados, logros y dificultades	Planeación	28/05/2021
	4.4	Diseñar planes de mejoramiento de rendición de cuentas	Plan de mejoramiento de la estrategia de rendición de cuentas	Planeación	30/04/2021

 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0


#### 2.1.4. CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

Dando cumplimiento al artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, la ESE ISABU cuenta con diferentes medios de atención y comunicación para fortalecer la cultura de la denuncia poniéndolos a disposición de la ciudadanía como son:

CANAL	MODO DE CONTACTO
Telefónico	Línea telefónica local :6979898, disponible en horas Hábiles y celular: 316 7440481
Físico	Toda correspondencia, documentos o escritos radicado por ventanilla única
Virtual	Correo Electrónico: <a href="mailto:atencionalusuario@isabu.gov.co">atencionalusuario@isabu.gov.co</a> <a href="mailto:correspondenciavirtual.isabu@gmail.com">correspondenciavirtual.isabu@gmail.com</a>
	Sitio Web: <a href="http://www.isabu.gov.co">http://www.isabu.gov.co</a>
Presencial	Proceso personalizado en la Oficina de Atención al Usuario ubicada en el primer piso del Hospital Local del Norte – consulta externa
Buzones	En cada uno de los centros de salud y unidades hospitalarias se han dispuesto buzones, con sus respectivos formatos donde el usuario puede escribir; Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias, Agradecimientos o Felicitaciones. Los cuales son aperturados semanalmente por parte de los funcionarios del SIUA acompañados por un usuario quien a su vez es quien firma el acta de apertura se realiza la respectiva gestión para dar la respuesta en los términos de ley.


Igualmente, y con el propósito de brindar un mejor servicio a los usuarios y sus familias, los cuales se constituyen en el eje central del modelo de atención de la ESE ISABU; se implementan diferentes mecanismos que nos permiten las identificaciones de las necesidades y expectativas de los usuarios para la elaboración de planes, programas y proyectos con la finalidad de mejorar la satisfacción de los usuarios.

Política Nacional de Eficiencia Administrativa al Servicio del Ciudadano (Conpes 3785 de 2013) y de acuerdo con los lineamientos del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano – PNSC se realizara durante el 2021 una identificación de usuarios y se han planteado las siguientes acciones adicionales que permitirán identificar la situación actual del servicio al ciudadano, las brechas respecto al cumplimiento normativo y definir acciones precisas para mejorar la situación actual, el acceso a los trámites y servicios de la entidad que garanticen la satisfacción de los usuarios y faciliten el ejercicio de sus derechos, por medio de la política de servicio al ciudadano y política de humanización.

 NIT 800.084.206-2	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	<b>PLAN ANTICORRUPCION</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>PL-1200-06</b>
	<b>GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		<b>FECHA</b>	<b>27/01/2021</b>
			<b>VERSIÓN</b>	<b>1.0</b>

## PLAN DE ACCIÓN: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

Componente 4: Mecanismos para mejorar la atención del Ciudadano					
Subcomponente	Actividades Programadas		Meta o producto	Responsable	Fecha programada
<b>Subcomponente 1</b> Estructura Administrativa y Direccionamiento estratégico	1,1	Dar cumplimiento al procedimiento de Atención al Usuario en la ESE ISABU.	Reporte de la ejecución del procedimiento	SIAU	30/04/2021
	1,2	Analizar el estado actual del servicio al ciudadano que presta la entidad.	Identificar oportunidades de mejora para definir acciones que permitan mejorar la situación actual.	Jurídica- SIAU	30/04/2021
	1,3	Medir a través de indicadores los tiempos de atención al usuario.	Indicador Tiempo de atención usuario medido	SIAU	17/04/2021 10/08/2021 10/12/2021
	1,4	Realizar encuestas de percepción a ciudadanos y servidores públicos respecto a la calidad del servicio.	Informe de resultados consolidados de la encuesta	SIAU	17/04/2021 10/08/2021 10/12/2021
<b>Subcomponente 2</b> Fortalecimiento de los canales de atención	2,2	Continuar implementando en la página web de la ESE ISABU, el link para radicación de PQRS.	Link radicación de PQRS funcionando	Planeación Comunicaciones	17/04/2021 10/08/2021 10/12/2021
	2,3	Mantener los canales de atención y participación ciudadana presencial, de la página Web, anuncios publicitarios y carteleras institucionales.	Realizar socializaciones en página WEB de los Canales de comunicación disponibles	Planeación TICS SIAU	30/03/2021 30/07/2021 30/11/2021
	2,4	Garantizar al usuario la atención de las PQRS, según los tiempos establecidos por la Ley.	Informe PQRS atendidas en el tiempo establecido	SIAU	20/04/2021 20/08/2021 20/12/2021
	2,5	Desarrollar campaña de comunicación interna de la entidad y actividades que promuevan la divulgación y utilización de los protocolos de servicios entre los colaboradores del ISABU.	Campaña de comunicación interna de la entidad y actividades que promuevan la divulgación de protocolos	Planeación Calidad Procesos Misionales SIAU	29/05/2021 30/10/2021
	2,6	Medir el 100% de los tipos de petición que generan trámite en la entidad con un indicador de oportunidad en la atención.	Seguimiento al 100% de los tipos de petición que generan trámite en la entidad.	SIAU	29/05/2021 30/10/2021
<b>Subcomponente 3</b> Talento Humano	3,1	Diseñar plan de trabajo para la puesta en marcha de actividades tendientes al fortalecimiento de la política del servicio al ciudadano de la entidad.	Plan de trabajo para el fortalecimiento de la política del servicio al ciudadano	Talento Humano- SIAU	30/04/2021
	3,2	Fortalecer el proceso de formación y capacitación en temas de servicio al ciudadano, dirigido a los colaboradores del ISABU con funciones de servicio y atención a través de la creación de un documento orientador en temas de humanización.	Documento orientador en temas de humanización socializado	Talento Humano- SIAU	4/06/2021
	3,3	Incluir dentro de los planes de bienestar e incentivos de los colaboradores del ISABU, estímulos para destacar su desempeño respecto a la atención que prestan a los ciudadanos.	Documento Plan de bienestar de incentivos de los colaboradores del ISABU ajustado vigencia 2021	Talento Humano	20/04/2021
<b>Subcomponente 4</b> Normativo y procedimental	4,1	Asegurar que el Procedimiento de Petición, Quejas y Reclamos se mantiene actualizado con la normatividad legal y nuevos lineamientos de la entidad.	Procedimiento de Peticiones, Quejas y Reclamos actualizado si se presentan cambios en la normatividad	SIAU Jurídica	28/04/2021
	4,2	Incluir análisis cualitativo en los informes de PQRS del ISABU, identificando oportunidades de mejora en la prestación del servicio.	Boletines periódicos de PQRS publicados con las oportunidades de mejora en la prestación del servicio	SIAU	17/04/2021 10/07/2021 10/11/2021
	4,3	Socializar los avisos de privacidad de la información en los diferentes canales que la entidad dispone para la atención al ciudadano de conformidad con la política de tratamiento de datos personales	Avisos de privacidad de la información socializados en los diferentes canales que la entidad dispone para la atención al ciudadano	Gestión de las TICS	17/04/2021 10/07/2021 10/11/2021
	4,4	Seguimiento a funcionamiento de carteleras virtuales implementadas en los centros de salud para garantizar la difusión de los contenidos relacionados con derechos y deberes de los ciudadanos, requisitos de trámites, horarios y canales de atención.	Evidenciar funcionamiento de Carteleras virtuales en cada uno de los centros de salud y cumplimiento de difusión información con contenidos relacionados con derechos y deberes de los ciudadanos, requisitos de trámites, horarios y canales de atención.	Gestión de las TICS Área de comunicaciones	17/04/2021 10/07/2021 10/11/2021

 NIT 800.084.206-2	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>		<b>PLAN ANTICORRUPCION</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>PL-1200-06</b>
	<b>GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>			<b>FECHA</b>	<b>27/01/2021</b>
				<b>VERSIÓN</b>	<b>1.0</b>

<b>Subcomponente 5</b> Relacionamiento con el ciudadano	5,1	Desarrollar encuesta de medición de la satisfacción de los ciudadanos respecto a los servicios del ISABU.	Informe Índice de satisfacción de los ciudadanos con respecto a los servicios del ISABU	SIAU	15/04/2021 15/07/2021 15/10/2021
--	-----	---	---	------	--

## 2.1.5. QUINTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

El componente se enmarca en las acciones para la implementación de la ley de transparencia y Acceso a información Pública Nacional y los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de acceso a la información pública regulado por la ley 7112 de 2014 y el decreto 1081 de 2015.


