



Guachavés
CENTRO DE SALUD E.S.E.

Nit: 900129891-6

**PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO –
PAAC 2022.**

**CENTRO DE SALUD DE GUACHAVES E.S.E
SANTACRUZ - NARIÑO**



HENRY HERNÁN BARCO RAMOS

Gerente.

PERIODO 2020 -2023

Barrio Olaya Herrera - Guachavés

<https://www.esguachaves.gov.co> - Email: esguachaves@gmail.com

Cel: 3218005668 - 3113761965



JUNTA DIRECTIVA

MARIO FREDY ANAMA DIAZ

ALCALDE

CLAUDIA MILENA RIOS RIVERA

DIRECTORA LOCAL DE SALUD

HENRY HERNAN BARCO RAMOS

GERENTE

DIANA MARISETH CHITAN ANAMA

SUBGERENTE

JOSE LUIS GONZAGA CARANGUAY QUENORAN

REPRESENTANTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS

JUAN SEBASTIAN ARTEAGA COBO

REPRESENTANTE DEL SECTOR CIENTIFICO



Guachavés
CENTRO DE SALUD E.S.E.

Nit: 900129891-6

EQUIPO DE TRABAJO

HENRY HERNAN BARCO RAMOS

GERENTE

DIANA MARISETH CHITAN ANAMA

SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

LESBIA MARCELA CALDERON ARTEAGA

SUBGERENTE CIENTIFICA



TABLA DE CONTENIDO.

PRESENTACIÓN	-
INTRODUCCIÓN	-
1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA INSTITUCIÓN	10
1.1. MISIÓN.....	10
1.2. VISION.....	10
1.3. POLÍTICA DE CALIDAD.....	10
1.4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	10
1.5. ESTRATEGIA GLOBAL EMPRESARIAL.....	11
1.6. VALORES Y PRINCIPIOS CORPORATIVOS.....	11
1.7. MAPA DE PROCESOS.	13
2. METODOLOGÍA	14
2.1. COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO.	14
3. OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA ESE GUACHAVES EN MATERIA DE TRANSPARENCIA, ANTICORRUPCIÓN Y LEGITIMIDAD DE LO PÚBLICO	15
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	15
4. ALCANCE	15
5. COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	16
5.1. Primer componente: gestión del riesgo de corrupción – mapa de riesgos de corrupción..	16
5.1.1. Gestión Del Riesgo De Corrupción – Mapa De Riesgos De Corrupción.	16
5.1.2. Metodología Para La Gestión Del Riesgo De Corrupción	17
5.1.3. Diagnóstico Del Estado Del Componente Gestión Del Riesgo De Corrupción.....	18
5.1.4. Probabilidad de materialización de los riesgos de corrupción.	19
5.1.5. Administración De Riesgos De Corrupción.....	26
5.1.6. Formulación estratégica gestión del riesgo de corrupción.....	27
5.1.7. Seguimiento de los riesgos de corrupción – mapa de riesgos de corrupción.....	28
5.2. Segundo componente: racionalización de tramites.	42
5.2.1. Racionalización De Trámites.....	42
5.2.2. Lineamientos Generales.....	42
5.2.3. Racionalización De Trámites	42



5.2.4.	Beneficios De La Implementación De Las Fases De Racionalización De Trámites	42
5.2.5.	Experiencias Exitosas En Materia De Racionalización De Trámites	43
5.2.6.	Diagnostico del estado del componente racionalización de tramites.....	43
5.2.7.	Formulación estrategia racionalización de tramites.	45
5.3.	Tercer componente: rendición de cuentas.	47
5.3.1.	Rendición De Cuentas.	47
5.3.2.	Objetivo General.	47
5.3.3.	Objetivos Específicos.	47
5.3.4.	Planeación.....	47
5.3.5.	Diagnóstico Del Estado Del Componente Rendición De Cuentas	48
5.3.6.	estrategia de rendición de cuentas.	50
5.3.7.	Convocatoria	52
5.3.8.	Desarrollo De La Audiencia Pública.	52
5.4.	Cuarto componente: mecanismos para mejorar la atención AL CIUDADANO.	54
5.4.1.	Mecanismos Para Mejorar La Atención Al Ciudadano.	54
5.4.2.	Medición De La Satisfacción Del Usuario En Relación Con Los Trámites Y Servicios Que Presta La Ese GUACHAVES.	54
5.4.3.	Identificación De Necesidades, Expectativas E Intereses Del Ciudadano Para Gestionar La Atención Adecuada Y Oportuna.	54
5.4.4.	Afianzar La Cultura De Servicio Al Ciudadano En Los Servidores Públicos.	55
5.5.	Quinto componente: mecanismos para la transparencia y acceso a la información.....	55
5.5.1.	Mecanismos Para La Transparencia Y Acceso A La Información.....	55
5.5.2.	Lineamientos Especiales.	55
5.5.3.	Lineamientos de Transparencia Activa.	57
5.5.4.	Lineamientos de Transparencia Pasiva.	58
5.5.5.	Monitoreo del Acceso a la Información Pública.....	59
5.6.	Sexto componente: iniciativas adicionales.	60
5.6.1.	Iniciativas Adicionales.....	60
5.6.2.	Código De Integridad.	60
5.6.3.	Legalidad.....	61
5.6.4.	Diagnóstico Del Estado Del Componente Estrategia De Iniciativas Adicionales.....	61
5.6.5.	Formulación Estrategia De Iniciativas Adicionales.	62
5.6.6.	Seguimiento Al Plan Anticorrupción Y De Atención Al Ciudadano.....	62



5.6.7. Formatos De Seguimiento Al Plan Anticorrupción Y De Atención Al Ciudadano.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	65



PRESENTACIÓN.

El Centro de Salud E.S.E. Guachavés, al servicio de la comunidad y de todos los que requieran atención en salud, fomentando la atención humanizada, la legalidad y transparencia en todas sus actuaciones y el uso racional y eficiente de los recursos de la Entidad, con el fin de lograr los objetivos y metas definidas en los Planes y Proyectos Institucionales, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y la normatividad vigente.

La formulación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PACC, del Centro de Salud E.S.E. Guachavés, da continuidad a las acciones que trabajando desde 2022 de acuerdo a la metodología definida por el DAFT en el documento “Estrategias para la construcción del PAAC-Versión 2 del 2015” bajo cinco (5) componentes autónomos e independientes cuyo eje principal busca combatir la corrupción con estrategias que apunten al cumplimiento del Estatuto Anticorrupción, Ley 1474 de 2011.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la Secretaría de Transparencia, en coordinación con las Direcciones de Control Interno y Racionalización de Trámites y del Empleo Público de Función Pública y del Programa Nacional del Servicio al Ciudadano del DNP han establecido una metodología para elaborar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) que contempla como uno de sus elementos centrales la estrategia de lucha contra la corrupción y que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal anualmente.

Dicha estrategia tiene continuidad con el nuevo modelo de Planeación y Gestión MIPG establecido mediante el Decreto 1499 de 2017 y su manual operativo, y en el cual se señala que el PAAC debe contener la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, la cual es de carácter preventivo para el control de la gestión, integrado por componentes independientes que cuentan con parámetros y un soporte normativo propio, y se desarrollan en detalle en las dimensiones de Control Interno, Gestión con Valores para resultados (Relación Estado Ciudadano) e Información y Comunicación. Dichos componentes son:

Dimensión: Control Interno - Gestión del Riesgo de Corrupción (Mapa de Riesgos de Corrupción y medidas para su mitigación).

