

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC Año 2023

COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

Integrantes

Edgar Eduardo Villa
Gerente
Presidente

Jorge Javier Ñañez Hoyos
Subdirector Administrativo

Maria del Carmen Agredo Guerrero
Subdirección Científica



Viviana Chávez Muñoz
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Paulo Andrés Piso Lozada
Jefe Oficina Asesora Jurídica

"Nuestra gente, el motivo para avanzar hacia la excelencia"



Elaboró:	Revisó:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo guerrero Subdirectora Científica	Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: Enero 2023	Vigencia: Por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		



 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA Plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAAC Hospital Susana López de Valencia E.S.E.		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
			Página 2 de 51	Código: SLV-GC-59
			Versión: 4	SLV-GC-01-F01

Contenido

INTRODUCCIÓN	2
1. OBJETIVOS.....	4
2. ALCANCE	5
3. NORMATIVIDAD	5
4. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DEL HOSPITAL	8
4.1 Objetivos estratégicos	8
4.2 Código de integridad.....	9
5. COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO.....	9
5.1 Primer componente: mapa de riesgos - gestión del riesgo de corrupción	10
5.1.1 Política de administración del riesgo de corrupción	10
5.1.2. Política de transparencia.....	10
5.1.3. Mapa de riesgos.....	11
5.2 Segundo componente: racionalización de trámites	34
5.3 Tercer componente: rendición de cuentas.....	36
5.4 Cuarto componente: mecanismos para mejorar la atención al ciudadano	43
5.5 Quinto componente: mecanismos para la transparencia y acceso a la información	48
5.6 Sexto componente: iniciativas adicionales.....	50

INTRODUCCIÓN

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	Aprobó: María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	Plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAAC		Página 3 de 51	Código: SLV-GC-59
	Hospital Susana López de Valencia E.S.E.		Versión: 4	SLV-GC-01-F01



El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., institución prestadora de servicios de salud pública del orden departamental, ubicada al sur de la ciudad de Popayán del departamento del Cauca, referente de servicios complementarios de mediana y alta complejidad, acreditada en salud, certificada en IAMII y con un alto índice de desempeño y gestión en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) que nos ubica en el primer lugar entre entidades del mismo orden a nivel departamental, con reconocimiento en los procesos de innovación y experiencias exitosas.

El Hospital Susana López de Valencia en busca de brindar accesibilidad en la atención, racionalizar trámites y lograr articulación de los procesos administrativos para el mejoramiento prospectivo con seguridad y humanización, ha mejorado sus procesos y tramites a través de la implementación de soluciones digitales como la aplicación “*susanita móvil*” y servicios más cerca del usuario, con la cabina digital “*susanita contigo, promueve tú salud*”, que toma signos vitales, peso y talla para dirigir a los usuarios hacia las rutas integrales de atención en salud.

El trabajo y la participación de la comunidad con diferentes actores en el desarrollo de proyectos, han permitido a nuestra institución, el mejoramiento de servicios que ratifican el compromiso institucional y de todos sus miembros con la salud de las personas, la construcción social, la participación ciudadana, la transparencia, la reducción de brechas en la atención en salud y la equidad, reafirmandonos como “más que un hospital”, aunando esfuerzos, innovando y liderando la atención en salud del departamento Cauca, en la región y a nivel nacional, brindando servicios acordes con la misión y visión; fortaleciendo la cultura organizacional a través de nuestro talento humano, unificando la identidad corporativa, la promoción de valores, la calidad, el conocimiento, la innovación, comunicación y la humanización de nuestra institución como pilares fundamentales para el cumplimiento de nuestras metas y objetivos institucionales. Todo lo anterior, enmarcado en la gestión del conocimiento e innovación, con lo cual, se busca la transformación institucional para la resolución de necesidades en salud, el crecimiento institucional, la productividad y la competitividad como un elemento esencial en el mejoramiento continuo y en la sostenibilidad.

En el presente documento se estructura el plan de anticorrupción y atención al ciudadano del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. 2023, definiendo los objetivos, alcance, estrategias, mecanismos y actividades para garantizar la transparencia y acceso a la información, la gestión del riesgo de corrupción, racionalización de trámites, rendición de cuentas e iniciativas institucionales acordes

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	Aprobó: María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	Plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAAC		Página 4 de 51	Código: SLV-GC-59
	Hospital Susana López de Valencia E.S.E.		Versión: 4	SLV-GC-01-F01

a lo establecido en la Ley 1474 de 2011, el Decreto 1499 de 2017, y la metodología definida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, que como un instrumento de nivel estratégico, busca la prevención de hechos de corrupción, mejorar la atención a las necesidades de los ciudadanos y la efectividad del control de la gestión institucional, a través de metodologías de participación y comunicación sistemáticas y organizadas que garantizan la transparencia y visibilidad de la gestión.

El Plan lo integran las políticas descritas en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, en el artículo 52 de la Ley 1757 de 2015 y en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información (Ley 1712 de 2014), todas estas orientadas a prevenir la corrupción.

1. OBJETIVOS



1.1. General

Formular e implantar estrategias para la transparencia, el mejoramiento en la atención del ciudadano y la lucha contra la corrupción para la vigencia 2023, a través de la identificación, planificación, seguimiento de acciones y controles, conforme los lineamientos de la Ley 1474 de 2011, el Decreto 1081 de 2015 y el decreto 1499 de 2017.

1.2. Específicos

- Gestionar riesgos de posibles actos de corrupción del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., causas y sus consecuencias mediante el establecimiento de medidas orientadas a controlarlos.
- Mejorar la calidad y accesibilidad de los usuarios del hospital, a través de la definición y divulgación del portafolio de servicios, la disponibilidad y accesibilidad de la información, el conocimiento de la satisfacción del usuario frente a los servicios prestados, el fortalecimiento de los canales de atención existentes para el mejoramiento de la cultura de servicio al ciudadano.
- Disminuir las barreras para el acceso a los servicios, estableciendo medidas de racionalización de trámites que permitan el acercamiento del usuario a nuestros servicios.
- Fortalecer los espacios de participación ciudadana en las Rendiciones de Cuentas Públicas, promoviendo con los grupos de interés el diálogo continuo, con acceso oportuno y claro a los informes de gestión y al trámite de las inquietudes de la comunidad.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		
Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA Plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAAC Hospital Susana López de Valencia E.S.E.		 HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
			Página 5 de 51	Código: SLV-GC-59
			Versión: 4	SLV-GC-01-F01

- Implantar los aspectos establecidos en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Ley 1712 de 2014.
- Realizar mediciones al plan anticorrupción con los indicadores establecidos en la institución.

2. ALCANCE

Las medidas, acciones y mecanismos implementadas definidas en este plan aplica para el desempeño de las actividades y ejecución de las obligaciones aplican a todos los procesos, actividades, procedimientos e integrantes del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

3. NORMATIVIDAD

Constitución Política de Colombia de 1991. Artulado 23, 90, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 183, 184, 209 y 270, en los cuales se consagraron los principios para luchar contra la corrupción administrativa en Colombia, establecieron la participación ciudadana en el control de la gestión pública y estableció la responsabilidad patrimonial de los servidores públicos.

Ley 2052 de 2020. Por medio de la cual se establecen disposiciones transversales a la rama ejecutiva del nivel nacional y territorial y a los particulares que cumplan funciones públicas y/o administrativas, en relación con la racionalización de trámites y se dictan otras disposiciones.

Ley 2016 de 2020. Por la cual se adopta el código de integridad del Servicio Público Colombiano y se dictan otras disposiciones.



Ley 1955 de 2019. Plan nacional de desarrollo.

Ley 2013 de 2019. Mediante la cual se establece la declaración pública de bienes y rentas, registro de conflicto de interés y declaración de renta.

Ley 1499 de 2017. Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.

Ley 1757 de 2015. Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática.

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	Aprobó: María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA Plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAAC Hospital Susana López de Valencia E.S.E.		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
			Página 6 de 51 Versión: 4	Código: SLV-GC-59 SLV-GC-01-F01

Ley 1712 de 2014. Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones. Art. 9. Deber de publicar en los sistemas de información del Estado o herramientas que lo sustituyan el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Ley 1474 de 2011. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. Art. 73. Señala la obligatoriedad para cada entidad del orden nacional, departamental y municipal de elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano.

Ley 962 de 2005. Ley Anti trámites. 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.

Ley 850 de 2003. Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas. Crea el marco legal para el ejercicio de la veeduría en nuestro país, así como un procedimiento para la constitución e inscripción de grupos de veeduría y principios rectores.



Ley 734 de 2002. Por la 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 exlimitación en el ejercicio de sus derechos y funciones y 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 190 de 1995. Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa.

Ley 87 de 1993. Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.

Decreto Ley 2106 de 2019. Modifica la Ley 962 de 2005 mediante la cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública.

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Aprobó: Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA Plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAAC Hospital Susana López de Valencia E.S.E.		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
			Página 7 de 51	Código: SLV-GC-59
			Versión: 4	SLV-GC-01-F01

Decreto 612 de 2018. Integración de los planes MIPG en el plan de acción institucional.

Decreto 1081 de 2015. Art. 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".

Decreto 2573 de 2014. Por el cual se establecen los lineamientos generales de la Estrategia de Gobierno en Línea, se reglamenta parcialmente la Ley 1341 de 2009 y se dictan otras disposiciones.

Guía versión 4 Julio 2020. Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas.

Guía versión 5 Diciembre 2020. Para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.