La promoción de la transparencia, la lucha anticorrupción y el acceso a la información pública para la ESE ISABU es una forma de actuar que debe trascender toda la estructura organizacional de la entidad y en ese sentido, además de la implementación de las acciones contenidas en el presente plan, este componente se asume como un asunto de cultura organizacional que requiere de un apoyo decidido del nivel directivo, el diseño y la aplicación de estrategias de comunicación, el empoderamiento de todos los colaboradores y el acompañamiento de la ciudadanía.

Se mantendrá actualizada la pestaña de TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN en página web tal y como lo emana la procuraduría en sus lineamientos.

En este contexto, se presentan a continuación las principales acciones que la Institución ha planteado

## PLAN DE ACCIÓN: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.

Componente 5: Mecanismos de Transparencia y Acceso a la Información.					
Subcomponente		Actividades Programadas	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
<b>Subcomponente 1</b> Lineamientos de Transparencia Activa	1,1	Actualizar la información en la página WEB, en el link* Transparencia y acceso a la información pública de la ESE ISABU, dando cumplimiento con lo establecido en la ley 1712 del 2014 .	Información publicada en el link* Transparencia y acceso a la información pública de la ESE ISABU revisada y/o actualizada	Área de Comunicaciones	9/04/2021 9/07/2021 10/11/2021
	2,1	Publicar las estadísticas de consultas o solicitudes por parte de los ciudadanos.	Publicación de estadísticas de consultas y solicitudes	SIAU Jurídica	28/05/2021 30/11/2021
<b>Subcomponente 3</b> Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	3,1	Revisión y Actualización del programa de Gestión Documental de acuerdo con los lineamientos del decreto 1080 de 2015 y política gestión documental de MIPG.	Informe de avance sobre cumplimiento % meta programa de gestión documental de acuerdo con los lineamientos del decreto 2609 de 2012 y política documental MIPG	Gestión Documental	11/05/2021 09/10/2021
	3,2	Revisión y Actualización del esquema de publicación de información para la ESE ISABU en un conforme a política de gestión documental de MIPG	Informe de avance sobre cumplimiento % meta del esquema de publicación	Gestión Documental	11/05/2021 09/10/2021
	3,3	Revisión y Actualización del índice de información clasificada y reservada de la ESE ISABU en un conforme a política de gestión documental de MIPG	Informe de avance sobre cumplimiento % meta del índice de información clasificada y reservada	Gestión Documental	11/05/2021 09/10/2021
<b>Subcomponente 4</b> Criterio diferencial de accesibilidad	4,1	Facilitar la accesibilidad de la información a población con discapacidad y a los distintos grupos étnicos y culturales de la región.	Divulgar por lo menos una comunicación con contenidos en lenguaje con enfoque diferencial	Planeación	30/06/2021

 NIT 800.084.206-2	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>		<b>PLAN ANTICORRUPCION</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>PL-1200-06</b>
	<b>GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>			<b>FECHA</b>	<b>27/01/2021</b>
				<b>VERSIÓN</b>	<b>1.0</b>

	4,2	Adelantar una campaña de socialización para los accesos a espacios públicos para la población en condición de discapacidad	Campaña de acceso a espacios públicos adelantada	Planeación	28/05/2021 31/10/2021
<b>Subcomponente 5</b> Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5,1	Realizar seguimiento mensual de los ciudadanos a la página WEB	Reporte de seguimiento mensual	Líder TICS	Ultimo día mes
	5,2	Elaborar un informe trimestral de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias PQRSD que contenga el Número de solicitudes recibidas, Número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, el tiempo promedio de respuesta a cada solicitud y el Número de solicitudes a las que se negó el acceso a la información	Informe trimestral de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias	SIAU	30/03/2021 30/06/2021 30/09/2021 30/12/2021

### 2.1.6. SEXTO COMPONENTE - INICIATIVAS ADICIONALES


Para garantizar el cierre del ciclo de los componentes del Plan de Anticorrupción y de atención al ciudadano, la ESE ISABU presenta sus Códigos de Integridad y código de Ética y Buen Gobierno, como una estrategia para promover comportamientos éticos frente a la atención ciudadana por parte de funcionarios y colaboradores.

A través del aseguramiento del cumplimiento y puesta en práctica de los Códigos, se obtendrán mayores índices de satisfacción que redundarán en la fidelización de nuestros usuarios y nos permitirá crecer en el competitivo mercado de la salud, ya que los usuarios fieles generan imagen y opiniones positivas a otros clientes potenciales y facilitan el camino para la consecución de nuevas oportunidades de negocio.

Por ello que requiere de la participación activa de todos los empleados y prestadores de servicio de la Institución, independiente de su modalidad de contratación para asumir todos los postulados del código los cuales deben destacarse desde las mismas relaciones laborales y en nuestra interacción diaria con los usuarios.

### PLAN DE INICIATIVAS ADICIONALES

Componente 6: Iniciativas adicionales					
Subcomponente	Actividades Programadas		Meta o producto	Responsable	Fecha programada
<b>Subcomponente 1</b> Iniciativas adicionales	1,1	Realizar reinducción al código de integridad, servidores y contratistas ESE ISABU.	Programa de Inducción o reinducción que contemple socialización y adherencia al código de Integridad	Talento Humano Jurídica	28/05/2021
	1,2	Diagnosticar, a través de encuestas, entrevistas o grupos de intercambio, si los usuarios perciben la adherencia de los servidores de la entidad de los valores del código de integridad.	Medición de adherencia a código de integridad de la ESE ISABU	Talento Humano SIAU	30/06/2021
	1,3	Definir las estrategias para la inducción o reinducción de los servidores públicos con el propósito de afianzar las temáticas del Código de integridad.	Programa de Inducción o reinducción que contemple socialización y adherencia al código de Integridad	Talento Humano	29/04/2021

 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

### 3. SEGUIMIENTO

La consolidación del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano, estará a cargo de la oficina de planeación de la entidad o quien haga sus veces, quien además servirán de facilitadores para todo el proceso de elaboración de este.