Dimensión: Gestión con Valores para Resultados (Relación Estado Ciudadano) - Racionalización de trámites -Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano -Rendición de cuentas.

Dimensión: Información y Comunicación Mecanismos para la transparencia y acceso a la información.

Se adoptó la herramienta “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano” como un instrumento de tipo preventivo, para el control de la gestión, que incluye seis componentes:



El Primer Componente Gestión Del Riesgo De Corrupción – Mapa De Riesgos De Corrupción: se basa en la Gestión del Riesgo de Corrupción y la construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción, donde cada área elabora su mapa de riesgos de corrupción y estructura medidas para controlar y evitar los riesgos.

El Segundo Componente Racionalización De Tramites: se definen los parámetros generales para la racionalización de trámites, que faciliten el acceso a los servicios que brinda el Centro de Salud y le permitan a la entidad simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar los tramites existentes acercando a nuestro usuario a los servicios que presta el Centro de Salud ESE GUACHAVES, mediante la modernización y el aumento de la eficiencia de sus procedimientos.

El Tercer Componente Rendición De Cuentas: expresión del control social que comprende acciones de petición de información, dialogo e incentivos. Busca la adopción de un proceso transversal permanente y busca crear un ambiente de empoderamiento de lo público y de corresponsabilidad con la sociedad civil, de esta forma se beneficia la transparencia en el accionar del Centro de Salud.

El Cuarto Componente Mecanismos Para Mejorar La Atención Al Ciudadano: se abordan los mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano, indicando la secuencia de actividades que se desarrollarán al interior del Centro de Salud para mejorar la calidad y accesibilidad de los trámites y servicios que se ofrecen a los usuarios Esta estrategia es coordinada por la Oficina de Atención al Usuario.

El Quinto Componente Mecanismos Para La Transparencia Y Acceso A La Información: se establecen los mecanismos para mejorar la transparencia y acceso a la información este componente recoge los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de acceso a la información pública, según el cual toda persona puede acceder a la información pública en posesión o bajo control de los sujetos obligados por la ley, excepto la información y los documentos considerados como legalmente reservados.

El Sexto Componente Iniciativas Adicionales: se refiere a las iniciativas particulares del Centro de Salud que contribuyen a combatir y prevenir la corrupción y debemos hacer énfasis en nuestro código de ética donde se establecen parámetros de comportamiento de los empleados públicos de nuestra Institución.

Así mismo, en cumplimiento del artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, se establecen los estándares que debe tener la dependencia encargada de gestionar las peticiones, quejas, sugerencias y reclamos en la ESE GUACHAVES.

HENRY HERMAN BARCO RAMOS
GERENTE E.S.E. GUACHAVES

Barrio Olaya Herrera - Guachavés

<https://www.eseguachaves.gov.co> - Email: eseguachaves@gmail.com

Cel: 3218005668 - 3113761965



INTRODUCCIÓN.

Para el año 2022 el plan Anticorrupción y de atención al Ciudadano debe de publicarse en el enlace de “Transparencia y acceso a la información” del sitio web de cada entidad, a más tardar el 31 de enero de 2022, el cual, de acuerdo con la nueva metodología, debe desarrollar como mínimo los siguientes componentes:

- ✓ El mapa de riesgos de corrupción y las medidas concretas para mitigarlos.
- ✓ La estrategia antitramites.
- ✓ La estrategia de rendición de cuentas a los ciudadanos.
- ✓ Los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano
- ✓ Los mecanismos para promover la transparencia y el acceso a la información.

El Estatuto Anticorrupción se concibe como la estrategia que la ESE GUACHAVES del Municipio de Santacruz - Nariño adopta para la lucha contra la corrupción y la atención al usuario, cuyo objetivo es prevenir situaciones que se puedan presentar en el quehacer diario de cada funcionario.

La corrupción es entendida como: “El uso ilegítimo del poder público para el beneficio privado”. “Todo uso ilegal o no ético de la actividad gubernamental como consecuencia de consideraciones de beneficio personal o político”. También se define como “el uso arbitrario del poder”. La corrupción comprende las conductas indebidas de los servidores públicos (soborno de funcionarios; malversación de bienes, tráfico de influencias, abuso de funciones, enriquecimiento ilícito), soborno en el sector privado, crimen organizado, blanqueo de dinero, transferencia de activos de origen ilícito, entre otros actos sancionados penalmente”.

Con base en lo anterior, la **ESE GUACHAVES**, se compromete con el apoyo del gobierno, los organismos de control y la comunidad, a la tarea de erradicar la corrupción, dando oportunidad a las nuevas disposiciones normativas y administrativas.

A través del plan anticorrupción el Centro de Salud se vincula en la implementación de herramientas que combatan o disminuyan los actos de corrupción en articulación con los diferentes comités de veeduría ciudadanos, los medios de comunicación para generar una cultura de transparencia basado en conocimiento y capacidades de un talento humano conocedor de los valores y la ética.

El equipo directivo gerencial y asistencial se compromete a través de este documento a inculcar en los funcionarios la cultura de autocontrol y lucha contra la corrupción teniendo como referente los principios y valores éticos.



1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA INSTITUCIÓN.

1.1. MISIÓN.

En el Centro de Salud Guachaves E.S.E contribuimos al bienestar y condiciones de salud de nuestros usuarios, a través de la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad, haciendo énfasis en la promoción y el mantenimiento de la salud, en pro de la satisfacción de los usuarios y sus familias mediante la atención humanizada y el mejoramiento continuo.

1.2. VISION.

La mejor formación profesional, la innovación en los servicios y las mejores condiciones de servicio al cliente nos permiten transformar la situación de salud de nuestra población de Santacruz, siendo una de las mejores instituciones de baja complejidad en la atención primaria de salud del departamento de Nariño.

1.3. POLÍTICA DE CALIDAD

La satisfacción de los usuarios es el objetivo central de todos nuestros propósitos, y para alcanzarlo nos esforzamos en brindar la mejor calidad de atención, centrada en el respeto, el compromiso y la ética profesional; valores que se han venido convirtiendo en nuestra cultura de servicio.

1.4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Fortalecer la capacidad institucional y el desarrollo organizacional.
2. Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social del Estado Centro de Salud Guachaves.
3. Trabajar continuamente en los procesos de mejoramiento de la calidad buscando la satisfacción de los clientes internos y externos.
4. Defender los intereses de la Empresa en el ámbito legal y proteger su patrimonio.
5. Garantizar al usuario los mecanismos de comunicación efectiva durante el ciclo de atención que le permitan expresar sus necesidades y expectativas frente a la prestación de los servicios.



6. Proveer a los clientes internos de mecanismos y procedimientos destinados a prevenir, proteger y atender los eventos en salud derivados de la actividad laboral que desempeñan en la ESE.
7. Incorporar a las acciones de atención clínica estándares de calidad que garanticen la seguridad del paciente y la satisfacción de los usuarios durante el desarrollo de los procesos de la institución.
8. Fortalecer el proceso contractual.

1.5. ESTRATEGIA GLOBAL EMPRESARIAL

“Prestación de servicios de salud de primer nivel de atención de alta calidad, con enfoque de atención primaria en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad a toda la población del Municipio y área de influencia, con productos innovadores y adaptados a los permanentes cambios de necesidades y expectativas de los usuarios, que nos posicionen a nivel regional y departamental, que garanticen la estabilidad y el desarrollo empresarial y del sector salud.

1.6. VALORES Y PRINCIPIOS CORPORATIVOS

➤ *Responsabilidad Social.*

Estamos comprometidos con la comunidad medio ambiente, competencia, colabores y sus familias.