Resolución 455 de 2021. Por la cual se establecen lineamientos generales para la autorización de trámites creados por la ley, la modificación de los trámites existentes, el seguimiento a la política de simplificación, racionalización y estandarización de trámites y se reglamenta el Artículo 25 de la Ley 2052 de 2020

Circular Externa N° 100-020 de 2021 de la Función Pública. Mediante la cual se establecen los lineamientos para la formulación de las estrategias de racionalización de trámites, rendición de cuentas y servicio al ciudadano en el plan anticorrupción y atención al ciudadano.

Supersalud Circular externa 20211700000005-5 de 2021, Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.

Ley 2195 de 2022, por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones.

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Aprobó: Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		
Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

4. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DEL HOSPITAL



4.1 Objetivos estratégicos

<p>Elaboró:</p> <p>Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación</p>	<p>Revisó:</p> <p>Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo</p> <p>María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica</p>	<p>Aprobó:</p> <p>Edgar Eduardo Villa Gerente</p>
<p>Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022</p>	<p>Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.</p>	





4.2 Código de integridad



5. COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA Plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAAC Hospital Susana López de Valencia E.S.E.	 HOSPITAL Susana López de Valencia E.S.E.	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
			Página 10 de 51 Versión: 4	Código: SLV-GC-59 SLV-GC-01-F01

5.1 Primer componente: mapa de riesgos - gestión del riesgo de corrupción

5.1.1 Política de administración del riesgo de corrupción

El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., cuenta con la política de gestión de administración del Riesgo código SLV-G-19 y el procedimiento SLV-GC-34 identificación, elaboración, valoración, tratamiento de los riesgos gestión, corrupción, seguridad digital y fuga de capital, que fueron actualizados conforme la guía versión 5 de diciembre de 2020, para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas expedido por la Función Pública, en la cual, se integró la frecuencia de exposición para la valoración de los riesgos de gestión, corrupción, seguridad digital y fuga de capital intelectual a partir del establecimiento del contexto, identificación, valoración, tratamiento y monitorización del riesgo.



5.1.2. Política de transparencia

Así mismo, se ha establecido una política de transparencia que promueve la generación y entrega de información pública, rendición de cuentas, con la participación ciudadana, aplicando nuestros principios y valores como medio para prevenir la corrupción.

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	Revisó: María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Aprobó: Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022			
Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.			



5.1.3. Mapa de riesgos



Se realizó la actualización participativa del mapa de riesgos de corrupción con los líderes de procesos, sub procesos y la ciudadanía.

Dentro del proceso participativo de la comunidad se tiene programada mesa de trabajo para el 20 de enero de 2023, con líderes comunitarios en el que se identificaron los riesgos de corrupción que pueden estar presentes en el Hospital, identificando, nombramientos sin cumplir con el perfil, favorecer contrataciones y tráfico de influencias en la asignación de citas.

El proceso de formulación del mapa anticorrupción, incluyó:

- Identificación de los riesgos, los cuales se presentan por: acción u omisión, uso del poder, desviación de la gestión de lo público, el beneficio privado.
- Determinación de las causas existentes dentro de los contextos interno, externo y de proceso.
- Valoración del riesgo mediante la calificación los criterios de probabilidad (posibilidad de ocurrencia del riesgo), consecuencia e impacto, los cuales se examinaron en una matriz de calor para dar la priorización de riesgo y

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Aprobó: Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		
Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	Plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAAC		Página 12 de 51	Código: SLV-GC-59
	Hospital Susana López de Valencia E.S.E.		Versión: 4	SLV-GC-01-F01

determinar el nivel de complejidad del mismo para reducir, evitar, mitigar, compartir, aceptar o transferir. Es importante resaltar que se tuvo en cuenta la Frecuencia como criterio de la valoración del riesgo conforme la guía versión N° 5, y que se relaciona con la ejecución de la actividad de la cual proviene el riesgo de corrupción es decir el número de veces que realiza la actividad expuesta al riesgo.

- Se realizó la definición de, los controles preventivos, detectivos y correctivos si es necesarios, que mitigarán de manera adecuada el riesgo definido, el responsable de llevar a cabo la actividad de control, la periodicidad para su ejecución, el propósito del control y el cómo se realiza la actividad de control.

Para el año 2023 en concordancia con la cultura de autocontrol los responsables de los procesos, en conjunto con sus equipos de trabajo, monitorearán y evaluarán periódicamente el mapa de riesgos y si es necesario los ajustarán haciendo públicos los cambios.

El Seguimiento y evaluación del Mapa de Riesgos de Corrupción, será realizado cada cuatro meses por la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, analizando las causas, los riesgos y controles. Las fechas de seguimiento serán:

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

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

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

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	Aprobó: María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
1	Talento Humano	Gerencia del Talento Humano	4. Ser referentes de experiencias exitosas y buenas prácticas en salud	I	Económico y Reputacional	Presión para realizar nombramientos a persona diferente al perfil requerido.	1). Controles deficientes de verificación. 3). Recibir y/o pedir dádivas. 4). Amiguismo y/o clientelismo. 5). Acción u omisión. 6). Abuso de la condición de servidor público a través de la solicitud de dádivas. 7). Chantaje o presión política.	Nombramiento y/o contratación de una persona sin el debido cumplimiento de los requisitos para la labor Nombramiento y/o contratación de personal, sin el debido cumplimiento de los requisitos	Fraude Interno	1290	Alta	Entre 50 y 100 SMLMV	Leve	Moderado	1) Revisar y evaluar las hojas de vida con respecto a los requisitos establecidos en el manual de funciones o frente a los requisitos establecidos en los términos de referencia. 2) Verificar las hojas de vida presentada por los aspirantes de acuerdo a la lista de chequeo. 3). realizar evaluaciones de desempeño y por competencias.	1) Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control. 2) Personal no idóneo para el desempeño de sus funciones. 3). Detrimiento patrimonial. 4). Reprocesos	1). (Número de personas contratadas / Número de hojas de vida verificadas) *100.

Elaboró:	Revisó:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo guerrero Subdirectora Científica	Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: Enero 2023	Vigencia: Por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
2	Talento Humano	Gerencia del Talento Humano	4. Ser referentes de experiencias exitosas y buenas prácticas en salud	I	Económico y Reputacional	Alterar la información y registro de nómina (Adición de vacaciones otorgadas, modificación de horas extras y cuadros de turnos, ajustes salariales no autorizados, entre otros).	1). Controles deficientes de validación. 2). Falta de ética del funcionario encargado de la verificación. 3). Recibir y/o pedir dádivas. 4). Acción u omisión. 5). Desviar la gestión de lo público.	Pago nominal indebido	Fraude Interno	12	Baja	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Revisar la nómina por parte del profesionales de talento humano y/o encargado. 2). Revisar la nómina por parte de la subdirección administrativa. 3). Aprobar la nómina por parte de gerencia.	1) Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control. 2) Detrimento patrimonial.	1). Planillas de nómina realizadas / planillas de nómina aprobadas * 100.

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	Aprobó: María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
3	Talento Humano	Gerencia del Talento Humano	3. Generar innovación y gestión del conocimiento	I	Económico y Reputacional	Controles de validación deficientes.	1). Recibir y/o pedir dádivas.2). Falsedad información suministrada.3). Falta de ética del funcionario encargado de realizar trámite.	Omitir o suprimir información y/o pruebas para el trámite de quejas, procesos disciplinarios, toma de decisiones (Falsedad en la información)	Fraude Interno	50	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Socializar el manual de ética y buen gobierno.2). Realizar seguimiento a los procesos disciplinarios.	1). Investigaciones disciplinaria por los entes de control. 2). Pérdida de la imagen institucional.3). Sanciones.4). Detrimento patrimonial.	1). (Número de personas socializadas / total de personas) * 100.

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Nández Hoyos Subdirector Administrativo	Aprobó: María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	



Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
4	Sistemas de Información	Gestión de Información y Comunicaciones	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Controles deficientes para acceso a la información.	1). Recibir y/o pedir dádivas. 2). Manejo inadecuado de los documentos del Sistema Integrado de Gestión por parte de funcionarios para beneficio de un tercero.	Manipular, eliminar, encubrir y/u ocultar información de base de datos y archivos digitales	Fraude Interno	365	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Realizar sesiones breves sobre la política de seguridad de la información. 2). Asignar roles y permisos a usuario.	1). Apertura de procesos disciplinarios a funcionarios. 2). Apertura de investigaciones de entes de control. 3). Pérdida de credibilidad del sistema integral de gestión y de la Entidad. 4). La alta dirección no cuente con la información real para la toma de decisiones.	1). Número de reportes de pérdida de información confirmados / total del reporte de pérdidas de información realizadas * 100.
5	Sistemas de Información	Gestión de Información y Comunicaciones	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Acceso a información sensible y privilegiada para beneficiar a un tercero.	1). Recibir y/o pedir dádivas. 2). Conocimiento y aplicación deficiente de protocolos de manejo de información.	Fuga de información de las base de datos y archivos digitales Entregar información no autorizada	Fraude Interno	365	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Restricción de permisos para la impresiones, exportación y puertos de USB. 2). Control de acceso a carpetas compartidas. 3). Asignación de roles de permiso y de usuario.	1). Apertura de procesos disciplinarios a los funcionarios. 2). Apertura de investigaciones de entes de control. 3). Pérdida de credibilidad interna y externamente.	1). Número de reportes de pérdida de información confirmados / total del reporte de pérdidas de información realizadas * 100.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
6	Recurso Físicos	Gestión de Suministros y Activos Fijos	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Controles inadecuados o insuficientes para la disposición de bienes.	1). Recibir y/o pedir dádivas. 2). Amiguismo y clientelismo para la disposición. 3). Sistemas de seguridad deficientes.	Pérdida Hurto y/o uso indebido de bienes asignados y/o elementos entregados	Fraude Interno	2859 045	Muy Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Formato de solicitud de pedidos. 2). Órdenes de despacho sistematizadas. 3). Inventario de bienes. 4). Aplicación de rutas de traslado de bienes. 5). Hojas de vida de los equipos actualizadas.	1). Detrimento Patrimonial. 2). Pérdida de imagen y de credibilidad por parte de sus clientes externos e internos. 3). Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control.	1). Número de activos contados en el inventario / Número de activos registrados en sistema Dinámica Gerencial.
7	Recurso Físicos	Gestión de Suministros y Activos Fijos	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Manipulación de la información de los activos fijos (Estado, valor, bajas de activos en operación, entre otras).	1). Uso indebido y destinación a los bienes diferente a lo establecido en el acto administrativo de baja de bienes en la disposición final. 2). Recibir y/o pedir dádivas. 3). Inadecuada clasificación de los activos.	Baja inadecuada de activos fijos	Fraude Interno	2859 045	Muy Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Verificar los conceptos técnicos de Ingeniería Biomédica y Sistemas de Información. 2). Acta de inspección ocular de los elementos a dar de baja. 3). Aprobación de bajas de Activos Fijos mediante acto administrativo especificando disposición final.	1). Detrimento Patrimonial. 2). Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control. 3). Sobrecostos. 4). Reprocesos administrativos y asistenciales	1). Número de activos dados de baja / Número de activos clasificados como elementos a dar de bajas * 100.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		
Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
∞	Recurso Físicos	Gestión de Suministros y Activos Fijos	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional			Hurto de equipos biomedicos, insumos, repuestos, medicamentos y/o dispositivos medicos	Fraude Interno	2500 00	Muy Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Control de inventarios.	1). Detrimento Patrimonial. 2). Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control. 3). Sobrecostos. 4). Reprocesos administrativos y asistenciales	

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		
Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
9	Recurso Físicos	Ingeniería Hospitalaria	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Inadecuada selección de proveedores y/o contratistas.	1). Controles deficientes en los requisitos técnicos. 2). Direccionamiento de la adquisición y/o contratación. 3). Recibir y/o pedir dádivas. 4). Amiguismo y clientelismo.	Adquisición de tecnología inapropiada o con sobrecostos	Fraude Interno	100	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Estudios de necesidad sujetos al acuerdo de contratación de la Institución. 2). Formulación de especificaciones técnicas concertadas y de acuerdo a las necesidades de los servicios. 3). Implantación del procedimiento de adquisición de tecnología y evaluación de tecnología	1). Inadecuado Funcionamiento de los equipos biomédicos. 2). Acto inseguro en la Seguridad del Paciente. 3). Sobrecostos por Mantenimientos Correctivos. 4). Detrimiento patrimonial por adquisición de equipos médicos de baja calidad. 5). Disminución de la credibilidad y confianza en la tecnología biomédica de la Institución. 6). Reprocesos en las actividades programadas.	1). Número de guías aplicadas / Total de compras de tecnología biomédica * 100.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		
Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		



REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA

Plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAAC
Hospital Susana López de Valencia E.S.E.



HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Página 20 de 51

Código: SLV-GC-59

Versión: 4

SLV-GC-01-F01

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
10	Gestión Jurídica	Contratación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	El establecimiento de requisitos que van en contra de los principios de selección objetiva, mediante parámetros de selección que eliminan la competencia.	1). Desconocimiento y falta de experticia de los procedimientos. 2). Favorecimiento a proponentes a través del direccionamiento del proceso de selección, mediante la incorporación de requisitos que desconocen el principio de selección objetiva y la igualdad de los proponentes. 3). Recibir y/o pedir dádivas. 4). Amiguismo y/o clientelismo.	Selección y/o adjudicación contractual inapropiada o con vicios legales	Fraude Interno	500	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Estudiar la necesidades sujetos al acuerdo de contratación de la Institución. 2). Formular las especificaciones técnicas concertadas y de acuerdo a las necesidades de los servicios. 3). Implementar la guía de evaluación de aspectos técnicos para la adquisición de tecnología.	1). Detrimento patrimonial. 2). Tipificación de delitos contra la administración pública que conlleva responsabilidad penal. 3). Posible responsabilidad fiscal y disciplinaria. 4). Alta probabilidad de incumplimiento contractual.	1). Número de celebrados / Número de contratos con lista de chequeo * 100.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
11	Gestión Jurídica	Contratación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Verificación deficiente de los documentos que soportan el proceso, por acción u omisión.	1). Falta de ética profesional. 2). Recibir y/o pedir dádivas. 3). Amiguismo y/o clientelismo.	Suscripción de contratos, sin el cumplimiento de requisitos legales	Fraude Interno	500	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Verificar los documentos soporte de la contratación, contra la lista de chequeo respectiva para todas las modalidades de contratación. 2). Verificar la información documental aportada, convalidando la información que presente algún tipo de duda con la entidad emisora.	1). Posible incursión en delitos penales. 2). Incumplimiento en la calidad de la actividad a realizar teniendo en cuenta que no se cuenta con los requisitos exigidos. 3). Pérdida de imagen y de credibilidad por parte de sus clientes externos e internos. 4). Detrimento patrimonial.	1). Número de contratos suscritos / Número de contratos con documentos completos * 100.

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	Revisó: María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Aprobó: Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	



REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA

**Plan anticorrupción y atención al ciudadano -
PAAC**
Hospital Susana López de Valencia E.S.E.



**HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA
E.S.E.**

Página 22 de
51

Código: SLV-GC-59

Versión: 4

SLV-GC-01-F01

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
12	Gestión Jurídica	Contratación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Indebida ejecución del objeto contractual y se certifica el cumplimiento, para favorecer a un tercero.	1). Interés del funcionario en recibir beneficio económico. 2). Falta de ética, constreñimiento. 3). Recibir y/o pedir dádivas.	Ejecución incorrecta de contratos	Fraude Interno	500	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Verificar el contrato en el cumplimiento de las actividades y/o productos a entregar por el supervisor.	1). Detrimento Patrimonial. 2). Pérdida de imagen y de credibilidad por parte de sus clientes externos e internos. 3). Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control. 4). Apropriación o mala destinación de los recursos públicos.	1). 100% de los contratos suscriptos / 100% de los contratos suscriptos con informe de supervisión * 100.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
13	Gestión Jurídica	Contratación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Falta de controles por acción u omisión.	1). Falta de ética, constreñimiento.2). Recibir y/o pedir dádivas.3). Amiguismo y/o clientelismo.	Selección inapropiada de contratistas	Fraude Interno	500	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Verificar los documentos soporte de la contratación, contra la lista de chequeo respectiva para todas las modalidades de contratación.2). Verificar la información documental aportada, convalidando la información que presente algún tipo de duda con la entidad emisora.	1). Detrimiento Patrimonial.2). Pérdida de imagen y de credibilidad por parte de sus clientes externos e internos.3). Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control.4). Incumplimiento del contrato.5). Apropiación o mala destinación de los recursos públicos.	1). 100% de los contratos suscriptos / 100% de los contratos con los requisitos legales * 100.

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	Revisó: María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Aprobó: Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	



REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA

**Plan anticorrupción y atención al ciudadano -
PAAC**
Hospital Susana López de Valencia E.S.E.



**HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA
E.S.E.**

Página 24 de
51

Código: SLV-GC-59

Versión: 4

SLV-GC-01-F01

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
14	Gestión Jurídica	Asesoría Jurídica	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Falta de ética y/o constreñimiento.	1). Falta de capacitación y/o conocimiento. 2). Controles deficientes en los procesos disciplinarios, por acción y/u omisión. 3). Propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo. 4). Recibir y/o pedir dádivas. 5). Amiguismo y/o clientelismo. 6). Falta de seguimiento a los procesos judiciales.	Dilación y seguimiento de los procesos judiciales y disciplinarios	Fallas Tecnológicas	120	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Revisar continuamente la base de datos y el estado de cada proceso tanto en la página web de la Rama Judicial como en los mismos despachos judiciales y siglo XXI.	1). Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control. 2). Detrimiento Patrimonial. 3). No se pueda ejercer la Defensa de la entidad en su debida forma. 4). Pérdida de credibilidad.	1). Total de procesos judiciales / Total de procesos judiciales revisados * 100.
15	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Presupuesto	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Generar disponibilidades presupuestales.	1). Falta de ética del funcionario. 2). Controles de validación deficientes. 3). Recibir y/o pedir dádivas.	Ocultamiento de información de saldo presupuestal	Fraude Interno	365	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Controlar los saldos y de fechas por medio del aplicativo dinámica gerencial. 2). Controlar por parte de Control Interno. 3). Registrar los movimientos en los libros	1). Credibilidad, transparencia, confianza y cumplimiento de las funciones. 2). Investigaciones por parte de los entes de control. 3). Detrimiento patrimonial.	1). Recaudos totales / Compromisos totales *100.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		



REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA

**Plan anticorrupción y atención al ciudadano -
PAAC**
Hospital Susana López de Valencia E.S.E.



**HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA
E.S.E.**

Página 25 de
51

Código: SLV-GC-59

Versión: 4

SLV-GC-01-F01

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
16	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Presupuesto	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Alterar los informes de costos o el valor de un producto con el objeto de beneficiar un tercero.	1). Interés personal. 2). Falta de ética profesional. 3). Recibir y/o pedir dádivas.	Modificación de la información presupuestal	Daños Activos Físicos	365	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Modificaciones aprobadas por CONFIS, Junta Directiva o la gerencia según el caso. 2). Conciliación de información.	1). Apertura de procesos disciplinarios a los funcionarios. 2). La alta dirección no cuenta con la información real para la toma de decisiones. 3). Detrimiento Patrimonial.	1). Recaudos totales / Compromisos totales *100.
17	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Contabilidad	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Estados financieros alterados que no reflejan la situación real de la entidad.	1). Falta de ética. 2). Errores en el proceso de causación. 3). Pedir o recibir dádivas.	Alteración en los estados Financieros	Fraude Interno	365	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Auditorías internas. 2). Procedimiento de causación. 3). Procedimiento de conciliación de información. 4). Procedimiento de conciliaciones bancarias. 5). Procedimiento de registro de procesos litigiosos. 6). Uso de claves para registro de información restringidas.	1). Pérdida o afectación de la imagen, credibilidad, transparencia, oportunidad y cumplimiento. 2). Toma de decisiones erradas. 3). Sanciones, pago de intereses y multas por entes de control. 4). detrimento patrimonial.	1). Conciliaciones programadas / Conciliaciones realizadas * 100.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		



REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA

**Plan anticorrupción y atención al ciudadano -
PAAC**
Hospital Susana López de Valencia E.S.E.



HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA
E.S.E.