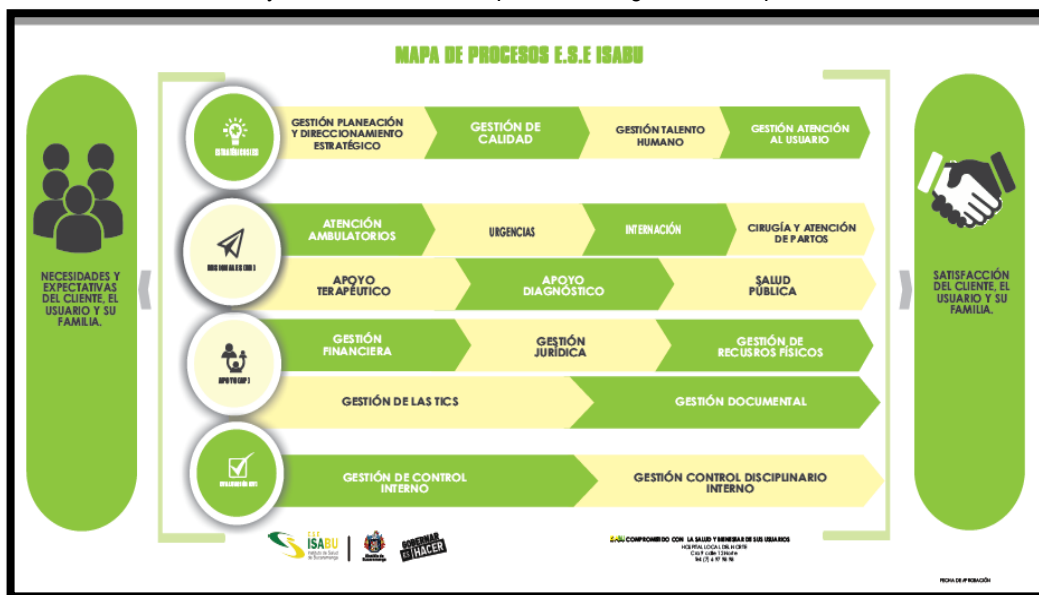
La Oficina de control Interno realizará la verificación de la ejecución de las estrategias anticorrupción y atención al ciudadano, la visibilización, el seguimiento y control de las acciones, en las fechas establecidas acorde a la normatividad vigente.

El Plan de Anticorrupción y de atención al Ciudadano se publicará en la página WEB de la ESE y se socializará a todos los funcionarios de la Institución.

### ANEXOS

#### 1. MAPA DE PROCESOS DE LA ESE ISABU

Actualizado y aprobado por **comité CIGD 20 de junio de 2019** para los Macroprocesos Estratégicos, de Apoyo, Misionales y de evaluación, así como los correspondientes procesos de la ESE ISABU y para los cuales fueron analizados y actualizados los respectivos riesgos de corrupción



 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

## 2. MATRIZ MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION CONSOLIDADO - ESE ISABU

Los Mapas de Riesgos de la ESE ISABU fueron elaborados de acuerdo con la metodología expuesta en la Guía para la Gestión del Riesgo de corrupción 2020 y los cuales a continuación detallamos


<b>ELABORÓ</b>	<b>REVISÓ</b>	<b>APROBÓ</b>
Jefe Oficina Asesora de Planeación	Equipo Profesional Oficina de calidad	Comité CIGD No.01 -2021

CONTROL DE CAMBIOS			
Versión	Fecha	Motivo de cambio	Descripción del cambio
1.0	27/01/2021	Documento nuevo	N/A

Firma:




**HERNÁN ALONSO DELGADO CENTENO**  
Jefe Oficina Asesora de Planeación  
ESE ISABU

 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

## ANEXO 2. MATRIZ RIESGOS DE CORRUPCIÓN 2021

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN AÑO 2021																																			
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ESE ISABU																																			
IDENTIFICACION DEL RIESGO						VALORACION DEL RIESGO DE CORRUPCION												ADMINISTRACION DEL RIESGO																	
PROCESO / OBJETIVO	REFERENCIA	IMPACTO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAÍZ	RIESGO DE CORRUPCION	CLASIFICACIÓN RIESGO	ANÁLISIS DEL RIESGO					No. CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	VALORACION DEL RIESGO								INDICADOR	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	PERIODICIDAD DE LA ACCIÓN	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE TERMINACION								
							RIESGO INHERENTE							PROBABILIDAD	IMPACTO	TIPO	ATRIBUTOS				PROBABILIDAD RESIDUAL (2 Controles)							PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%	IMPACTO RESIDUAL FINAL	%	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO		
							FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	%	IMPACTO INHERENTE	%						ZONA DEL RIESGO INHERENTE	IMPLEMENTACIÓN	CALIFICACIÓN	DOCUMENTACIÓN														FRECUENCIA	EVIDENCIA
GESTION DE PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO OBJETIVO: Formular, implementar, realizar seguimiento y evaluar Plan de Gestión, Plan de Desarrollo, Plan Anticorrupción y planes de inversión de la Empresa Social del	RIESGO 1	Afectación económica y disciplinaria	1. Investigaciones disciplinarias, fiscales y penales y procesos sancionatorios por parte de los organismos de control	Incumplimiento de publicación en página web por presentar información inexacta a organismos de control y/o a la	Posibilidad de afectación económica e Investigaciones disciplinarias, fiscales y penales y procesos sancionatorios por parte de los organismos de control por ocultar o manipular información relacionada con el direccionamiento estratégico, generando incumplimiento en	Fraude interno y Fallas tecnológicas	180	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1	El profesional del área de comunicaciones deberá verificar las solicitudes recibidas a través del correo electrónico y proceder a llevar un control mensual de las mismas a través de una lista de chequeo, posteriormente enviada al jefe de la Oficina Asesora de Planeación.	X	.	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	36,0%	Baja	25,2%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Número de solicitudes recibidas / número de publicaciones realizadas*100%	Elaborar formato de lista de chequeo, que permita llevar control de publicaciones realizadas mes a mes.  Realizar publicaciones en página WEB de	Coordinador de comunicaciones	Permanente	1-ene-21	31-dic-21



 NIT 800.084.206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	PLAN ANTICORRUPCION	CÓDIGO	PL-1200-06
	GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		FECHA	27/01/2021
			VERSIÓN	1.0

Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, como una herramienta de Gestión Gerencial generada al interior de la empresa y cuya divulgación y promoción permite el cumplimiento de la misión y la visión facilitando la toma de decisiones para cumplir con los objetivos estratégicos que espera alcanzar la institución.				publicación de informes, imposibilitando el cumplimiento de los objetivos, planes, programas y proyectos institucionales y demás requisitos de ley que deban estar en página dentro de la sección de transparencia y acceso a la información, dentro de los tiempos establecidos por la ley para favorecer a terceros.						2	El Jefe de la Oficina Asesora de planeación verificará lista de chequeo donde se evidencie la solicitud y ubicación del archivo a través de link. En caso de no corresponder a ningún objetivo dejar evidencia de la observación para actualización de los planes y conocimiento de los ciudadanos.	X	-	Detectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	25,2%				planes, acciones, informes demás actividades institucionales requeridas por norma y de conocimiento de los entes de control y ciudadanía.						
<b>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</b> OBJETIVO: Garantizar personal competente que permita desarrollar correctamente los planes institucionales, estableciendo un Programa de Gestión Humana encaminada a elevar el nivel y la calidad de vida de todos sus colaboradores.	RIESGO 2	Perdida de recursos financieros de la institución	sanción del organismo de control	Incumplimiento a la normatividad relacionada con la gestión de nómina, Beneficios prestacionales y salariales; y situaciones administrativas.	Fraude interno	12	Baja	40%	Mayor	80%	Alto	1	La profesional de nómina realiza mensual la pre nómina con las situaciones administrativas presentadas en el periodo.	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	24,0%				La profesional de Talento Humano mensualmente con el fin de verificar la veracidad de la información y detectar posibles fraudes, realizará un comparativo de los históricos de la nómina y tendrá en cuenta lo correspondiente a los acuerdos de escala salarial.	Profesional Universitario / TH	Mensual	25-feb-21	20-dic-21
												2	La Profesional de Talento Humano revisa de forma mensual la pre nómina, diligenciada por el profesional de Nómina, realizando comparativo con el histórico de las nóminas y revisando situaciones administrativas presentadas en el periodo. De encontrar alteraciones en el proceso de la nómina este informará a la Subgerencia Administrativa para que sea esta dependencia quien tome las medidas correspondientes. De la revisión efectuada el contador generara un reporte mensual.	X	-	Detectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	16,8%	Muy baja	16,8%	Mayor					