➤ *Respeto a la dignidad humana.*

Garantizando hasta donde esté al alcance de la empresa, los derechos universales e irrenunciables de la persona y comunidad para mejorar la calidad de vida y el desarrollo individual y social, de conformidad con la dignidad que deba reconocerse a todo ser humano y los recursos disponibles por la institución.

➤ *Solidaridad.*

Ampliando la cobertura con servicios de salud, a las personas de nuestra área de influencia con mayores limitaciones de acceso.

➤ *Universalidad.*



Atendiendo a todas las personas que soliciten nuestros servicios, sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida, de conformidad con las disposiciones legales y los recursos disponibles.

➤ *Integralidad.*

Brindando atención continua y oportuna a las familias y a las personas, en su contexto bio – psico-social, con servicios de óptima calidad, humana, científica y técnica, en el marco de los servicios que constituyen nuestro portafolio.

➤ *Eficiencia.*

Buscando la mejor aplicación del talento humano y de los recursos administrativos, tecnológicos y financieros disponibles, con criterios de rentabilidad social y económica.

➤ *Eficacia*

Garantizando, en la medida en que nuestras condiciones nos lo permitan, la solución de aquellos problemas de salud de la población usuaria que correspondan a sus principales necesidades y expectativas.

➤ *Calidad.*

Buscando mejorar permanentemente nuestros patrones predefinido para caracterizar la gestión y los servicios.

➤ *Equidad.*

Atendiendo a las personas y grupos de población expuestos a mayores riesgos para su salud, con el fin de brindarles aquella protección.

➤ *Sentido de Pertenencia.*

Asumimos como propio el trabajo de la organización.

➤ *Respeto.*

Reconocemos y toleramos las creencias, actuaciones, sentimientos y motivos de las personas.

➤ *Amabilidad.*



Brindamos un trato cordial y cálido a las personas.

- *Honestidad.*

Actuamos coherentemente con nuestros valores y principios.

- *Responsabilidad.*

Hacemos lo que debemos según lo establecido en la norma.

- *Solidaridad.*

Practicamos la ayuda mutua, interesándonos y contribuyendo a la solución de las necesidades del otro.

1.7. MAPA DE PROCESOS.

A continuación, se exponen los distintos procesos de la ESE Centro de salud GUACHAVES en el mapa de procesos de la ESE y su posterior correlación con los estándares de acreditación, que serán los autoevaluables por parte de la entidad.





2. METODOLOGÍA.

La metodología utilizada para la formulación de este Plan, consistió en desarrollarlo teniendo en cuenta como guías los documentos “ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO” Versión 2 de 2015 y la GUÍA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN DEL AÑO 2015, incorporando en cada componente la situación que la ESE GUACHAVES presenta, proponiendo luego las acciones que se adelantarán para el logro de los Objetivos.

El presente Plan Cuenta con 5 componentes autónomos e independientes que contiene parámetros y soporte normativo.

2.1. COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO.





Consecuente con lo anterior y en cumplimiento al Decreto 124 de 2016, se presenta el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE GUACHAVES para la vigencia 2022.

3. OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA ESE GUACHAVES EN MATERIA DE TRANSPARENCIA, ANTICORRUPCIÓN Y LEGITIMIDAD DE LO PÚBLICO.

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Prestar servicios de salud a la población del Municipio de Santacruz con el cumplimiento de los requisitos normativos y de calidad para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y que contribuyen al mejoramiento del estado de salud.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✓ Contribuir al cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio.
- ✓ Brindar la atención en salud bajo criterios de calidad y humanización del servicio, en todo el territorio del municipio de Santacruz.
- ✓ Garantizar la operatividad, sostenibilidad financiera y social, con un modelo de atención basado en atención primaria en salud con un enfoque diferencial y preferente.
- ✓ Gestionar los procesos asistenciales, administrativos y financieros que propendan por el cumplimiento de los indicadores de la resolución 710 de 2012.

4. ALCANCE

Las medidas, acciones y mecanismos contenidas en el Plan Anticorrupción y atención al Ciudadano, deberán ser aplicadas (desplegadas) por todas las dependencias de la ESE GUACHAVES, en cumplimiento de las políticas establecidas por el Gobierno Nacional y el Plan de Desarrollo Institucional.



5. COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

- ✓ Gestión del riesgo de corrupción – mapa de riesgos de corrupción.
- ✓ Racionalización de trámites.
- ✓ Rendición de cuentas.
- ✓ Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
- ✓ Mecanismos para la transparencia y acceso a la información.
- ✓ Iniciativas adicionales.

5.1. PRIMER COMPONENTE: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

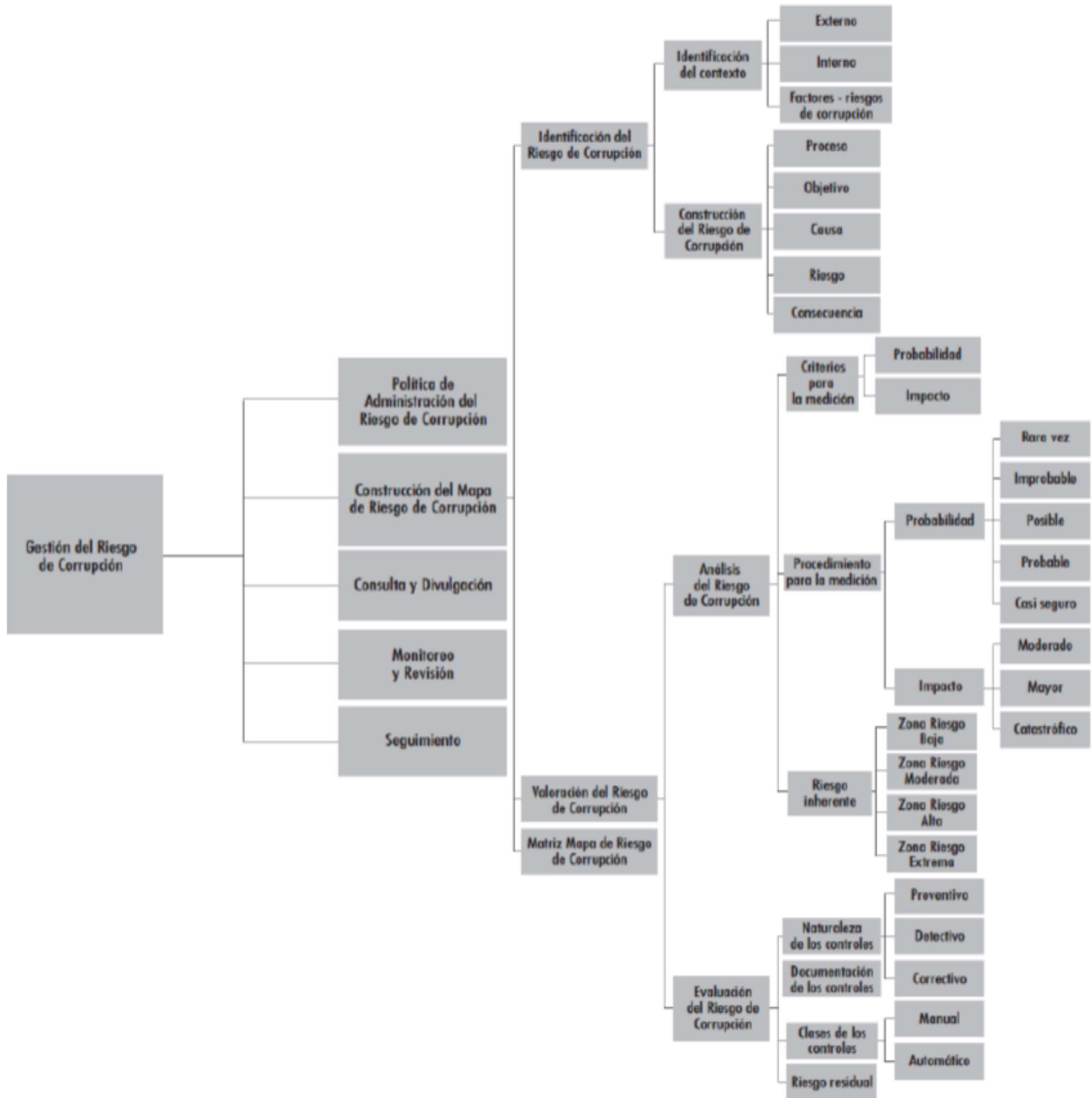
5.1.1. Gestión Del Riesgo De Corrupción – Mapa De Riesgos De Corrupción.