Página 26 de
51

Código: SLV-GC-59

Versión: 4

SLV-GC-01-F01

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
18	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Caja y Pagaduría	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Puntos de Control y Seguimiento deficiente.	1). Personal con poca o nula experiencia en la actividad contable. 2). Falta de ética. 3). Por acción u omisión.	Apropiación (Hurto) del dinero de recaudo.	Fraude Interno	365	Media	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	Moderado	1). Cuadre diario de caja en los 4 puntos de recolección. 2). Seguimiento aleatorios por la Oficina de Control Interno.	1). Pérdida de la imagen, credibilidad, transparencia, cumplimiento las funciones de la institución. 2). Detrimiento patrimonial. 3). Apropiación de recursos públicos.	1). Valor de faltante / total recaudo *100.
19	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Pagaduría y Caja	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	E	Económico y Reputacional	Desembolsos fraudulentos por manipulación.	1). Falsificación de cheques. 2). Recibir y/o pedir dádivas.	Fraude o malversación de fondos	Fraude Externo	600	Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Realizar conciliaciones bancarias de todas las cuentas. 2). Verificar los soportes de transferencias. 3). Seguridad del traslado de cheques en blanco.	1). Detrimiento patrimonial. 2). Investigaciones. 3). Apropiación de recursos públicos.	1). Total movimientos correctos / Total de movimientos * 100.
20	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Pagaduría y Caja	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	E	Económico y Reputacional	Desembolsos fraudulentos por manipulación.	1). Personal con poca o nula experiencia en la actividad contable. 2). Falta de ética. 3). Por acción u omisión.	Pago sin el lleno de requisitos	Fraude Externo	1000 0	Muy Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo			

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
21	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Facturación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Servicios prestados no facturados por intereses particulares y no cobro de copagos.	1). Falta de ética del personal. 2). Deficiencia en los puntos de control y seguimiento. 3). Recibir y/o pedir dádivas.	Modificar u omitir facturas de servicios médicos prestados por el Hospital	Fraude Interno	1209 85	Muy Alta	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	Alto	1). Verificar y realizar seguimiento de ingresos abiertos y verificación de soportes que justifiquen el no pago de copagos mediante autorización de formato de no recaudo por el líder del proceso.	1). Detrimiento patrimonial (sobrecostos). 2). Sanciones disciplinarias.	1). Número de ingresos cerrados oportunamente / Total de ingresos * 100.
22	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Auditoría y Facturación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Aceptación de glosa a favor de las entidades responsables de Pago.	1). Falta de ética profesional. 2). Deficiencia en la revisión de los documentos soportes. 3). Falta de experiencia por parte de la persona que realiza la labor de revisión de documentos. 4). Recibir y/o pedir dádivas.	Conciliación de glosa	Fraude Interno	8000	Muy Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1). Revisar los documentos soportes y la normatividad por parte del funcionario encargado de la labor y validación de los mismos. 2). Conocer y capacitar a los colaboradores en la actualización de la información de los contratos de la institución.	1). Sanciones administrativas, pecuniarias o fiscales. 2). Detrimiento patrimonial. 3). Reducción de ingresos a la Institución.	1). Valor aceptado en glosas / sobre el valor facturado en el periodo * 100. 2). (Valor devuelto por glosas/ Valor facturado en el periodo)*100.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022	Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	



REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA

**Plan anticorrupción y atención al ciudadano -
PAAC**
Hospital Susana López de Valencia E.S.E.



**HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA
E.S.E.**

Página 28 de
51

Código: SLV-GC-59

Versión: 4

SLV-GC-01-F01

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
23	SIAU	SIAU	2. Ser la mejor experiencia en salud	E	Económico y Reputacional	Comunicación deficiente entre los procesos.	1). Acción y/u omisión de los hechos sucedidos. 2). Recibir y/o pedir dádivas. 3). Suministrar información sin verificación de los sucesos.	Favorecer en la respuesta de PQRSD a un tercero	Fraude Interno	420	Media	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	Moderado	1). Verificar y numerar en consecutivo los PQRSD en los diferentes canales de recepción (buzón, telefónica, correspondencia certificada, correo electrónico). 2). Auditorías internas por parte de la Oficina de Control Interno.	1) Investigaciones y sanciones disciplinarias. 2). Demandas a la entidad. 3). Detrimiento patrimonial.	1). Sumatoria de los días transcurridos entre la presentación y la respuesta de la PQRSD recibida en el periodo / Total PQRSD recibidas en el mismo periodo * 100.
24	Ambulatorio	AmbulatorioFisioterapia	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Reputacional	Deficiente adherencia a la aplicación de los procedimientos definidos en cada una de las áreas.	1). Inducción y capacitación deficiente al personal que realiza esta actividad. 2). Tráfico de influencias.3). Clientelismo y/o amiguismo.4). Recibir y/o pedir dádivas.	Cobro o manipulación por la asignación de citas	Ejecución y Administración de procesos	48000	Muy Alta	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	Alto	1). Aplicar adherencia al protocolo de asignación de citas.2). Socializar el protocolo de asignación de citas.	1). Pérdida de la imagen institucional. 2). Sanciones por entes de control.	1). (Número de llamadas atendidas /Número total de llamadas entrantes) *100.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		



REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA

**Plan anticorrupción y atención al ciudadano -
PAAC**
Hospital Susana López de Valencia E.S.E.



**HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA
E.S.E.**

Página 29 de
51

Código: SLV-GC-59

Versión: 4

SLV-GC-01-F01

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
25	Cirugía	Cirugía	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Interes economico.	1). Falta de ética del personal. 2). Recibir y/o pedir dádiva. 3). Controles deficientes. 4). Demora en la solicitud de referencia y contra referencia para autorización de cirugías de urgencias. 5). Canal de comunicación distorsionado.	Ejecución de procedimientos quirúrgicos no autorizados	Fraude Interno	1680 0	Muy Alta	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	Alto	1). Registro de programación de cirugía en el aplicativo de dinámica gerencial. 2). Soportes de autorización para programación de cirugía. 3). Facturación individual de cada una de las cirugías.	1). Detrimiento patrimonial 2). Daño jurídico y pérdida de la credibilidad institucional. 3). Reprocesos.	1). Número de cirugías ejecutas / Número de cirugías programadas con autorización* 100.
26	Cirugía	Cirugía	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Control deficiente en la entrega, suministro y devolución de medicamentos.	1). Control deficiente por parte de un superior. 2). Recibir y/o pedir dádivas. 3). Falta de ética del personal.	Omisión de registros en el recibo, almacenamiento y entrega de suministro de Medicamentos e insumos	Fraude Interno	1680 0	Muy Alta	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	Alto	1). Registro de solicitud de medicamentos de control en plataforma web institucional. 2). Registro de utilización de medicamento en historia clínica del aplicativo dinámica gerencial.	1). Credibilidad institucional. 2). Daño en la imagen de la institución. 3). Daño jurídico. 4). Detrimiento patrimonial. Sobrecostos y pérdidas económico para la institución. 5). Evento adverso. 6). Reprocesos.	1). Número de medicamentos de control entregados / Número de medicamentos de control formulados * 100.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		



REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA

Plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAAC
Hospital Susana López de Valencia E.S.E.



HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Página 30 de 51

Código: SLV-GC-59

Versión: 4

SLV-GC-01-F01

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
27	Cirugía	Cirugía	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Manejo inadecuado en el recibo y entrega de material de osteosíntesis.	1). Deficiencia en el recibo, almacenaje, entrega, vigilancia y control de los suministros. 2). Recibir y/o pedir dádivas. 3). Falta de ética del personal.	Pérdida o Hurto del material de osteosíntesis	Fraude Interno	2400	Alta	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	Moderado	1). Registro de ingreso y egreso de material de osteosíntesis en la plataforma web institucional, quién lo utilizó y a quién se le suministró. 2). Registro de gastos de material de osteosíntesis de cirugías en dinámica gerencial.	1). Credibilidad institucional. 2). Daño en la imagen de la institución. 3). Daño jurídico. 4). Sobrecosto y pérdidas económicas para la institución. 5). Reprocesos	1). Número de pacientes facturados con suministro de material de osteosíntesis / Número de pacientes con solicitud de material de osteosíntesis * 100.
28	Cirugía	Cirugía	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Alteración de la información en el registro de horas contratadas.	1). Controles de validación deficientes. 2). Recibir y/o pedir dádivas. 3). Por acción u omisión.	Pago (cobro) de horas no prestadas	Fraude Interno	36000	Muy Alta	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	Alto	1). Programación de cuadros de turnos institucional. 2). Informe de supervisión de contratos.	1). Credibilidad institucional. 2). Daño en la imagen de la institución. 3). Daño jurídico. 4). Sobrecostos y pérdidas económicas para la institución. 5). Sanciones disciplinarias. 6). Detrimento patrimonial.	1). Número de certificaciones con cumplimiento de horas al 100% / Total certificaciones realizadas *100.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
29	Complementación Terapéutica	Fisioterapia	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Reputacional	Deficiente adherencia a la aplicación de los procedimientos definidos en cada una de las áreas.	1). Inducción y capacitación deficiente al personal que realiza esta actividad. 2). Tráfico de influencias. 3). Clientelismo y/o amiguismo. 4). Recibir y/o pedir dádivas.	Cobro o manipulación por la asignación de citas	Ejecución y Administración de procesos	30000	Muy Alta	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	Alto	1). Aplicar adherencia al protocolo de asignación de citas. 2). Socializar el protocolo de asignación de citas.	1). Pérdida de la imagen institucional. 2). Sanciones por entes de control.	1). (Número de llamadas atendidas / Número total de llamadas entrantes) *100.
30	Apoyo Diagnóstico	Laboratorio Imágenes	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Controles deficientes.	1). Sustracción de insumos de la bodega. 2). Recibir y/o pedir dádivas. 3). Poca restricción de acceso a bodega	Pérdida Hurto de reactivos e insumos de laboratorio e imágenes	Fraude Interno	54750	Muy Alta	Afectación menor a 10 SMLMV .	Leve	Alto	1). Registro de ingreso (factura) y egreso (formato kardex laboratorio).	1). Detrimiento patrimonial. 2). Sanciones disciplinarias. 3). Sobrecostos pérdidas económicas. 4). Reprocesos.	1). Número de faltantes / Número de ítems contados *100.

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	Aprobó: María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	

Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causa Inmediata	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	Descripción del Control	Consecuencias	Indicador
31	Apoyo Diagnóstico	Farmacia Laboratorio	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	Controles deficientes.	1). Adherencia deficiente a realizar controles. 2). Beneficio propio (Venta de los mismos). 3). poca restricción de acceso a bodega de medicamentos e insumos	Pérdida Hurto de medicamentos y/o dispositivos médicos Hurto de equipos biomédicos, insumos, repuestos, medicamentos y/o dispositivos médicos	Fraude Interno	3600 0	Muy Alta	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	Alto	1). Inventario periódico. 2). Inventario aleatorio.	1). Detrimento patrimonial. 2). Sobrecostos pérdidas económicas. 3). Evento adverso (complicación de paciente).	1). Número de faltantes /Número de ítems contados *100.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		
Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

Las actividades a realizar en el año 2022, relacionadas con este primer componente se relacionan a continuación:

Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción -Mapa de Riesgos de Corrupción					
Subcomponente		Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 /proceso Política de Administración de Riesgos de Corrupción	1.1	Despliegue de la política de riesgos.	Un (1) evento de socialización de política	Oficina Asesora de Planeación Direccionamiento o estratégico	Fecha de inicio: 02/01/2023 Fecha de Terminación: 29/12/2023
	2.1	Actualizar el mapa de Riesgos de corrupción de forma participativa	Mapa de riesgo actualizado	Procesos y subprocesos Oficina Asesora de Planeación	Fecha de inicio: 2/01/2023 Fecha de Terminación: 16/01/2023
Subcomponente 3/proceso Consulta y divulgación	3.1	Someter a consulta ciudadana el mapa de riesgos de corrupción	Mapa de riesgos verificado con aportes de la ciudadanía	Oficina Asesora de Planeación	Fecha de inicio: 17/01/2023 Fecha de Terminación: 25/01/2023
	3.2	Ajustar el mapa de riesgos conforme las observaciones, aportes y ajustes propuestos por la ciudadanía.	Mapa de riesgos aprobado	Oficina Asesora de Planeación	Fecha de inicio: 26/01/2023 Fecha de Terminación: 27/01/2023
	3.3	Aprobar el mapa de riesgos actualizado conforme al procedimiento de administración de riesgos.	Mapa de riesgos aprobado	Comité Gestión y Desempeño	30/01/2023
	3.4	Publicación del mapa de riesgos de corrupción	Mapa de riesgos de corrupción publicado en portal Web	Oficina Asesora de Planeación Sistemas de información	30/01/2023
Subcomponente /proceso 4 Monitoreo o revisión	4.1	Monitorear y revisar el mapa de riesgos de corrupción	Mapa de riesgos revisado	Responsables de acciones de control.	30/04/2023 30/08/2023 30/12/2023
	4.2	Generar alertas tempranas como resultado del monitoreo	Identificación de alertas tempranas	Responsables de acciones de control.	30/04/2023 30/08/2023 30/12/2023
Subcomponente/proceso 5 Seguimiento	5.1	Primer Seguimiento al mapa de riesgos con corte al 30 de abril	Mapa de riesgos con resultados del seguimiento publicado en portal Web	Oficina de control interno	31/05/2023

Elaboró:	Revisó:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nández Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo guerrero Subdirectora Científica	Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: Enero 2023		Vigencia: Por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	

	5.2	Segundo Seguimiento al mapa de riesgos con corte al 31 de agosto	Mapa de riesgos con resultados del seguimiento publicado en portal Web	Oficina de Control Interno	29/09/2023
	5.3	Tercer Seguimiento al mapa de riesgos con corte al 31 de diciembre	Mapa de riesgos con resultados del seguimiento publicado en portal Web	Oficina de Control Interno	31/01/2024

5.2 Segundo componente: racionalización de trámites

El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., ha identificado ocho (8) trámites y un (1) procedimiento administrativo de cara al usuario, los cuales están inscritos en el Sistema Único de información y trámites SUI_T así:



La imagen muestra la interfaz del Sistema Único de información y trámites SUI_T. En la parte superior, se encuentra el logo de SUI_T y el lema "El servicio público es de todos". Debajo, se muestra el nombre de usuario "HSLV VIVIANA CHAVEZ MUÑOZ (VCHAVEZ686)" y varias pestañas de navegación: "Administración", "Formato integrado", "Racionalización" (seleccionada), "Autorización de Nuevos Trámites", "Cadenas de Trámites" y "Mi cuenta".

En el panel de "Opciones de menú", se listan: "Gestión de datos de operación", "Gestión de racionalización", "Histórico" y "Estrategia de racionalización pendiente".

El área principal, "Datos de operación para formatos integrados", contiene un mensaje de advertencia: "Los formatos integrados listados son los que se encuentran en la 'Gestión de inventarios' en estado 'Inscrito'". Debajo de este mensaje, hay botones para "Ver", "Exportar a Excel" y "Separar".



Tipo	Número	Nombre del Registro	Acciones
HM	31062	Asignación de cita para la prestación de servicios en salud	[Icono de documento] [Icono de lápiz]
HM	32932	Historia clínica	[Icono de documento] [Icono de lápiz]
HT	33253	Certificado de paz y salvo	[Icono de documento] [Icono de lápiz]
HM	33532	Atención inicial de urgencia	[Icono de documento] [Icono de lápiz]
HM	33649	Radiología e imágenes diagnósticas	[Icono de documento] [Icono de lápiz]
HM	33904	Examen de laboratorio clínico	[Icono de documento] [Icono de lápiz]
HM	34155	Terapia	[Icono de documento] [Icono de lápiz]
HM	34248	Certificado de defunción	[Icono de documento] [Icono de lápiz]
HM	75553	Certificado de nacido vivo	[Icono de documento] [Icono de lápiz]

En la parte inferior derecha, se indica "Total registros: 9".

El Hospital durante el año 2022 mejoro la aplicación "*Susanita Móvil*" y el chat Bot, como herramienta tecnológica a disposición de los usuarios para simplificar, estandarizar, optimizar y automatizar los **trámites** existentes.

Tramite 3102 - Asignación de Citas para la prestación de servicios: en la aplicación "Susanita móvil" permite la solicitud de la cita según especialidad, este trámite digital junto a la llamada y la recepción de solicitudes por WhatsApp brinda a los usuarios la posibilidad de que su requerimiento sea atendido con prontitud.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL Susana López de Valencia E.S.E.	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	Plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAAC Hospital Susana López de Valencia E.S.E.		Página 35 de 51	Código: SLV-GC-59
			Versión: 4	SLV-GC-01-F01

Tramite 32932 - Historia Clínica: este hace referencia a la solicitud de copias de la historia clínica, la aplicación "*Susanita móvil*", permite realizar la solicitud directamente a estadística, brindando una capa de seguridad que permite identificar quién la solicita, el paciente o un usuario autorizado por él, tal como lo exigen las normas vigentes. Para los casos donde el paciente no es quien la solicita se deben seguir los protocolos con los que cuenta la institución para que terceros puedan realizar el trámite.

Tramite 33532 - Atención Inicial de Urgencias: para este trámite (certificado de atención) la aplicación "*Susanita móvil*" permite realizar la consulta y descargue del certificado donde se comprueba que el paciente ha sido atendido en la institución, con datos como fecha y hora de atención entre otros.