NIT 800.084.206-2

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  
**GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

**PLAN ANTICORRUPCION**

**CÓDIGO** PL-1200-06  
**FECHA** 27/01/2021  
**VERSIÓN** 1.0

<p><b>CALIDAD, SUBPROCESO GESTION AMBIENTAL:</b> <b>OBJETIVO:</b> Asegurar la implementación y funcionamiento del sistema de gestión de calidad y del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud buscando satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</p>	<p><b>RIESGO 3</b></p> <p>Afectación económica</p> <p>CANCELACIÓN DE CONTRATO POR INCUMPLIMIENTO, INVESTIGACIONES Y APLICACIÓN DE PÓLIZAS DEL CONTRATISTA</p> <p>Alteración de los datos del pesaje y Falta de ética del personal de servicios generales y personal de las empresas de recolección de residuos</p> <p>Posibilidad que operarios de servicios generales en conjunto con las empresas contratistas que realizan la recolección de residuos reciclables y peligrosos, reciban beneficios económicos o dadas por alterar los datos de pesaje, generando afectaciones económicas a la ESE ISABU.</p> <p><b>Fraude externo</b></p> <p>7200</p> <p>Muy Alta</p> <p>100%</p> <p>Mayor</p> <p>80%</p> <p>Alto</p>	<p>1</p> <p>La entrega del material reciclaje se realiza a través del ingeniero ambiental quien verificara que el peso de los residuos se realiza a través de la báscula que ofrezca la ESE ISABU, adicionalmente verificara el peso de cada residuo vendido y realiza acta donde quede constancia.</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Sin Documentar</p> <p>Aleatoria</p> <p>Con Registro</p> <p>60,0%</p> <p>Moderado</p> <p>42,0%</p> <p>Mayor</p> <p>80%</p> <p>Alto</p> <p>REDUCIR</p> <p>Número de pesajes correctos / total de pesajes verificados* 100%</p> <p>No. de Visitas aleatorias de verificación del pesaje en un periodo de tiempo / No. Vistas para verificación de pesaje programadas en un periodo de tiempo.</p> <p>Realizar visitas aleatorias a las unidades operativas de la ESE ISABU donde se puede evidenciar el correcto pesaje de los residuos</p> <p>Ingeniero Ambiental</p> <p>De acuerdo al cronograma de visitas</p> <p>1-feb-21</p> <p>30-nov-21</p>	<p>2</p> <p>Gestión Ambiental realizara (01) visita mensual de forma aleatoria a las unidades operativas de la ESE ISABU, para verificar que el pesaje registrado diariamente en los formatos institucionales coincida con los registros entregados por las empresa contratista.</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Detectivo</p> <p>Manual</p> <p>30%</p> <p>Documentado</p> <p>Aleatoria</p> <p>Con Registro</p> <p>60,0%</p> <p>Moderado</p> <p>42,0%</p> <p>Mayor</p> <p>80%</p> <p>Alto</p> <p>REDUCIR</p> <p>Número de pesajes correctos / total de pesajes verificados* 100%</p> <p>No. de Visitas aleatorias de verificación del pesaje en un periodo de tiempo / No. Vistas para verificación de pesaje programadas en un periodo de tiempo.</p> <p>Realizar visitas aleatorias a las unidades operativas de la ESE ISABU donde se puede evidenciar el correcto pesaje de los residuos</p> <p>Ingeniero Ambiental</p> <p>De acuerdo al cronograma de visitas</p> <p>1-feb-21</p> <p>30-nov-21</p>



<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>  <b>GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	<b>PLAN ANTICORRUPCION</b>	CÓDIGO	PL-1200-06
		FECHA	27/01/2021
		VERSIÓN	1.0

RIESGO 5	Afectación disciplinaria	Sanción inmediata a través de los órganos de control	Falta de verificación permanente de perfiles de trabajo por medio de la evaluación del personal	Posible afectación disciplinaria con sanción por organismos de control por trato deshumanizado a pacientes y/o familiares a quienes se les presta un servicio de salud, causado por la falta de capacitación y adherencia de la prestación de servicio humanizada de acuerdo con la política institucional.	Relaciones laborales	20	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	1	El grupo de calidad realiza sensibilización de la política de humanización a todo el equipo del servicio de internación	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	24,0%	Muy baja	16,8%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR	Número de personas del servicio de internación con adherencia satisfactoria de la política de humanización / Total de personas que conforman el servicio de internación.	El grupo de calidad junto con la líder de internación realizaran de forma trimestral capacitación y medición de la adherencia de la política de humanización en el servicio de internación.	Profesional de Calidad y Líder de Internación	Trimestral I	1-ene-21	31-dic-21
RIESGO 6	Afectación económica por detrimento patrimonial	Sanción penal y disciplinarias	Falta de verificación permanente de equipos biomédicos, insumos médico quirúrgico en el servicio de internación	Posibilidad de afectación económica y procesos disciplinaria que conllevan a sanciones por órganos de control debido a la falta de verificación permanente de equipos biomédicos en el servicio de internación por el personal responsable en cada turno en el Hospital Local del Norte y la UIMIST que conlleva a que el talento humano se apropie ilegalmente de los bienes, equipos biomédicos e insumos médico-quirúrgico.	Fraude interno	56	Moderado	60%	Catastrófico	100%	Extremo	1	El Líder de enfermería del servicio de internación realiza seguimiento al inventario de equipos biomédicos ubicados en los servicios de internación.	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	36,0%	Baja	25,2%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR	Número de equipos biomédicos ubicados en el servicio con la correcta utilización / Total de equipos biomédicos relacionados para el servicio de internación.	La líder de Internación realiza revisión diariamente el inventario a través de formato establecido.	Líder de Internación	Diaria por la Líder del proceso de internación	1-feb-21	31-dic-21
2	El profesional de inventarios realiza revisión trimestral del inventarios de equipos biomédicos ubicados en los servicios de internación.	X	-	Detectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	25,2%	Baja	25,2%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR	El profesional de inventarios realiza revisión trimestral del inventarios de equipos biomédicos ubicados en los servicios de internación.																	
2	El profesional de calidad aplica instrumento de adherencia a la política de humanización al equipo de internación capacitado	X	-	Detectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	16,8%	Muy baja	16,8%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR																		
1	El grupo de calidad realiza sensibilización de la política de humanización a todo el equipo del servicio de internación	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	24,0%	Muy baja	24,0%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR																		



<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>  <b>GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	<b>PLAN ANTICORRUPCION</b>	CÓDIGO	PL-1200-06
		FECHA	27/01/2021
		VERSIÓN	1.0

OBJETIVO	RIESGO	CAUSAS	EFFECTOS	INDICADORES	VALORES	SEVERIDAD	INDICADORES	VALORES	SEVERIDAD	ACCIONES	FECHA																				
<b>GESTIÓN DE INTERNACIÓN</b> OBJETIVO: Garantizar el manejo pertinente, seguro y cálido a los usuarios que requieren del servicio de hospitalización para la recuperación de su salud, con altos estándares de calidad, seguridad y humanización del servicio.	<b>RIESGO 7</b> Afectación disciplinaria y económica  Demandas por los pacientes y su familia	Falta de capacitación del personal de los procesos del servicio de internación  Posibilidad de afectación económica y disciplinaria que conllevan a demandas por los pacientes y su familia por malas prácticas clínicas por desconocimiento de los procesos asistenciales del personal del servicio de internación.	Usuarios, productos y prácticas	100	Moderado	60%	Catastrófico	100%	Extremo	El Coordinador de la Unidad de Cuidado Intermedio e Intensivo realiza capacitaciones de los temas acordes al servicio a todo el equipo de internación	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	36,0%	Baja	25%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR	Número de personal capacitado y con adherencia a los procesos asistenciales del servicio de internación / Total de personas que conforman el servicio de internación.	El Coordinador de UCIM Y UCI realizará material para las capacitaciones y la jefe del servicio de internación diseñará instrumento de evaluación de las diferentes temáticas utilizadas en las capacitaciones del personal del servicio de internación.	Coordinador médico de las UCIM Y UCI y la Líder de Internación	De acuerdo a programación de capacitaciones	1-feb-21	31-dic-21
				25,2%	25%	100%	Extremo	El Líder de enfermería del servicio de internación aplica instrumento de adherencia a las temáticas socializadas por el Coordinador de Unidad de Ciudadanos Intermedios e Intensivos al equipo de internación.	X	-	Detectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	25,2%														
<b>GESTIÓN CIRUGIA Y ATENCIÓN DE PARTOS</b> OBJETIVO: Brindar una atención integral al usuario que requiere intervención quirúrgica para el tratamiento y recuperación de su estado de salud y /o atención Gineco-obstétrica de urgencias y atención del parto, realizando todos los procedimientos con parámetros de calidad, seguridad y atención humanizada cumpliendo con los lineamientos y misión institucional.	<b>RIESGO 8</b> Sanción disciplinaria, fiscal y económica  Sanciones por los diferentes órganos de control.	Ausencia del seguimiento pertinente a los insumos, medicamentos y equipos biomédicos del servicio de cirugía y atención del parto.  Probabilidad de sanción disciplinaria, fiscal y económica a cargo de los diferentes órganos de control desencadenados por la ausencia del seguimiento pertinente a los insumos, medicamentos y equipos biomédicos del servicio de cirugía y atención del parto, por apropiación indebida por el talento humano.	Fraude interno y Daño a activos fijos / eventos externos	730	Alta	80%	Catastrófico	100%	Extremo	El equipo de enfermería realiza el diligenciamiento de los formatos al ingreso y egreso del turno del servicio de cirugía y atención de partos en los formatos establecidos para la verificación de equipos biomédicos, insumos médico - quirúrgicos y medicamentos.	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	48,0%	Baja	33,6%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR	Número de registros correctos en el formato correspondiente / Total de turnos ejecutados durante el mes	La coordinadora del servicio de cirugía y atención del parto revisa de forma mensual el adecuado diligenciamiento de los formatos de ingreso y egreso de cada turno del servicio de cirugía y atención de partos.	Líder de Gestión Atención de cirugía y partos	Mensual	1-ene-21	31-dic-21
				33,6%	33,6%	100%	Extremo	La coordinadora del servicio de cirugía y atención del parto revisa y verifica mensualmente el correcto diligenciamiento de los formatos diligenciados por el equipo de enfermería al ingreso y egreso de cada turno, en caso de encontrar fallas realiza las medidas correctivas de forma inmediata y notifica al Dirección Técnico de las Unidades Hospitalarias quién a la vez hará el	X	-	Detectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	33,6%														



NIT 800.084.206-2

<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>  <b>GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	<b>PLAN ANTICORRUPCION</b>	<b>CÓDIGO</b> PL-1200-06
		<b>FECHA</b> 27/01/2021
		<b>VERSIÓN</b> 1.0

<b>PROCESO GESTION APOYO TERAPÉUTICO / OBJETIVO:</b> Garantizar los servicios oportunos de farmacia y rehabilitación relacionados con medicamentos, dispositivos médicos y tratamientos terapéuticos empleados en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y garantizar la seguridad de los usuarios de la Empresa Social del Estado, Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU.	<b>RIESGO 9</b>  Afectación económica	Faltantes de inventarios	incumplimiento del procedimiento para recepción	Posibilidad de afectación económica por faltantes de inventarios derivados de la omisión del procedimiento de recepción técnica	<b>Fraude interno y Fraude Externo</b>  48  <b>Moderado</b>  60%  <b>Mayor</b>  80%  <b>Alto</b>	1	El regente de farmacia encargado de la administración de la bodega de medicamentos verifica que los productos recibidos físicamente correspondan a lo facturado por el proveedor. En caso de inconsistencias deberá reportar inmediatamente al líder del Servicio farmacéutico.	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	36,0%	Baja	25,2%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Número de faltantes detectados en revisión / Total de pedidos recepcionados	El regente de farmacia aplica de forma estricta el procedimiento de recepción técnica y administrativa, para identificar errores de despacho por parte del proveedor.	Regente de Farmacia	Cada vez que se decepcione pedido	1-feb-21	31-dic-21
						2	El regente coordinador efectuará inspecciones aleatorias a las entradas de medicamentos para verificar que se cumpla el procedimiento de recepción. En caso de inconsistencias realizará reporte al proveedor y al supervisor del contrato.	X	-	Defectivo	Manual	30%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	25,2%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	El Regente coordinador de farmacia realiza inspecciones aleatorias a las farmacias para verificar la correcta recepción de pedidos.							
<b>PROCESO GESTION APOYO TERAPÉUTICO / OBJETIVO:</b> Garantizar los servicios oportunos de farmacia y rehabilitación relacionados con medicamentos, dispositivos médicos y tratamientos terapéuticos empleados en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y garantizar la seguridad de los usuarios de la	<b>RIESGO 10</b>  Afectación económica	Procesos disciplinarios y fiscales por los organismos de control por la falta a la ética profesional e institucional	Incumplimiento del procedimiento y normal aplicables a la prestación del servicio	Posibilidad que el profesional de Apoyo Terapéutico reciba ddivas o beneficio económico que conlleva a procesos disciplinarios y fiscales por los organismos de control por prestar un servicio sin cumplir con los requisitos estipulados por la institución.	<b>Fraude interno</b>  490  <b>Moderado</b>  60%  <b>Mayor</b>  80%  <b>Alto</b>	1	El líder de Apoyo Terapéutico cada vez que se vincule un profesional al área de rehabilitación realizará la inducción socializando los procedimientos P-2008-01, P-2008-2, P-2008- 3; Vigentes en el Proceso de Apoyo Terapéutico, como también se realizara la inducción y la reincusión a los profesionales del servicio, validando para ello la lista de inducciones realizadas y participantes involucrados.	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	36,0%	Baja	25,2%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	No. De capacitaciones y/o reincusiones realizadas / total de capacitaciones programadas	Socialización de los procedimientos y medición de la adherencias.	Líder Proceso Apoyo Terapéutico	Semanal (auditorías aleatorias)	1-feb-21	31-dic-21
						No. De capacitaciones realizadas / total de capacitaciones programadas  No. De profesionales que presentan adherencia con la calificación de 80% /	El líder de apoyo terapéutico realiza auditorías aleatorias semanales y validación de los derechos del paciente para la prestación del servicio terapéutico.																					