Tramite 33649 - Radiología e imágenes diagnósticas: "*Susanita móvil*" permite realizar la consulta y descargue del respectivo estudio de imágenes diagnósticas, este trámite se realiza bajo demanda (a solicitud del paciente).

Tramite 33904 - Exámenes de Laboratorio: "*Susanita móvil*" permite realizar la consulta y descargue del respectivo examen de laboratorio, este trámite se realiza bajo demanda (a solicitud del paciente).

Tramite 34155 - Terapia: en la aplicación "*Susanita móvil*", permite la solicitud de la cita para terapia física y/o fonoaudiología, este trámite digital junto a la llamada y la recepción de solicitudes por WhatsApp brinda a los usuarios la posibilidad de que su requerimiento sea atendido con prontitud.

Frente a los certificados de defunción y nacido vivo, se requiere la entrega original del certificado para su registro, por lo cual continúan con el mismo procedimiento hasta tanto la normatividad Nacional lo exija.

Tramite 34248 – Certificado de defunción: el certificado es entregado en físico a familiares del paciente fallecido para el respectivo registro, el cual no debe superar las 48 horas del fallecimiento, luego de inscripción del certificado las copias deben ser solicitadas ante la oficina donde fue inscrita la defunción.

Tramite 75553 - Certificado Recién Nacido Vivo: el certificado es entregado en físico a familiares del menor para efectos del registro civil ante notaria o

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	Aprobó: María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	

registraduría, luego de inscripción del certificado las copias deben ser solicitadas ante la oficina donde fue inscrito.

Componente 2: Racionalización de trámites					
Subcomponente	Actividades		Meta o producto		Fecha programada
Subcomponente /resultados de la racionalización cuantificados y difundidos	1.1	Hacer seguimiento a la percepción de las aplicaciones para trámites en línea implementadas.	Informe seguimiento	de SIAU Consulta Externa Sistemas de información.	Fecha de inicio: 02/01/2023 Fecha de Terminación: 29/12/2023
	1.2	Implementar y realizar campañas de difusión, apropiación y beneficios de las aplicaciones disponibles para trámites	Campañas apropiación Seguimiento campañas	de a Comunicaciones Sistemas de información. Siau	Fecha de inicio: 02/01/2023 Fecha de Terminación: 29/12/2023

5.3 Tercer componente: rendición de cuentas

La Rendición de Cuentas es el componente permanente y transversal orientado en el afianzamiento de la relación entre el Hospital, la ciudadanía, entidades y organismos de control, informando, explicando y dando a conocer los resultados de su gestión. fortaleciendo sus procesos internos para dar respuesta a las necesidades y solicitudes de manera oportuna, clara y confiable.

Objetivo General:

Establecer actividades, responsables, estrategias, mecanismos y espacios de interacción para la entrega de información clara y oportuna a los usuarios y comunidad en general, sobre la gestión realizada por la gerencia, direcciones, líderes de procesos y colaboradores del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

Objetivos Específicos:

- Entregar y mantener actualizada la información a los ciudadanos de forma comprensible, oportuna, disponible y completa.
- Fomentar el diálogo y la retroalimentación entre la entidad y los ciudadanos que permita mantener un contacto directo con la población

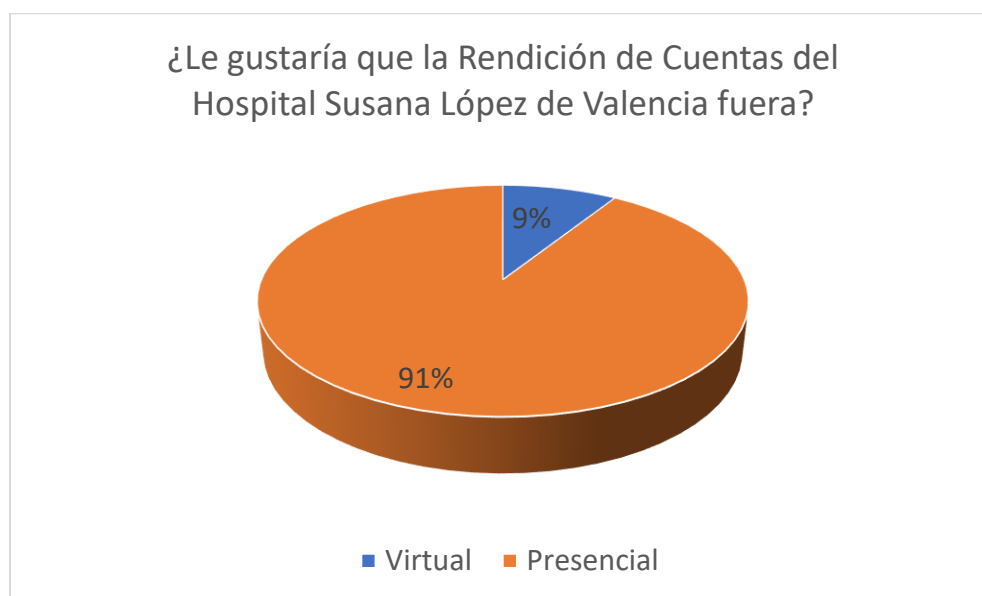
Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		
Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

- Promover la cultura de rendición de cuentas e incentivar a la ciudadanía en su petición y participación.

Información

En lo correspondiente a la información, en la encuesta realizada entre diciembre de 2021 y enero de 2022 a 383 personas, con el fin de identificar y llevar a cabo acciones para el fortalecimiento en la entrega de información comprensible, veraz y oportuna se determinó que:

- Frente a la forma de entregar la información el 91% de los encuestados manifestó que desea que la rendición de cuentas sea realizada de manera presencial y el 9% de forma virtual.





Fuente: encuesta de identificación de información y canales de comunicación 2022

La información que le gustaría conocer permanentemente:

El hospital ha identificado los temas de interés para sus grupos de valor a través de la reunión con líderes comunitarios, PQRS, consultas en redes sociales, rendición de cuentas, liga de usuarios y encuestas, los cuales son:

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nández Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	Plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAAC Hospital Susana López de Valencia E.S.E.		Página 38 de 51	Código: SLV-GC-59
			Versión: 4	SLV-GC-01-F01

- Acreditación
- Alcance y desarrollo de los proyectos
- Ampliación de UCIs
- Avances en nuevos servicios
- APS
- Atención de urgencias.
- Gestión de Cartera
- Contratación del talento humano por Sindicatos
- Covid-19 y vacunación
- Desarrollo de futuros proyectos de infraestructura y apertura de nuevos servicios
- Estados financieros e inversión
- Formalización laboral
- Gestion social y humanitaria que se realiza a través de sus centros de salud.
- Ingresos y expectativas
- Innovación
- La articulación con otros gremios
- La salud mental

En la encuesta se establece en qué le gustaría mantenerse informado:

- Ampliación del portafolio de servicios
- Actualizaciones en equipo medico
- Información relacionada con primeros auxilios
- Rendición de cuentas.
- Horarios de consulta externa
- Actualizaciones en equipo medico
- Contratación por transparencia
- Actividades sociales.
- Actualizaciones en equipo medico
- Cifra de cuantas víctimas se atienden y enfoque diferencial
- Jornadas de vacunación
- Sobre los servicios médicos que presta y sus formas de adquisición
- Servicios u actividades sociales asi como capacitaciones.
- Se debe contar en la página con preparación y pregunta frecuentes para cirugía.
- Avances en materia de atención
- Procesos de Contratación, Estado de Tramite de cuentas, Pagos

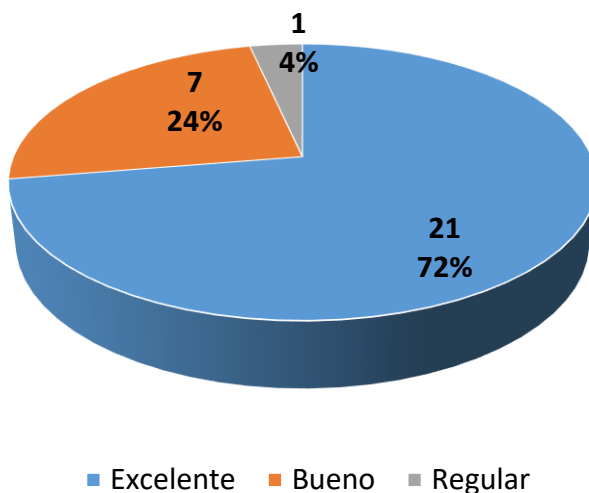
Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	Aprobó: María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	

En la evaluación de la audiencia de Rendición de cuentas realizada en el año 2022 de la vigencia 2021, los participantes expresan que se incluya los siguientes temas

- Estado de la estructura física y de los equipos utilizados si son renovados o antiguos
- Comportamiento financiero: Contratación, cartera y presupuesto
- Mejora oportunidad para cirugías programadas
- Que proyectos de infraestructura hay para el hospital susana lopez en los años siguientes.

Frente a la información El 96% (28) de los encuestados considera que la información presentada por el Gerente durante la audiencia pública de Rendición de cuentas fue suficiente y clara para conocer la gestión de la vigencia 2021, calificándola en excelente el 72% y buena el 24%.

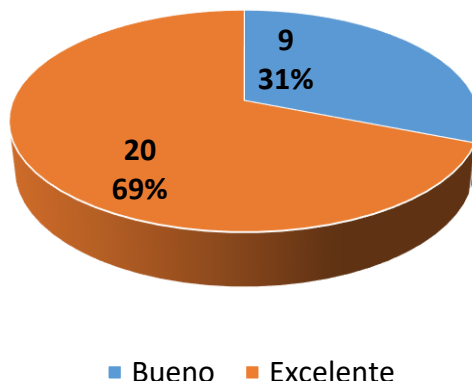
¿La información presentada por el gerente fue suficiente y clara, permitiéndole conocer la gestión que se ha realizado en el Hospital durante el último año?