NIT 800.084.206-2

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  
**GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

**PLAN ANTICORRUPCION**

**CÓDIGO** PL-1200-06  
**FECHA** 27/01/2021  
**VERSIÓN** 1.0

<p>Empresa Social del Estado, Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU.</p>																																				
<p>PROCESO DE APOYO DIAGNÓSTICO OBJETIVO: Ofrecer pruebas de laboratorio clínico, exámenes de Rx, con altos estándares de calidad, garantizando resultados seguros, confiables y oportunos para los usuarios.</p>	<p><b>RIESGO 11</b></p>	<p>Perdida financiera</p>	<p>Sanciones disciplinarias</p>	<p>Falta de verificación de las Horas programadas con las horas realizadas de los funcionarios que laboran en el Área de Radiología y Laboratorio clínico de la ESE ISABU</p>	<p><b>Fraude interno</b></p>	<p>730</p>	<p>Alta</p>	<p>80%</p>	<p>Mayor</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	<p>2</p>	<p>El supervisor de los contratos de los profesionales del servicio de Laboratorio y radiología revisarán cada mes las cuentas de cobro verificando las horas programadas en el cuadro de turnos con las horas que van a hacer cobradas, las cuales deben coincidir. Como evidencia: Cuadro de turnos con sus respectivas horas y Registro de Horas</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Defectivo Manual</p>	<p>30%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Aleatoria</p>	<p>Con Registro</p>	<p>48,0%</p>	<p>Baja</p>	<p>33,6%</p>	<p>Mayor</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>Número de Horas realizadas/Número de Horas programadas s*100</p>	<p>1. Realizar cuadro de turnos mensual y realizar revisión de las horas programadas</p> <p>2 Verificar mensualmente la Cantidad de turnos y Horas laboradas con cuenta de cobro.</p>	<p>Líder de apoyo Diagnóstico</p>	<p>Mensual</p>	<p>1-ene-21</p>	<p>31-dic-21</p>			
												<p>2</p>	<p>El líder de Apoyo Terapéutico semanalmente en forma aleatoria realizará auditoria verificando la identidad del usuario atendido en el momento de la auditoria frente al agendamento y el Rips. En caso de encontrar inconsistencia, se enviara correo a la subgerencia científica para la cual se utilizara la respectiva lista de chequeo F2008-03 .</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Defectivo Manual</p>	<p>30%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Aleatoria</p>	<p>Con Registro</p>	<p>25,2%</p>							<p>total de profesionales evaluados *100</p>	<p>Número de Auditorías realizadas / Número de auditorías programadas s*100</p>							

<p>PROCESO DE APOYO DIAGNÓTICO</p> <p>OBJETIVO: Ofrecer pruebas de laboratorio clínico, exámenes de Rx, con altos estándares de calidad, garantizando resultados seguros, confiables y oportunos para los usuarios.</p>	<p><b>RIESGO 12</b></p> <p>Perdida financiera</p> <p>Sanciones disciplinarias</p>	<p>Falta de articulación del sistema de información del laboratorio clínico y radiología con el sistema de información de la ESE ISABU</p> <p>Posibilidad de pérdida financiera para la entidad que conlleven a sanciones disciplinarias del personal de las áreas de Radiología y laboratorio clínico por recibir dinero o dadas para la realización de exámenes y tomas de estudios radiológicos sin estar facturados, generados por falta de articulación del sistema de información del laboratorio clínico y radiología con el sistema de información de la ESE ISABU</p>	<p><b>Fraude externo</b></p> <p>730</p> <p>Alta</p> <p>80%</p> <p>Mayor</p> <p>80%</p> <p>Alto</p>	<p>1</p> <p>El Profesional del Laboratorio clínico y Radiología diariamente realiza la revisión de las órdenes médicas y la factura con el fin de correlacionar el ingreso de exámenes y estudios al sistema de información interno de cada área , el cual debe coincidir, a través de una lista de chequeo donde el personal que realiza la revisión debe firmar y en caso de encontrar alguna novedad se hace notificación directa al líder de área quien realizará la investigación y acción correctiva de dicha variante . Como evidencia: planilla de verificación periodo evaluado</p>	<p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>48,0%</p> <p>Moderado</p> <p>48,0%</p> <p>Mayor</p> <p>80%</p> <p>Alto</p> <p>REDUCIR</p>	<p>Número de ordenes con hallazgos/T ota de ordenes realizadas *100</p> <p>Revisión diaria de órdenes médicas y factura confrontando con el sistema de información del Laboratorio Clínico y Radiología</p>	<p>Líder de apoyo Diagnóstico</p> <p>Diaria</p> <p>1-ene-21</p> <p>31-dic-21</p>



NIT 800.084.206-2

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  
**GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

**PLAN ANTICORRUPCION**

**CÓDIGO** PL-1200-06  
**FECHA** 27/01/2021  
**VERSIÓN** 1.0

<p><b>PROCESO GESTIÓN JURÍDICA</b> OBJETIVO: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución</p>	<p><b>RIESGO 13</b></p>	<p>Afectación económica</p>	<p>Incumplimiento de las normas que regulan la actividad contractual de la entidad</p>	<p>Falta de ética y compromiso con la entidad</p>	<p>Afectación económica por incumplimiento de las normas que regulan la actividad contractual de la entidad causado por el funcionario perteneciente al grupo de apoyo a la gestión contractual y de supervisión encargado de llevar adelante el proceso contractual que reciba o solicite dinero o cualquier beneficio para a cambio realizar la adjudicación del contrato, por falta de ética y compromiso con la entidad</p>	<p><b>Ejecución y administración de procesos</b></p>	<p>1400</p>	<p>Alta</p>	<p>80%</p>	<p>Mayor</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	1	<p>Realizar evaluación de conocimientos a cada uno de los funcionarios al inicio de cada contratación a fin de determinar los capacidades y conocimientos que maneja la contratación.</p>	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	48,0%	Baja	33,6%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	<p>No. De capacitaciones y/o reinducciones realizadas / total de capacitaciones programadas * 100%</p>	<p>El jefe de la oficina jurídica trimestralmente realizará capacitación y medición de la adherencia de las normas internas y generales que rigen los procesos contractuales adelantados por la entidad para fortalecer y actualizar conocimientos a los funcionarios y ordenadores de gasto y al grupo de apoyo a la gestión contractual y de supervisión y socialización del código de integridad y posteriormente.</p>	Jefe oficina jurídica	Trimestral (capacitaciones)	1-feb-21	30-nov-21
													2	<p>El jefe de la oficina jurídica mensualmente realiza revisión de las contrataciones realizadas al mes, haciendo estudio detallado de los documentos referentes a estudios previos, invitaciones a oferentes y las evaluaciones realizadas a las propuestas, a fin de revisar si se han tenido en cuenta las normas internas y generales que rigen los procesos contractuales adelantados por la entidad, de lo realizado por los funcionarios y ordenadores de gasto y al grupo de apoyo a la gestión contractual, supervisión y socialización del código de integridad.</p>	X	-	Detectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	48,0%	<p>No de Contratos revisados /total de los contratos realizados en el mes*100%</p>	<p>El Jefe la oficina de calidad revisará de forma mensual los contratos realizados en el mes a evaluar.</p>										





NIT 800.084.206-2

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**  
**GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

**PLAN ANTICORRUPCION**

**CÓDIGO** PL-1200-06  
**FECHA** 27/01/2021  
**VERSIÓN** 1.0

<p><b>PROCESO GESTIÓN JURÍDICA</b> <b>OBJETIVO:</b> Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución</p>	<p><b>RIESGO 14</b></p>	<p>Afectación reputacional</p>	<p>Posibilidad de demandas a la entidad por parte de terceros afectados, debido a la manipulación al principio de la selección objetiva</p>	<p>Desconocimiento del procedimiento de evaluación y verificación de requisitos en los procesos contractuales</p>	<p>Posibilidad de afectación reputacional por posibles demandas a la entidad por parte de terceros afectados, debido a la manipulación al principio de la selección objetiva causado por el funcionario perteneciente al grupo de apoyo a la gestión contractual y de supervisión encargado de llevar adelante el proceso contractual reciba o solicite dinero o cualquier beneficio para facilitar que los proponentes se pongan de acuerdo con propuestas, precios y ofertas amañadas para obtener ventaja en la calificación y así beneficiarse de la adjudicación de un contrato, acción realizada por desconocimiento de procedimiento de evaluación y verificación de requisitos en los procesos contractuales.</p>	<p><b>Fraude interno</b></p>	<p>200</p>	<p>Moderado</p>	<p>60%</p>	<p>Mayor</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	1	<p>Realizar evaluación de conocimientos a cada uno de los funcionarios capacitados, luego de cada encuentro, así como realizar eventualmente evaluación de adherencia al proceso y con ello determinar la puesta en práctica las asesorías brindadas.</p>	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	36,0%	Baja	21,6%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	<p>No. De capacitaciones y/o reintroducciones realizadas / total de capacitaciones programadas * 100%</p>	<p>No de Contratos revisados /total de los contratos realizados en el mes*100%</p>	<p>El jefe de la oficina jurídica trimestralmente realizará capacitación y medición de la adherencia de las normas internas y generales que rigen los procesos contractuales adelantados por la entidad para fortalecer y actualizar conocimientos a los funcionarios y ordenadores de gasto y al grupo de apoyo a la gestión contractual y de supervisión y socialización del código de integridad y posteriormente.</p>	<p>El Jefe la oficina de calidad revisará de forma mensual los contratos realizados en el mes a evaluar.</p>	Jefe oficina jurídica	Trimestral (capacitaciones)	1-feb-21	30-nov-21
													2	<p>El jefe de la oficina jurídica mensualmente realiza revisión de las contrataciones realizadas al mes, haciendo estudio detallado de los documentos referentes a estudios previos, invitaciones a oferentes y las evaluaciones realizadas a las propuestas, a fin de revisar si se han tenido en cuenta las normas internas y generales que rigen los procesos contractuales adelantados por la entidad, de lo realizado por los funcionarios y ordenadores de gasto y al grupo de apoyo a la gestión contractual, supervisión y socialización del código de integridad.</p>	X	-	Detectivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	36,0%	Baja	21,6%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	<p>No de Contratos revisados /total de los contratos realizados en el mes*100%</p>	<p>No de Contratos revisados /total de los contratos realizados en el mes*100%</p>	<p>El jefe de la oficina jurídica trimestralmente realizará capacitación y medición de la adherencia de las normas internas y generales que rigen los procesos contractuales adelantados por la entidad para fortalecer y actualizar conocimientos a los funcionarios y ordenadores de gasto y al grupo de apoyo a la gestión contractual y de supervisión y socialización del código de integridad y posteriormente.</p>	<p>El Jefe la oficina de calidad revisará de forma mensual los contratos realizados en el mes a evaluar.</p>				



NIT 800.084.206-2

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

PLAN ANTICORRUPCION

CÓDIGO

PL-1200-06

FECHA

27/01/2021

VERSIÓN

1.0

PROCESO GESTIÓN JURÍDICA OBJETIVO: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución	RIESGO 15	Afectación presupuestal	Condenas económicas a la entidad por el incumplimiento de las normas que regulan los procedimientos judiciales	El funcionario encargado de ejercer la representación judicial de la entidad aproveche su posición para obtener beneficios económicos o dadas a cambio de conseguir que la entidad sea condenada en las demandas que se adelanten contra ella.	Posible afectación presupuestal causado por condenas económicas a la entidad por el incumplimiento de las normas que regulan los procedimientos judiciales causado por la incorrecta aplicación de las normas en el ejercicio del litigio en la representación del Instituto aprovechando su posición para obtener beneficios económicos o dadas a cambio que la entidad sea condenada, en los procesos adelantados en contra de ella.	Fraude interno	2	Muy baja	20%	Catastrófico	100%	Extremo	1	Realizar capacitación sobre leyes procesales y demás normas que regulen la materia para fortalecer y actualizar conocimientos a los encargados de la defensa judicial de la entidad, dejando en todo caso actas y constancias de las capacitaciones.	X	-	Preventivo Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	12,0%	Muy baja	8,4%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR	No. De capacitaciones y/o reintroducciones realizadas / total de capacitaciones programadas * 100%	El jefe de la oficina jurídica realizará capacitación y medición de la adherencia al grupo de funcionarios que tienen injerencia en los procesos judiciales sobre las leyes procesales y demás normas que regulen la materia.
PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS OBJETIVOS: Garantizar el recibo, almacenamiento y entrega a todas las dependencias de la institución, de cada uno de los procesos de compra y adquisición de bienes muebles, enseres, equipos, elementos de oficina entre otros, control de activos fijos e	RIESGO 16	Detrimiento patrimonial.	Investigaciones y sanciones disciplinarias y penales por antes de control. CANCELACIÓN DE CONTRATO.	Que el talento humano de los servicios y sedes realicen entregas y/o movimientos entre dependencias sin informar al área de inventarios y se genere la pérdida del	Posibilidad de detrimento patrimonial, investigaciones y sanciones disciplinarias, fiscales, penales y administrativos, por antes de control debido a que el talento humano de los servicios y sedes realicen entregas y/o movimientos entre dependencias sin informar al área de inventarios y se genere la pérdida del bien o equipo en la entidad.	Daños a activos fijos/ eventos externos	3200	Alta	80%	Catastrófico	100%	Alto	1	El jefe, líder de área o supervisor, debe diligenciar el formato de personal cada vez que ingrese un contratista o un funcionario y al momento de finalizar contrato del mismo, de igual manera debe informar al coordinador de inventarios quien se encargara de realizar la debida asignación de los activos al inicio del contrato y se firmará un paz y salvo al momento	X	-	Preventivo Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	48,0%	Baja	33,6%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR	Número de activos relacionados en el inventario físico / número de activos relacionados en el Excel * 100	Realizar un informe trimestral de los activos que han ingresado a la institución y comparar los que se encuentran en físico vs archivo en Excel por servicios y sedes de la entidad.
Jefe oficina jurídica		De acuerdo a programación (capacitaciones)		1-feb-21		30-nov-21																								





<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>  <b>GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	<b>PLAN ANTICORRUPCION</b>	CÓDIGO	PL-1200-06
		FECHA	27/01/2021
		VERSIÓN	1.0

<p>PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</p> <p>OBJETIVOS: Garantizar el recibo, almacenamiento y entrega a todas las dependencias de la institución, de cada uno de los procesos de compra y adquisición de bienes muebles, enseres, equipos, elementos de oficina entre otros, control de activos fijos e inventarios y mantener en perfecto estado de funcionamiento los equipos, infraestructura, vehículos, muebles y enseres de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU por medio del mantenimiento preventivo y correctivo, garantizando cubrimiento total de maquinaria, equipos e insumos a las dependencias y centros de salud, según condiciones contratadas y teniendo como base el inventario de los bienes de la entidad</p>	<p><b>RIESGO 17</b></p> <p>Detrimiento patrimonial.</p> <p>Investigaciones y sanciones disciplinarias y penales por entes de control. CANCELACIÓN DE CONTRATO.</p> <p>Afecta el cumplimiento en la prestación de los servicios que brinda la institución.</p> <p>Falta de auditorías físicas en los servicios y sedes de manera esporádica por parte del almacenista general y profesional de apoyo realizando control de los productos de consumo y papelería suministrados.</p> <p>Posibilidad de detrimento patrimonial, investigaciones de procesos disciplinarios, fiscales y administrativos, por entes de control por apropiación indebida por parte del talento humano de los productos de consumo y papelería debido a la falta de auditorías físicas esporádicas por parte del almacenista y profesional de apoyo, donde realice verificación y control del inventario de insumos de consumo y papelería entregados al servicio o sede de la entidad.</p>	<p><b>Fraude interno</b></p> <p>288</p> <p>Moderado</p> <p>60%</p> <p>Catastrófico</p> <p>100%</p> <p>Alto</p>	<p>1</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>36,0%</p> <p>Baja</p> <p>25,2%</p> <p>Catastrófico</p> <p>100%</p> <p>Extremo</p> <p>REDUCIR</p> <p>Número de auditorías físicas realizadas / Total de Auditorías físicas programadas * 100%</p> <p>Realización de auditorías físicas esporádicas por el almacenista general y el profesional de apoyo a los servicios y sedes para la verificación del manejo de los productos de consumo y papelería suministrado para la operación de cada servicio.</p>	<p>Almacenista general y Profesional de inventarios</p> <p>De acuerdo a cronograma de visitas esporádicas.</p> <p>1-feb-21</p> <p>31-dic-21</p>										
					2	X	-	Detectivo	Manual	30%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	36,0%