- Frente a la gestión y resultados obtenidos, el 100% considera que hubo una buena gestión frente a los resultados obtenidos durante la vigencia 2021, calificándola como excelente el 69% y buena el 31%.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nández Hoyos Subdirector Administrativo	Edgar Eduardo Villa Gerente
	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

¿Cómo considera la gestión y resultados obtenidos en el último año en el Hospital?



- A la pregunta realizada ¿Cree que con este evento la comunidad se informa e interesará por participar activamente en la gestión del Hospital? Dieron respuesta 25 personas, obteniendo como resultado que el 92% (23) de los encuestados considera que con este evento la comunidad se informa e interesa por participar activamente en la gestión del Hospital, le es indiferente al 4% y el 4% considera que la comunidad no se motiva a participar activamente de la gestión.

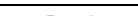

Diálogo

En cuanto al segundo elemento, *Diálogo*, el hospital, cuenta con los siguientes espacios y mecanismos para la argumentación y explicaciones sobre la gestión:

- Rendición de Cuentas
- Audiencia Públicas
- Reunión comunitaria
- Reunión con Asociación de usuarios (Responsabilidad social)
- Mesas de Líderes comunitarios
- Medios electrónicos

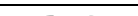

Las actividades planeadas para la estrategia de Rendición de Cuentas:

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL Susana López de Valencia E.S.E.	HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	Plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAAC			Página 41 de 51	Código: SLV-GC-59
	Hospital Susana López de Valencia E.S.E.			Versión: 4	SLV-GC-01-F01

Componente 3: Rendición de cuentas					
Subcomponente		Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 Información de calidad y lenguaje comprensible	1.1	Identificar las necesidades de información de la población y comunidad	Identificación de necesidades de información	Comunicaciones SIAU	27/12/2022 al 6/01/2023
	1.2	Mantener actualizada la información requerida para la transparencia y acceso a la información	Página web actualizada	<ul style="list-style-type: none"> Subdirecciones Control Interno Oficina Asesora de Planeación, Gestión Jurídica SIAU, Gerencia del Talento Humano, Investigación, desarrollo e innovación, Gestión de Contabilidad, Gestión de Suministros y Activos Fijos Gestión de Pagaduría Gestión del Presupuesto, Epidemiología y Estadística, Promoción y mantenimiento de la salud, IAMII Responsabilidad Social Sistemas de Información y comunicaciones Gestión Documental 	10 días siguientes al mes inmediatamente anterior o según la periodicidad que corresponda.
	1.3	Publicación periódica de Informes de Gestión Plan anticorrupción Informe de Rendición de cuentas Estados Financieros Ejecución presupuestal.	Elaboración y publicación de un informe semestral 1. Gestión de la entidad publicado en portal Web 2. Informe cuatrimestral de Plan Anticorrupción 3. Informe anual de Rendición de cuentas	1. Gerencia Subdirecciones Oficina Asesora de Planeación	Informe de Gestión de la entidad: 1. Informe plan de Acción 28/02/2023 29/09/2023 2. Plan Anticorrupción 15/05/2023 14/09/2023 10/01/2024

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
		Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022	Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL Susana López de Valencia E.S.E.	HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	Plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAAC			Página 42 de 51	Código: SLV-GC-59
	Hospital Susana López de Valencia E.S.E.			Versión: 4	SLV-GC-01-F01

Componente 3: Rendición de cuentas					
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada	
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones		4. Estados financieros 5. Ejecución Presupuestal	2. Oficina Asesora de Control Interno 3. Gerencia, subdirecciones, Oficina Asesora de Planeación, Jurídica 4. Gestión Contable 5. Gestión Presupuesto	2. Informe Anual de Rendición de cuentas: 30/06/2023 3. Estados Financieros 15/02/2023 30/04/2023 03/07/2023 31/10/2023 15/02/2024 4. Ejecución Presupuestal 28/02/2023 30/04/2023 31/07/2023 31/10/2023 28/02/2024	
	1.4	Consulta a la ciudadanía sobre la claridad y necesidades de la información publicada	Informe de oportunidades de mejora	Comunicaciones, SIAU	29/12/2023
	2.1	Habilitar espacios de diálogo con la comunidad, representantes de la Asociación de usuarios y de divulgación en redes sociales	Espacios de diálogo y divulgación habilitados para ciudadanía	Subdirecciones Gerencia Comunicaciones SIAU Responsabilidad social	28/04/2023 28/07/2023 29/09/2023 26/12/2023
	2.2	Realización Audiencia Pública de rendición de cuentas	1 Audiencia Pública de Rendición de cuentas realizada	Gerencia Subdirecciones Oficina Asesora de Planeación Oficina Jurídica SIAU	30/06/2023
	2.3	Rendición de cuentas de Gestión Asamblea Departamental del Cauca	Rendición Ejecutada	Gerencia Subdirecciones Oficina Asesora de Planeación	29/12/2023

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022	Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	

Componente 3: Rendición de cuentas


Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3.1 Reconocimiento público a través el medios virtuales de las personas, grupos o entidades con mayor participación y/o articulación en la gestión del hospital.	Publicación en medios electrónicos	Gerencia SIAU Responsabilidad Social Comunicaciones	29/12/2023
	3.2 Edición descargable en el portal Web, en formato digital de los diferentes boletines de la entidad y demás ediciones con información de interés a la comunidad.	Publicación de boletines descargables en formato digital	Comunicaciones	28/04/2023 28/07/2023 29/09/2023 26/12/2023
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1 Realizar la Evaluación de la estrategia de rendición de cuentas	Informe del proceso de rendición de cuentas	Control Interno	30/06/2023

5.4 Cuarto componente: mecanismos para mejorar la atención al ciudadano

Nuestra institución, ha dispuesto diferentes mecanismos de comunicación con sus grupos de valor, entre los que se encuentran la página web, redes sociales (Facebook, twitter), Whatsapp, vía telefónica, presencial, atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias, reuniones periódicas con liga de usuarios y la autoevaluación periódica de los servicios bajo estándares de excelencia en calidad, aplicación de Susanita móvil y chat boot; canales mediante los cuales se identifican necesidades y oportunidades de mejora frente a la atención al ciudadano y que permita el mejoramiento continuo y su satisfacción.

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Nández Hoyos Subdirector Administrativo	Aprobó: María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	

Se cuenta con un proceso de orientación permanente al usuario que se caracteriza por la escucha asertiva para satisfacer las necesidades de información al usuario, logrando para el año 2022, orientación y direccionamiento a 6.638 usuarios, así:

 Reporte de Resolutividad punto de atención al usuario SIAU De: 01/01/2022 0:00:00 _ 31/12/2022 0:00:00		
N°	Motivo de Consulta	Cantidad
1.	Información general	3834
2.	Información de ubicación de instalaciones	1
3.	Realización tramites administrativos	1
4.	Solicitud de citas medicas	36
5.	Manifestaciones	10
6.	Horarios de atención	1
7.	Información sobre medicamentos	0
8.	Cirugías	0
9.	Orden de apoyo	0
10.	Pertinencia en la remisión a otro nivel	0
11.	Costos	0
12.	Trabajo Social	0
13.	Educación en Derechos y Deberes	3490
Total de Pacientes atendidos:		6638

De acuerdo con los datos arrojados por los canales de atención, durante la vigencia 2022, se recibieron mil doscientas ochenta y nueve manifestaciones, distribuidas así:

Tipo de Manifestación	Cantidad
Felicitaciones	585
Reclamo	567
Petición	75
Queja	32
Sugerencia	17
Derechos de Petición	13
Total general	1289

Fuente. Informe de PQRD HSLV 2022

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	Aprobó: María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	

Las principales causas de inconformidad:

Causas de Inconformidad	Cantidad	%
Accesibilidad	226	32%
Comunicación	165	23%
Oportunidad	134	19%
Confort	49	7%
Pertenencia	34	5%
Trato	33	5%
Continuidad	28	4%
Otro	18	3%
Seguridad	17	2%
Total general	704	100%

Fuente. Manifestaciones por Causa de inconformidad DGH

Los resultados reflejan que las felicitaciones en la vigencia 2022 representan un 45,4% del total de manifestaciones recibidas, esto aunado a los resultados de la encuesta de satisfacción del 97,8% que refleja un alto grado de satisfacción con los servicios recibidos.