<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>  <b>GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	<b>PLAN ANTICORRUPCION</b>	CÓDIGO	PL-1200-06
		FECHA	27/01/2021
		VERSIÓN	1.0

<b>PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS</b> <b>OBJETIVOS:</b> Garantizar el recibo, almacenamiento y entrega a todas las dependencias de la institución, de cada uno de los procesos de compra y adquisición de bienes muebles, enseres, equipos, elementos de oficina entre otros, control de activos fijos e inventarios y mantener en perfecto estado de funcionamiento los equipos, infraestructura, vehículos, muebles y enseres de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU por medio del mantenimiento preventivo y correctivo, garantizando cubrimiento total de maquinaria, equipos e insumos a las dependencias y centros de salud, según condiciones contratadas y teniendo como base el inventario de los bienes de la entidad	<b>RIESGO 18</b>	Afectación económica y calidad en la prestación de los servicios de salud	Multa y sanción del organismo de control	Incumplimiento del plan de mantenimiento hospitalario	Posibilidad de afectación económica y calidad en la prestación de los servicios de salud generando multas y sanciones de órganos de control causados por incumplimientos del plan de mantenimiento hospitalario de la entidad.	<b>Ejecución y administración de procesos</b>	5500	<b>Muy Alta</b>	<b>100%</b>	<b>Catastrófico</b>	<b>100%</b>	<b>Extremo</b>	1	los profesionales de coordinación de mantenimiento infraestructura, equipo biomédico y equipo industrial realizan la verificación del inventario entregado por Almacén para equipos biomédico e industrial y Se realiza un lista de verificación por sedes para mantenimiento de infraestructura y definir el plan de mantenimiento hospitalario institucional.	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	60,0%	<b>Moderado</b>	<b>42,0%</b>	<b>Catastrófico</b>	<b>100%</b>	<b>Extremo</b>	<b>REDUCIR</b>	Número de mantenimientos realizados en el periodo evaluado / Total de mantenimientos programas en el plan de mantenimiento hospitalario en el periodo evaluado * 100%	Actualizar inventario de forma trimestral para mantenimiento biomédico y equipo industrial y lista de chequeo de necesidades por sedes para mantenimiento de infraestructura.	Profesional coordinador de equipos biomédicos e industriales.	Profesional coordinador de mantenimiento de infraestructura	Trimestral	4-ene-21	31-dic-21
													2	los profesionales de coordinación de mantenimiento infraestructura, equipo biomédico y equipo industrial realizan rondas de seguridad con el apoyo de la oficina de calidad de acuerdo a un cronograma de visitas de verificación y seguimiento, del cual se generara unos planes de mejoramiento.	X	-	Detectivo	Manual	30%	Sin Documentar	Continua	Sin Registro	60,0%													


















<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>  <b>GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>	<b>PLAN ANTICORRUPCION</b>	CÓDIGO	PL-1200-06
		FECHA	27/01/2021
		VERSIÓN	1.0

RIESGO 27		RIESGO 28	
Afectación Económica		Afectación económica	
Sanciones fiscales, penales o disciplinaria de los entes de control.		Sanción disciplinaria o penales, por parte de los entes de ente de control	
desconocimiento de requisitos para auditores		Desconocimiento del ejercicio de auditoría	
Posibilidad de sanciones fiscales, penales o disciplinaria de los entes de control, por recibir dadas a cambio de favorecer los resultados en los procesos auditados.		Posibilidad de sanción disciplinaria o penales, por parte de los entes de ente de control, debido a la venta de información reservada, en el ejercicio de las auditorías.	
Fraude interno		Fraude interno	
20		20	
Baja		Baja	
40%		40%	
Mayor		Mayor	
80%		80%	
Alto		Alto	
1	2	1	2
El jefe de control interno realizará capacitaciones en ética, integridad y responsabilidad, al personal de la oficina de control interno lo que permite llevar a cabo prácticas de mejoramiento continuo que tiendan al desarrollo de actividades con calidad.	El jefe de control interno realizará actualización de los procedimientos para la realización de auditorías, con el fin de que se cumpla con la aplicación de la metodología en todas las etapas para su realización.	Los responsables del área de control interno realizarán actualización de los procedimientos para la realización de auditorías, con el fin de que se cumpla con la aplicación de la metodología en todas las etapas para su realización.	Los responsables del área de control interno realizarán actualización de los procedimientos para la realización de auditorías, con el fin de que se cumpla con la aplicación de la metodología en todas las etapas para su realización.
X	X	X	X
-	-	-	-
Preventivo	Preventivo	Preventivo	Preventivo
Manual	Manual	Manual	Manual
40%	40%	40%	40%
Documentado	Documentado	Documentado	Documentado
0	0	0	0
Continua	Aleatoria	Continua	Aleatoria
Con Registro	Con Registro	Con Registro	Con Registro
0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Baja	Baja	Baja	Baja
24,0%	24,0%	24,0%	24,0%
Mayor	Mayor	Mayor	Mayor
80%	80%	80%	80%
Alto	Alto	Alto	Alto
REDUCIR	REDUCIR	REDUCIR	REDUCIR
# de capacitaciones realizadas/# de capacitaciones programadas *100%	Procedimientos actualizados	# de capacitaciones realizadas/# de capacitaciones programadas *100%	Procedimientos actualizados
*100	Realizar actualización de los procedimientos para la realización de auditorías, con el fin de que se cumpla con la aplicación de la metodología en	*100	Realizar actualización de los procedimientos para la realización de auditorías, con el fin de que se cumpla con la aplicación de la metodología en
No. Auditorías realizadas / No. De auditorías programadas *100	Realizar capacitaciones en ética, integridad y responsabilidad, al personal de la oficina de control interno lo que permite llevar a cabo prácticas de mejoramiento continuo que tiendan al desarrollo de actividades con calidad.	No. Auditorías realizadas / No. De auditorías programadas *100	Realizar capacitaciones en ética, integridad y responsabilidad, al personal de la oficina de control interno lo que permite llevar a cabo prácticas de mejoramiento continuo que tiendan al desarrollo de actividades con calidad.
	Jefe oficina de control interno		Jefe oficina control interno
	De acuerdo con cronograma de capacitaciones programadas		De acuerdo con la necesidad de la oficina
	2-feb-21		2-feb-21
	30-nov-21		30-nov-21





 <p><b>E.S.E. ISABU</b> Instituto de Salud de Bucaramanga</p> <p>NIT 800.084.206-2</p>	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	<b>PLAN ANTICORRUPCION</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>PL-1200-06</b>
	<b>GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</b>		<b>FECHA</b>	<b>27/01/2021</b>
			<b>VERSIÓN</b>	<b>1.0</b>