Durante la vigencia 2022, se realizó la identificación de oportunidades de mejora, a partir de las manifestaciones de cara a los derechos posiblemente vulnerados y con el fin de disminuir las causas de las manifestaciones de inconformidad recibidas en la Institución se diseñó un plan de mejoramiento teniendo en cuenta las principales causas, implantando acciones de mejora a desarrollar en los procesos de atención y por cada uno de los colaboradores tanto asistenciales como administrativos para aumentar la satisfacción de los usuarios.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		
Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

OPORTUNIDAD DE MEJORA	Nº	ACCIONES DE MEJORA
Trato	1	Ejecutar la experiencia de bienestar
	2	Seguimiento a colaboradores que presentan mayor quejas respecto a trato
	3	Capacitación al cliente interno sobre buenas practicas en la atención
	4	Reconocimiento al proceso que tenga más felicitaciones
Comunicación	5	Ejecutar las rondas humanizadoras para mejorar el trato y comunicación asertiva
	6	Socializar Derechos y Deberes en Namtrik
	7	Realizar socializaciones al personal de la salud sobre la adecuada comunicación (acompañamiento reuniones de mejoramiento programada por los líderes)
Oportunidad	8	Ampliación de agendas para programación de cirugias programadas
	9	Entrega de listados de pacientes a las EAPB, para mitigar riesgo de cancelación de cirugias para la entrega de material de OTS
Accesibilidad	10	Ampliación de canales de llamada de 15 a 28 y 4 canales whatsapp

Las actividades planeadas para la estrategia de Servicio al Ciudadano:

Componente 4: Servicio al Ciudadano					
Subcomponente		Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1	Informe Semestral de resultados de la gestión de servicio al ciudadano	Indicadores de gestión	SIAU	31/07/2023 31/01/2024
	1.2	Presentar informes de PQRS en reunión de mejoramiento de II nivel.	Acta Informe	SIAU	28/04/2023 31/08/2023 30/11/2023
Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención	2.1	Autodiagnóstico frente a la accesibilidad y usabilidad de los canales de atención	Autodiagnóstico	Sistemas de Información	30/06/2023

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

Componente 4: Servicio al Ciudadano					
Subcomponente		Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente Talento humano	2.2	Actualización de los canales de atención virtuales	Canales de atención actualizados y en funcionamiento	Sistemas de Información	28/02/2023
	2.3	Medición y seguimiento a los resultados de los indicadores del desempeño por los diferentes canales de atención.	Informe semestral con los resultados del seguimiento y tendencia de los indicadores de desempeño de cada canal de atención.	Comunicaciones SIAU. Sistemas de información. Consulta Externa	3/07/2023 30/01/2024
	3.1	Fortalecer las competencias de los colaboradores en la humanización de la atención.	Informe de ejecución de capacitaciones y sensibilización en humanización.	Gestión del Talento Humano Humanización	29/12/2023
	3.2.	Reconocimiento del personal por proceso o subproceso más felicitado	Reconocimientos generados	SIAU Asociación de Usuarios Talento humano	30/04/2023 31/08/2023 31/10/2023
Subcomponente Normativo Procedimental	3.3.	Despliegue del plan de código de integridad.	Informe de código de integridad	Talento Humano	31/07/2023 31/12/2023
	3.4.	Realizar inducción y reinducción en Atención al ciudadano	80% de cobertura de inducción	SIAU Talento Humano Humanización	Fecha Inicio: 02/01/2023 Fecha Final: 29/12/2023
Subcomponente Normativo Procedimental	4.1	Elaboración periódica informes de PQRS para identificar oportunidades de mejora en la prestación de los servicios.	Elaborar y publicar los informes de PQRS trimestralmente.	SIAU Sistemas de Información.	30/04/2023 31/08/2023 31/10/2023
	4.2	Capacitar en derechos, protección de datos desde la humanización y normatividad vigente.	Personal capacitado	Talento Humano. Sistemas de Información.	29/12/2023

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		
Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		



Componente 4: Servicio al Ciudadano					
Subcomponente	Actividades		Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 5 Relacionamiento con el ciudadano	5.1	Caracterizar a los ciudadanos, usuarios y grupos de interés incluyendo mecanismos de información y comunicación de preferencia	Caracterización	SIAU Epidemiología y Estadística Comunicaciones	30/03/2023
	5.2	Educación al usuario en hábitos de vida saludable, prevención de Infecciones, IAMII y prevención de violencia de genero	3 jornadas de ilustración a la comunidad	Responsabilidad social SIAU Promoción y Mantenimiento de la salud	Fecha Inicio: 02/01/2023 Fecha Final: 29/12/2023
	5.3	Jornadas de promoción y mantenimiento de la salud en la comunidad	1 jornada en la comunidad	Responsabilidad social SIAU Promoción y Mantenimiento de la Salud	Fecha Inicio: 02/01/2023 Fecha Final: 29/12/2023
	5.4	Participación de la comunidad en la formulación de la planeación institucional y del mejoramiento prospectivo	Participación comunitaria en la planeación	Oficina Asesora de Planeación Responsabilidad Social	Fecha Inicio: 02/01/2023 Fecha Final: 29/12/2023

5.5 Quinto componente: mecanismos para la transparencia y acceso a la información

El hospital cuenta con una política de transparencia (SLV-G-40) en la que se establecen las líneas de acción para garantizar el derecho fundamental de acceso a la información de manera oportuna a la ciudadanía para conocer la estructura, gestión y planeación del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., y así, acceder eficientemente a los trámites y servicios, ejercer el control social y participar a través de la cocreación en la gestión del Hospital.

Para garantizar el acceso a la información establecida en la Ley 1712 de 2014 "Ley de transparencia y acceso a la información pública", se ha dispuesto en la página web un sitio de "transparencia y acceso a la información" al que se puede acceder en <https://www.hosusana.gov.co/hslv/non-knowledgebase/transparencia/>.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		
Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL Susana López de Valencia E.S.E.	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	Plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAAC Hospital Susana López de Valencia E.S.E.			Página 49 de 51	Código: SLV-GC-59
				Versión: 4	SLV-GC-01-F01

Las actividades a desarrollar en este componente, se describen a continuación:

Componente 5: Transparencia y Acceso a la Información					
Subcomponente		Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	1.1	Actualización permanente de la información mínima obligatoria (estructura, procedimientos, servicios y funcionamiento).	Portal Web actualizado permanentemente.	Subdirección Administrativa Subdirección Científica Sistemas de información.	Trimestral
	1.2	Revisar y divulgar el conjunto de datos abiertos	Datos abiertos publicado	Sistemas de Información	29/01/2023
	1.3	Publicación de la contratación	Publicación de los procesos contractuales establecidos en la vigencia	Oficina Asesora Jurídica Sistemas de información	Permanente
Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1	Medición de oportunidad de la respuesta a solicitudes de información	Informe	Oficina Asesora Jurídica SIAU	30/04/2023 31/08/2023 31/10/2023
Subcomponente 3 Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	3.1	Actualizar el inventario de activos de información.	Inventario de Activos de Información actualizado	Sistemas de Información Gestión Documental	30/03/2023
	3.2	Actualizar el índice de información clasificada y reservada	Índice de Información clasificada y reservada actualizada y publicada en el portal Web	Gestión Documental Sistemas de Información.	30/03/2023
Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	4.1	Diseñar, implementar y divulgar información en formatos alternativos aplicando infografía en lenguajes comprensibles, para facilitar acceso a niños y poblaciones étnicas	Facilitar información en formatos alternativos, cuando sean requeridos por los usuarios	Comunicaciones	Permanente

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Nãñez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022 Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

Componente 5: Transparencia y Acceso a la Información					
Subcomponente		Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
	4.2	Mantener los traductores a otras lenguas indígenas	Traductor a lenguas nativas	Subdirección Científica Gestión Clínica	Permanente
Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.1	Elaborar informe de solicitudes de acceso a información que contenga: 1. El número de solicitudes recibidas. 2. El número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución. 3. El tiempo de respuesta a cada solicitud.	Un (1) informe semestral elaborado y publicado en portal Web	SIAU Oficina Asesora Jurídica Sistemas de información	30/06/2023 31/12/2023

5.6 Sexto componente: iniciativas adicionales

Frente a este sexto componente, estará dirigido al fortalecimiento de la cultura organizacional y el manejo de conflicto de intereses como eje central de la calidad, transparencia y humanización de la prestación de los servicios.

Las actividades a desarrollar en este componente, se describen a continuación:

Componente 6: Iniciativas Adicionales					
Subcomponente		Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Iniciativas adicionales	1.1	Definir y ejecutar el Plan de trabajo del Código de integridad	Informe semestral del desarrollo del Plan de gestión del código de integridad	Gestión de Talento Humano	30/06/2023 29/12/2023
	1.3	Reconocimiento del personal por la aplicación del código de integridad	Reconocimientos entregados	Gestión de Talento Humano	29/12/2023
	1.3	Medición y ejecución de acciones para el	1. Informe semestral sobre la implementación	Gestión de Talento Humano	1. 30/06/2023 29/12/2023

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Jorge Javier Ñañez Hoyos Subdirector Administrativo	María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica
Edgar Eduardo Villa Gerente		
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		
Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.		

Componente 6: Iniciativas Adicionales					
Subcomponente	Actividades		Meta o producto	Responsable	Fecha programada
		fortalecimiento de la cultura organizacional	del plan de cultura organizacional		
			2. Informe de resultados de medición de la percepción de la cultura organizacional		2. 29/12/2022
	1.4	Plan de fortalecimiento y cumplimiento de acciones definidas en el clima organizacional	Informe semestral sobre clima organizacional, inducción a personal de la institución	Gestión de Talento Humano	30/06/2023 29/12/2023
	1.5	Capacitar a los procesos en conflicto de intereses	Cobertura del 80% del personal objetivo	Gestión de Talento Humano	30/06/2023 29/12/2023
	1.6	Desarrollar estrategia de gestión de conflictos de intereses	Mecanismo implementado	Oficina Jurídica Gestión de Talento Humano	Permanente

Este plan fue revisado y actualizado mediante las solicitudes de cada proceso, documento final consolidado enero de 2023.

Elaboró: Viviana Chávez Muñoz Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó: Jorge Javier Nández Hoyos Subdirector Administrativo	Aprobó: María del Carmen Agredo Guerrero Subdirectora Científica	Edgar Eduardo Villa Gerente
Fecha de aprobación: 29 de enero de 2022		Vigencia: Por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o de proceso.	