Instrumento que le permite a la ESE GUACHAVES identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción, tanto internos como externos. El referente para la construcción de la metodología del Mapa de Riesgos de Corrupción, lo constituye la Guía de Función Pública; sin embargo, la metodología se aparta de dicha Guía en algunos de sus elementos.

En concordancia con la **cultura del autocontrol**, al interior de la ESE GUACHAVES y los líderes de los procesos junto con su equipo permanentemente realizarán monitoreo y evaluación del mapa.



5.1.2. Metodología Para La Gestión Del Riesgo De Corrupción





5.1.3. Diagnóstico Del Estado Del Componente Gestión Del Riesgo De Corrupción.

ELEMENTOS DE DISGNOSTICO	CLASIFICACION DEBILIDAD/FORTALEZA	OBSERVACION
Política de Gestión del Riesgo	Debilidad	La política de gestión del riesgo se encuentra documentada, mas no se ha implementado.
Construcción del Mapa de Riesgos de Gestión y de Corrupción (Consolidado)	Fortaleza	Nos encontramos en proceso de construcción.
Identificación de Riesgos de Gestión y de Corrupción	debilidad	En proceso
Identificación del Contexto de los factores externo e internos que afectan positiva o negativamente el cumplimiento de la Misión y de los Objetivos de la E.S.E.	debilidad	Sin identificar
Mapa de Riesgos Consolidado construido, socializado y publicado.	debilidad	Sin consolidad, en proceso de construcción
Monitoreo y revisión periódica	Debilidad	No se está monitoreando permanentemente todos los procesos asistenciales a través del PAMEC, no se cuenta con jefe de control interno en propiedad para que monitoree de manera regular todos los procesos administrativos y financieros
Garantía de los Controles y aprendizaje institucional de la Gestión de Riesgo.	Debilidad	El personal de la E.S.E. no se encuentra sensibilizado frente al manejo eficiente de los recursos en beneficio de los clientes internos y externos y de garantizar la sostenibilidad financiera y misional de la entidad
Seguimiento del Mapa Anticorrupción por Servidores Públicos de la E.S.E. y la Auditoría por la Oficina de Control Interno buscan evitar y reducir los Riesgos de Corrupción.	debilidad	No se encuentra nombrado el personal que ejerza las funciones de control interno
Sensibilización ciudadana hacia el cumplimiento de los deberes como usuario o paciente y hacia el uso racional de los servicios de salud	Debilidad	La comunidad no propende por cuidar los recursos de salud



5.1.4. Probabilidad de materialización de los riesgos de corrupción.

MATRIZ DE CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA AL RIESGO					
RIESGOS ESTRATÉGICOS	PROBABILIDAD		IMPACTO	CALIFICACIÓN	ZONA DE RIESGO / ESTRATEGIA
	Posible (2)	Casi seguro (3)	Único (20)		
GERENCIA					
Desviación de los objetivos hacia los propósitos institucionales	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Desconocimiento de la norma disciplinaria aplicable a los funcionarios públicos	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Ejecución de actividades, procesos y procedimientos que no estén acordes con el perfil del funcionario	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Posible actuación que vaya en contra del cumplimiento del objeto social de la E.S.E.	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Ocultar a la ciudadanía información que es de su interés	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
SIAU					
Omisión en la divulgación de PQRS y la respuesta de las mismas		3	20	60	60 zona de riesgo Inaceptable. Evitar el riesgo Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES



MATRIZ DE CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA AL RIESGO					
RIESGOS ESTRATÉGICOS	PROBABILIDAD		IMPACTO	CALIFICACIÓN	ZONA DE RIESGO / ESTRATEGIA
	Posible (2)	Casi seguro (3)	Único (20)		
Falsificación de la información reportada en el informe de gestión mensual del SIAU		3	20	60	60 zona de riesgo Inaceptable. Evitar el riesgo Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Exigencias de dadas al usuario para brindarle Información o prestarle servicios.	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Realización de encuestas de satisfacción con sesgos de información.		3	20	60	60 zona de riesgo Inaceptable. Evitar el riesgo Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Incumplimiento en la normatividad en la Conformación y operación de la Asociación de usuarios.		3	20	60	60 zona de riesgo Inaceptable. Evitar el riesgo Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Ocultar ante los entes de control y la ciudadanía el informe de satisfacción de los usuarios.	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Extralimitación de las funciones	2		20	60	60 zona de riesgo Inaceptable. Evitar el riesgo Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES



MATRIZ DE CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA AL RIESGO					
RIESGOS ESTRATÉGICOS	PROB ABILI	IMPACTO		CALIFICA CIÓN	ZONA DE RIESGO / ESTRATE GIA
	Posible (2)	Casi seguro (3)	Único (20)		
GESTIÓN FINANCIERA					
Priorización inadecuada en las obligaciones con terceros	3		20	60	60 zona de riesgo Inaceptable. Evitar el riesgo Prevenir el riesgo Proteger la ESE
Archivos contables con vacíos de información	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Afectar rubros que no corresponden con el objeto del gasto	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE
Destinación indebida de recursos	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Presiones indebidas	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Inconsistencias en el registro de los datos en el sistema que se refleja en mala calidad del dato	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Falta de legalidad en los procesos Institucionales	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES



MATRIZ DE CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA AL RIESGO					
RIESGOS ESTRATÉGICOS	PROB ABILI	IMPACTO		CALIFICA CIÓN	ZONA DE RIESGO / ESTRATE GIA
	Posible (2)	Casi seguro (3)	Único (20)		
Falta de controles en la recepción de las facturas	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Informar inoportunamente al área contable	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Apropiación de dineros públicos por falta de control en el Software	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
FARMACIA					
Comunidad Centro de Salud sin participación efectiva en los procesos institucionales.		3	20	60	60 zona de riesgo Inaceptable. Evitar el riesgo Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Adquisición y compra de productos en cantidades mayores a los stocks establecidos según el tiempo, el espacio y el consumo	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
No cumplimiento de selección de medicamentos y dispositivos médicos, basado en criterios primero técnicos científicos, calidad, seguridad, eficacia y desempeño antes que económicos y administrativos.	2		20	40	40 zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES



MATRIZ DE CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA AL RIESGO					
RIESGOS ESTRATÉGICOS	PROBABILIDAD		IMPACTO	CIÓN	ZONA DE RIESGO / ESTRATEGIA
	Posible (2)	Casi seguro (3)	Único (20)		
CONTRATACIÓN					
Expresión de necesidades no requeridas por el Centro de Salud	2		20	40	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
• Deficiencia técnica en la Elaboración de estudios previos.	2		20	40	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Incumplimiento de requisitos exigidos para la celebración del contrato	2		20	40	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Ejecución de actividades asistenciales y administrativas sin respaldo contractual	2		20	40	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Aplicación de un procedimiento de selección observando el manual de contratación	2		20	40	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Interventoría y/o supervisión deficitaria	2		20	40	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Demora en la firma de documentos que hacen parte del proceso de contratación	2		20	40	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES



MATRIZ DE CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA AL RIESGO					
RIESGOS ESTRATÉGICOS	PROBABILIDAD		IMPACTO	CIÓN	ZONA DE RIESGO / ESTRATEGIA
	Posible (2)	Casi seguro (3)	Único (20)		
GESTIÓN JURÍDICA					
• Emitir conceptos sin respaldo técnico para favorecer una conciliación prejudicial o un mayor reconocimiento	2		20	4 0	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
• Vencimiento de términos en actuaciones judiciales (contestación e interposición de recursos) o administrativas	2		20	4 0	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
• Omitir la presentación de prueba fundamental para la exclusión de la responsabilidad institucional	2		20	4 0	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
• términos legales para dar respuesta a derechos de petición y autoridades administrativas	2		20	4 0	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
• Violación de los requisitos para la vinculación del personal previstos en el manual de función	2		20	4 0	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
• Violación de régimen de inhabilidades e incompatibilidades	2		20	4 0	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
• Expedición irregular de Actos Administrativos	2		20	4 0	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES



MATRIZ DE CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA AL RIESGO					
RIESGOS ESTRATÉGICOS	PROB ABILI	IMPACTO		CALIFICA CIÓN	ZONA DE RIESGO / ESTRATE GIA
	Posible (2)	Casi seguro (3)	Único (20)		
• Posible obstaculización o entramamiento de asuntos, trámites y/o procesos administrativos del Centro de Salud.	2		20	40	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
• Emisión de conceptos no ajustados a derechos	2		20	40	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
CONSULTA EXTERNA					
Comunidad Centro de Salud sin participación efectiva en los procesos institucionales.	2		20	40	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE
Omitir o plasmar información no fidedigna en la historia clínica para beneficio del médico o del paciente.	2		20	40	60 Zona de riesgo inaceptable Evitar el riesgo Prevenir el riesgo Proteger la ESE
Omisión de información en contra del paciente y a favor del funcionario	2		20	40	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Errores en el diligenciamiento de los datos de estadísticas vitales para beneficios de la institución o personales.	2		20	40	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES
Fallas en la distribución de turnos	2		20	40	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la ESE GUACHAVES



5.1.5. Administración De Riesgos De Corrupción

La ESE GUACHAVES se compromete a administrar los riesgos de corrupción institucionales, determinando las posibles causas que puedan generarlos y de esta manera definir estrategias para evitar, prevenir, mitigar, compartir o transferir aquellos de mayor probabilidad de ocurrencia y que generan un efecto considerable en cuanto a costos y un impacto importante en los objetivos estratégicos de la institución. Además, se compromete a realizar un seguimiento y evaluación periódica a cada uno de los controles estipulados con el fin de eliminar los posibles actos de corrupción y proteger los recursos del estado.

Los funcionarios de la GUACHAVES, nos comprometemos a evitar los riesgos de corrupción y de este modo garantizar el debido cumplimiento de las normas y la misión institucional.



5.1.6. Formulación estratégica gestión del riesgo de corrupción.

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	INDICADORES	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA	
POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO	1.1.	Formular la política de administración de riesgos de la E.S.E. acorde con la plataforma estratégica institucional	Política de administración de riesgos de la E.S.E.	Política sin formular	Gerente E.S.E.	Mayo – Agosto 2022
	1.2.	Adoptar la política de administración de riesgos de la ESE GUACHAVES	Documento formal que establece la adopción de la política	Sin Resolución de adopción	Gerente E.S.E.	Mayo – Agosto 2022
CONSTRUCCION MAPA DE RIESGOS DE GESTION Y DE CORRUPCIÓN	2.1	Identificar el contexto de los factores externos e internos que afectan positiva o negativamente el cumplimiento de la Misión y los objetivos empresariales en cada proceso	Contexto definido en términos de las políticas y los procesos institucionales.	N° de procesos sin identificar los factores internos y externos que afectan positivamente el cumplimiento de la misión y los objetivos empresariales / Total de procesos de la E.S.E.	Gerente, líderes de procesos, jefe de control interno.	Mayo – Agosto 2022
	2.2	Identificar permanentemente los riesgos de Gestión y de Corrupción inherentes al desarrollo de la Misión y los objetivos empresariales	Mapa de Riesgos que contenga claramente todos los riesgos de Corrupción y de Gestión identificada.	Sin Mapa de riesgos de riesgos y de gestión con actualización anual o según necesidad	Gerente, líderes de procesos, jefe de control interno.	Mayo – Agosto 2022
	2.3.	Revisar aplicar metodología "guía para la gestión del riesgo de corrupción"	Mapa de riesgos acorde a la guía	Sin Mapa de riesgos ajustado a la metodología del DAFP	Gerente, líderes de procesos, jefe de control interno.	Mayo – Agosto 2022
CONSULTA Y DIVULGACION	3.1	Elaborar la Matriz de Riesgos de Corrupción	Matriz de Riesgos de Corrupción elaborada con los líderes de procesos.	Sin identificar procesos con matriz de riesgos de corrupción elaborada por el líder de proceso/ Total de procesos de la E.S.E.	Líderes de procesos, Jefe Oficina de Control Interno	Mayo – Agosto 2022
	3.2	Socializar y publicar el Mapa de Riesgos de la vigencia 2022.	Mapa de Riesgos publicado y socializado a los funcionarios de la E.S.E y a la comunidad en general	Sin mapa de riesgos No de observaciones recibidas por funcionarios o comunidad en general	Gerente, jefe de control interno.	Mayo 2022
	3.3.	Ajustar el mapa de riesgos con las observaciones	Mapa de riesgos ajustado con las observaciones recibidas	Sin Mapa de riesgos consolidado	Gerente, líderes de procesos, jefe de control interno.	Mayo 2022



SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES		META O PRODUCTO	INDICADORES	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA
MONITOREO Y REVISION	4.1	Monitorear y revisar periódicamente el Mapa de Riesgos de Corrupción y efectuar los ajustes cuando se requiera.	Mapa de Riesgos de Corrupción actualizado trimestralmente	Número de actualizaciones realizadas / Total de actualizaciones programadas	Gerente, líderes de procesos, jefe de control interno.	Primero y segundo semestre 2022
SEGUIMIENTO	5.1.	Realizar procesos de Auditoría Interna en los que se analice las causas de los riesgos de corrupción y la efectividad de los controles incorporados al Mapa de Riesgos de Corrupción.	Auditorías internas semestrales	Sin Número de auditorías realizadas/ sin No de auditorías programadas	Jefe Oficina de Control Interno	Primero y segundo semestre 2022

5.1.7. Seguimiento de los riesgos de corrupción – mapa de riesgos de corrupción.

El seguimiento al mapa de riesgos se hará tres (3) veces al año, esto es con corte a abril 30, agosto 31 y diciembre 31.



MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN																
ENTIDAD: ESE GUACHAVÉS SANTACRUZ - NARIÑO																
ITEM	Nombre del Riesgo	Causas - Agente Generador	Efectos - Consecuencias	Riesgo Inherente			Control	Medidas de Control	Riesgo Residual			Manejo	Acciones	Responsable	Seguimiento	Registro - Evidencia
				Probabilidad	Impacto	Nivel			Probabilidad	Impacto	Nivel					
1	Poca atención a las recomendaciones dadas por la oficina de Control Interno.	Las dependencias visitadas pueden hacer caso omiso a las recomendaciones dadas por la oficina de control interno.	*Se obstaculiza la labor encomendada a la oficina. *No cumplimiento a las recomendaciones para aplicar los correctivos de acuerdo con los procedimientos establecidos.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Oportuna informe a la gerencia sobre incumplimientos y/o resultados * Cumplimiento planes de mejoramiento	* Control Interno	* Permanente	* Planes de mejora
2	Poca asimilación a la información impartida.	Los funcionarios a los cuales se les ha dado información sobre el sistema de control interno no le dan la importancia que al mismo corresponde dentro de la gestión diaria.	*No se puede llegar a crear y fomentar la cultura del autocontrol, autorregulación y autogestión. *Poca importancia a la información solicitada por la oficina. *Poco interés en el mejoramiento continuo del sistema de control interno del área y su cargo.					* Controles existentes efectivos pero no documentados					* Fomentar cultura de autocontrol	*Control interno *Gerencia *Todo el personal	* Permanente	* Documentos MECI
3	Que no se puede constatar el funcionamiento del sistema del control interno en las diferentes dependencias.	La magnitud de las actividades en la institución, el número de áreas autónomas y el reducido número de funcionarios en la oficina de control interno. Hace difícil el cumplimiento de su plan.	*Que el sistema de control interno no responde a las expectativas de integración de las distintas dependencias de la entidad a partir del fomento de la cultura del autocontrol. *Trabajo descoordinado en las diferentes dependencias. *Evaluación poco confiable sobre el sistema de control interno.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Fortalecimiento de la oficina de control interno. *Coordinar con las diferentes áreas la socialización de las decisiones. *Velar por el cumplimiento cabal de los planes y programas.	*Gerencia *Control interno *Todas las áreas	* Permanente	* Planes y programas
4	Incumplimiento en la entrega de informes.	Puede existir demora en la elaboración y presentación oportuna de los informes de resultado de gestión a la gerencia, dependencias visitadas y/o entes de control del orden territorial o nacional.	*Las recomendaciones urgentes no se aplican. *No se toma decisiones oportunas. *Resultan informes no confiables. *Establecimiento de sanciones disciplinarias y/o pecuniarias por parte de los entes de control.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Notificar e incentivar a las dependencias sobre la entrega de informes de manera confiable y oportuna	*Gerencia *Control interno *Todas las áreas	* Permanente	* Entrega de informes oportunamente



MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN																
ENTIDAD: ESE GUACHAVÉS SANTACRUZ – NARIÑO																
ITEM	Nombre del Riesgo	Causas - Agente Generador	Efectos - Consecuencias	Riesgo Inherente			Control	Medidas de Control	Riesgo Residual			Manejo	Acciones	Responsable	Seguimiento	Registro - Evidencia
				Probabilidad.	Impacto.	Nivel.			Probabilidad.	Impacto.	Nivel.					
5	Incumplimiento en las auditorías.	No realización de auditorías de calidad por parte del equipo de calidad.	*Sanciones disciplinarias. *No detección de falencias en los procesos de la ESE.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Realización de auditorías.	* Gestión de calidad	* Permanente	* Auditorías realizadas
6	Falta de acciones de mejoramiento.	No aplicar las acciones correctivas a las oportunidades de mejora detectadas en las auditorías.	*Falta de seguimiento a las acciones correctivas. *Reiteración de falencias.					* Controles existentes efectivos y documentados,					* Levantar acciones correctivas	* Gestión de calidad	* Permanente	* Acciones de seguimiento
7	Desconocimiento de la normatividad.	No aplicación de la normatividad relacionada con la prestación de servicios de salud.	*Sanciones de los entes de control. *No encaminar los procesos correctamente.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Actualización constante de normas	* Gestión de calidad	* Permanente	* Aplicación de normatividad vigente
8	Sanciones de órganos de control.	Sanciones derivadas del incumplimiento de la normatividad aplicable.	Pérdida económica de la ESE.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Revisión permanente de la normatividad	* Gestión de calidad	* Permanente	* Normatividad actualizada en el Centro de Salud
9	Incumplimiento de la misión de la institución.	Incumplimiento de los procesos misionales y de apoyo de la ESE.	No lograr los objetivos y metas planeadas por el área y la ESE.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Capacitación constante * Talento Humano	* Gestión de calidad	* Permanente	* Capacitaciones realizadas
10	Insatisfacción del usuario.	Insatisfacción, quejas y reclamos realizadas por los usuarios debido a fallas en el cumplimiento del modelo de atención.	*Problemas y glosas con las EPS. *Retiro de contrato con alguna EPS					* Controles existentes efectivos y documentados					* Auditorías de calidad permanente *Seguimiento al modelo de atención de la ESE	* Gestión de calidad	* Permanente	* Auditorías * Planes de mejoramiento
11	No contribuir a mejorar la competencia y excelencia técnica en la atención de salud.	*No contratar con las EPS. *Mala Imagen.	*Baja Facturación. *Retiro de los usuarios.					* Controles existentes efectivos pero no documentados					* Auditorías de calidad permanente *Seguimiento a planes de mejoramiento	* Gestión de calidad	* Permanente	* Auditorías * Planes de mejoramiento
12	Insatisfacción de los usuarios externos e internos por mala atención médico asistencial.	Reingresos constantes.	*Deterioro de la salud de los pacientes.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Seguimiento y acompañamiento en la atención en salud *Capacitación constante *Sensibilización constante	* Gestión de calidad	* Permanente	* Auditorías * Planes de mejoramiento *Capacitación y sensibilización



MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN																
ENTIDAD: ESE GUACHAVES SANTACRUZ - NARIÑO																
ITEM	Nombre del Riesgo	Causas - Agente Generador	Efectos - Consecuencias	Riesgo Inherente			Control	Medidas de Control	Riesgo Residual			Manejo	Acciones	Responsable	Seguimiento	Registro - Evidencia
				Probabilidad.	Impacto.	Nivel.			Probabilidad.	Impacto.	Nivel.					
13	No priorización de proyectos.	La carencia de un plan definido de las necesidades de la institución, no permite priorizar los proyectos que se necesitan adelantar.	<p>*Ejecución de proyectos que no generan valor agregado a la ESE.</p> <p>*Mala inversión de los recursos.</p> <p>*No participación en una financiación por parte de los organismos gubernamentales.</p> <p>*Pérdida de competitividad.</p>					* Controles existentes efectivos y documentados					<p>*Elaboración de plan de necesidades</p> <p>*Conformar banco de proyectos.</p>	* Gerencia	* Permanente	<p>* Plan de gestión</p> <p>* Plan de desarrollo</p>
14	Pérdida de gobernabilidad del Centro de Salud San Sebastián.	<p>*Desconocimiento normativo de funciones.</p> <p>*Falta de experiencia.</p> <p>*Miembros de junta con intereses personales.</p> <p>*Líderes políticos con intereses de manejo en la planta de personal y en la contratación.</p> <p>Politizar el centro de salud</p>	<p>*Pérdida de objetividad al momento de la toma de decisiones.</p> <p>*Pérdida de selección objetiva en el proceso de personal y contratación.</p> <p>*Presión indebida a la administración para obtener prebendas particulares.</p> <p>*Falta de consenso en la toma de decisiones estratégicas.</p> <p>*Demoras al momento de aprobar programas, proyectos.</p> <p>*No continuidad de los planes de gestión y desarrollo del Centro de Salud San Sebastián.</p> <p>*Pérdida de prestigio institucional.</p> <p>*Deterioro de las finanzas.</p>					* Controles existentes efectivos y documentados				<p>*Rendir informes a los directivos.</p> <p>*Continuar entregando la información solicitada de manera oportuna y proporcional a las organizaciones sociales, con el propósito que no se vaya a generar sanción alguna por parte de los organismos competentes.</p> <p>trabajar con independencia frente a la politización en salud para lograr un impacto positivo frente a la prestación del servicio y lograr calificar al personal que este dispuesto a trabajar con sentido de pertenencia</p>	* Gerencia	* Permanente	<p>* Reuniones de junta directiva</p> <p>* Rendición de cuentas</p>	



MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN																
ENTIDAD: ESE GUACHAVÉS SANTACRUZ – NARIÑO																
ITEM	Nombre del Riesgo	Causas - Agente Generador	Efectos - Consecuencias	Riesgo Inherente			Control	Medidas de Control	Riesgo Residual			Manejo	Acciones	Responsable	Seguimiento	Registro - Evidencia
				Probabilidad.	Impacto.	Nivel.			Probabilidad.	Impacto.	Nivel.					
15	Mal manejo del presupuesto de la ESE.	*Falta de control en el manejo de las actividades. *Desconocimiento del presupuesto. *Falta de planeación. *Falta de control al momento de ejecutar los ordenes presupuestales. *Desorden administrativo. *Falta de seguimiento a la ejecución presupuestal.	*Desorden administrativo. *Halazgos (Sanciones) de la Contraloría. *Pérdida de credibilidad ante la junta Directiva. *Incumplimiento del plan Gestión y de desarrollo. *Reprocesos presupuestales.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Control de actividades *Seguimiento y control al presupuesto *Planeación eficiente en los planes de gestión y de desarrollo	* Gerencia	* Permanente	* Plan de gestión * Plan de desarrollo * Ejecución presupuestal
16	Mal manejo de seguridad en los PC de la ESE.	*Falta de control en los backup a los equipos de cómputo. *Falta de aplicabilidad de protocolos de seguridad. *Personal externo mal intencionado.	*Pérdida o robo de información. *Mala utilización de la información.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Realización de backup *Manejo de información y documentación con autorización	* Gerencia * Sistemas	* Permanente	*Backup * Ausencia de acceso a archivos sin autorización
17	Retraso tecnológico del Centro de Salud.	Falta de presupuesto para nuevas adquisiciones tecnológicas (software y hardware).	*Falta de competitividad institucional. *Almacenamiento deficiente de la información. *Atrasos en los procesos.					*Controles existentes no efectivos					*Contemplar inversiones en proyectos de hardware y software * Viabilización de proyectos de mejoramiento por parte de la gerencia	*Gerencia * Gerencia Administrativa y financiera *Sistemas	* Permanente	* Actualización de programas de sistemas * Compra de equipos
18	Falta de mantenimiento de equipos.	Mal funcionamiento de los servidores de conexión que están instalados en el centro de cómputo.	*Suspensión de la operación de los servidores e interrupción del servicio de la red de datos del hospital.					* Controles existentes efectivos pero no documentados					* Realizar mantenimientos a todos los equipos de cómputo del Centro de Salud	* Sistemas	* Permanente	* Mantenimientos realizados
19	No realizar procesos de backups.	Descuido por parte del responsable.	Pérdida de información del Centro de Salud San Sebastián ESE.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Sensibilizar el proceso de backups a los funcionarios *Gerencia	* Sistemas *Gerencia	* Permanente	* Sensibilización



MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN																
ENTIDAD: ESE GUACHAVÉS SANTACRUZ – NARIÑO																
ITEM	Nombre del Riesgo	Causas - Agente Generador	Efectos - Consecuencias	Riesgo Inherente			Control	Medidas de Control	Riesgo Residual			Manejo	Acciones	Responsable	Seguimiento	Registro - Evidencia
				Probabilidad.	Impacto.	Nivel.			Probabilidad.	Impacto.	Nivel.					
20	Inadecuada selección de personal.	No cumplir con el rigor técnico y administrativo en los procesos de selección y vinculación del personal del Centro de Salud San Sebastián ESE.	*Influencia indebida de criterios y de intereses particulares en la selección de funcionarios. *Vinculación de personal sin el perfil requerido.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Contratar personal acorde al perfil requerido	* Gerencia	* Permanente	* Personal Vinculado
21	Falsedad en la documentación presentada.	Falta de la verificación de la autenticidad de los documentos presentados, por la persona que ha sido contratada y podrían existir documentos adulterados o falsos.	*Dar posesión a funcionarios sin requisitos para desempeñar cargos en el Centro de Salud San Sebastián ESE. *Problemas judiciales.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Verificación de documentos antes de hacer contrato	* Gerencia * Asesor jurídico	* Permanente	* Personal Vinculado
22	Perdida de documentos de la historia laboral.	Inseguridad en el área de las hojas de vida de los funcionarios que permita el fácil acceso y de particulares y la manipulación de estos documentos.	*Imposibilidad de expedir certificaciones internas y externas. *Sustracción de documentos. *Alteración de la información registrada. *deterioro de documentos.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Acceso restringido al área de archivo de las historias laborales *Acciones preventivas para la debida conservación de los documentos	* Gerencia * Secretaria	* Permanente	* Hojas de vida custodiadas
23	No atención oportuna a solicitudes de certificados laborales.	Sobrepasar el termino establecido para responder las solicitudes de funcionarios.	*Dificultad en la consecución de información. *Negligencia del funcionario responsable. *Problemas Judiciales, Tutelas, demandas.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Celendad en el tramite *Organizar el cronograma de trabajo, dando prioridad a aquellos que requieran tramite inmediato	* Gerencia * Secretaria	* Permanente	* Solicitudes atendidas oportunamente
24	No hacer efectiva una sanción disciplinaria.	Incumplir el termino para hacer efectiva la sanción disciplinaria.	*Incumplimiento de la ley 734 de 2002 sanciones al nominador. *Sanciones al funcionario responsable.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Dar cumplimiento a lo establecido en la ley	* Gerente * Asesor jurídico	* Permanente	* Sanciones presentadas



MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN																
ENTIDAD: ESE GUACHAVES SANTACRUZ – NARIÑO																
ITEM	Nombre del Riesgo	Causas - Agente Generador	Efectos - Consecuencias	Riesgo Inherente			Control	Medidas de Control	Riesgo Residual			Manejo	Acciones	Responsable	Seguimiento	Registro - Evidencia
				Probabilidad.	Impacto.	Nivel.			Probabilidad.	Impacto.	Nivel.					
25	Inadecuada infraestructura.	No contar con espacio físico adecuado, para el funcionamiento apropiado para el flujo de la información recepcionada.	*deterioro de los documentos. *Posibles accidentes y enfermedades laborales que afecten la salud de los responsables. *Estrechez del espacio para la ubicación de archivos.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Redistribución de archivos *Revisión de la infraestructura para evitar la humedad malos olores y brindar seguridad al área *Limpieza Permanente	*Gerencia * Gerencias Administrativa y Financiera	* Permanente	* Reparaciones y adecuaciones realizadas
26	Desorganización en los archivos.	Incumplimiento de la normatividad vigente, al no encontrar organizado el archivo correspondiente, de acuerdo a los parámetros establecidos en la ley.	*Dificultad en la manipulación entrega y recibido de los archivos, y de la información estadística generada en el área. *Deterioro de los archivos. *Requerimiento de carácter organizacional por los entes de control.					* Controles existentes efectivos pero no documentados					*Organizar los archivos de acuerdo a la normatividad vigente *Capacitación *Dotación de software y hardware	*Gerencia * Gerencias Administrativa y Financiera	* Permanente	* Capacitación a personal encargado
27	Pérdida de documentos.	La inseguridad que presenta el área y el fácil acceso de personal, así como la manipulación.	*Traumatismo documental. *Posibles demandas. *Alteración de información.					* Controles existentes efectivos pero no documentados					*Mayor seguridad en las instalaciones *Buscar alternativas de registros de inventarios documentales	*Gerencia * Gerencias Administrativa y Financiera	* Permanente	* Controles establecidos
28	Pérdida de información en el sistema.	Daños en la base de datos o acceso a los archivos a través de la red.	*Imposibilidad de dar información veraz a la administración.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Tener backup de la información generada *Establecer contraseñas o claves de acceso	* Sistemas	* Permanente	* Información completa * Ausencia de Ingresos a archivos sin autorización
29	Desconocimiento de normatividad del sector salud.	Emitir conceptos y absorber consultas pertinentes a situaciones jurídicas relacionadas con la interpretación y aplicación de la ley.	*Mala asesoría en la elaboración de programas y políticas propias del Centro de Salud San Sebastián ESE. *Toma de decisiones para la entidad sin fundamento jurídico. *Detrimiento patrimonial del Centro de Salud San Sebastián ESE.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Permanente conocimiento de las normatividad legal vigente *Fundamentar los conceptos emitidos con la asesoría de otros entes jurídicos	* Asesor Externo	* Permanente	* Aplicación del marco legal vigente



MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN																
ENTIDAD: ESE GUACHAVES SANTACRUZ - NARIÑO																
ITEM	Nombre del Riesgo	Causas - Agente Generador	Efectos - Consecuencias	Riesgo Inherente			Control	Medidas de Control	Riesgo Residual			Manejo	Acciones	Responsable	Seguimiento	Registro - Evidencia
				Probabilidad.	Impacto.	Nivel.			Probabilidad.	Impacto.	Nivel.					
30	Manejo inadecuado de expedientes y documentos.	Que no haya confiabilidad en la reserva del manejo de expedientes y documentos y anexos.	*Tráfico de influencias. *Demora injustificada para dar resultados o emitir conceptos. *No atender oportunamente las tutelas y derechos de petición. *Interpretación y uso de las normas para favorecer intereses personales, políticos o de otro tipo.				* Controles existentes efectivos y documentados					*Atender las quejas o denuncias presentadas teniendo en cuenta las prioridades de ley *Actuar libre y espontáneamente en la investigación de los procesos	* Asesor Externo	* Permanente	* Trámites oportunos	
31	No revisión exhaustiva de contratos.	Irregularidades que se presentan en la asesoría para la elaboración de contratos por desconocimiento de la normatividad vigente para tal fin.	*Deficiencia en la toma de decisiones. *Deficiencias en la ejecución del contrato. *Detrimiento en el erario de la ESE.				* Controles existentes efectivos y documentados					*Revisión exhaustiva de contratos *Verificar soportes pertinentes del objeto del contrato. *Asesorar sobre la conveniencia y viabilidad del contrato a suscribir	* Asesor Externo	* Permanente	* Contratos	
32	Manejo del fondo de caja menor.	Los recursos destinados al fondo de caja menor, pueden ser utilizados para otros fines, el no llevar al día los registros correspondientes en el libro de contabilidad y la no exigencia de los soportes para su legalización determinan un manejo inadecuado de este fondo.	*Aduberación de facturas y documentos soportes. *Auto - prestamos. *Prestamos a terceros. *Enmendaduras en el libro de contabilidad.				* Controles existentes efectivos y documentados					*Arqueos *Revisión de facturas, documentos y soportes y confrontación con el respectivo libro de contabilidad *Exigir oportunamente los soportes para la legalización de cuentas *Previa autorización de los gastos por parte de la gerencia	* Gerencia * Gerencia Administrativa y financiera * Control Interno	* Permanente	* Legalizaciones completas * Arqueos	
33	Deficiencia en la contratación.	Hallazgos por parte de los entes de control por errores en el proceso contractual por parte de los funcionarios que intervienen en el proceso.	*Hallazgos por parte de los entes de control. *Reprocesos. *Pérdida de la imagen y confiabilidad ante los grupos de interés.				* Controles existentes efectivos y documentados					* Revisar cada uno de los contratos, con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Estatuto de Contratación	* Asesor Jurídico * Gerencia Administrativa y Financiera * Secretaría * Control Interno	* Permanente	* Contratos	



MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN																
ENTIDAD: ESE GUACHAVES SANTACRUZ – NARIÑO																
ITEM	Nombre del Riesgo	Causas - Agente Generador	Efectos - Consecuencias	Riesgo Inherente			Control	Medidas de Control	Riesgo Residual			Manejo	Acciones	Responsable	Seguimiento	Registro - Evidencia
				Probabilidad.	Impacto.	Nivel.			Probabilidad.	Impacto.	Nivel.					
34	Perdida del efectivo en los procesos facturación a particulares .	Se puede presentar robo del efectivo recaudado en la caja de facturación del hospital.	*Se afecta el patrimonio de la Institución. *Traumatismos en la integridad física y emocional del funcionario. *Apertura de procesos disciplinarios. *Responsabilizar al funcionario de pagar dineros de su propio pecunio según resultados de la investigación.					* Controles existentes efectivos pero no documentados					* Brindar medidas de seguridad al funcionario responsable	*Gerencia * Gerencia Administrativa y financiera	* Permanente	* Dinero extraviado
35	Falta de seguridad.	Las pocas medidas de seguridad permiten al ingreso de personas a las dependencias generando una alta probabilidad de hurto.	Perdida de documentos, dinero, elementos y equipos de oficina, bienes personales.					* Controles existentes efectivos pero no documentados					*Restringir y controlar el tránsito de usuarios por áreas determinadas *Establecer medidas de seguridad en la ESE	*Gerencia * Gerencia Administrativa y financiera	* Permanente	* Hurtos y extravíos presentados
36	Informes extemporáneos.	Demora en la presentación y elaboración oportuna de los informes o no presentados a los entes de control requeridos.	*Resultan informes no confiables. *Establecimiento de sanciones disciplinarias y/o pecuniaras por parte de los entes de control. *Apertura de procesos disciplinarios a los responsables.					* Controles existentes efectivos pero no documentados					* Autocontrol en la presentación de informes	* Todo el Personal	* Permanente	* Informes presentados oportunamente
37	No aseguramiento de los bienes.	Que los bienes no se encuentren debidamente amparados por pólizas expedidas por compañías aseguradoras.	*Perdidas de elementos o equipos. *Detrimiento del patrimonio institucional. *Apertura de disciplinarios si se requiere.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Establecimiento de pólizas y renovarlas oportunamente	*Gerencia * Gerencia Administrativa y financiera	* Anual	* Pólizas establecidas
38	Proceso inadecuado de supervisión y/o interventoría.	Celebración de contratos sin verificación de requisitos legales.	*Procesos jurídicos en contra del Centro de Salud San Sebastián ESE. *Sanciones innecesarias.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Aplicación de supervisión	*Gerencia * Gerencia Administrativa y financiera * Control interno	* Permanente	* Supervisores e interventorías asignadas



MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN																
ENTIDAD: ESE GUACHAVÉS SANTACRUZ – NARIÑO																
ITEM	Nombre del Riesgo	Causas - Agente Generador	Efectos - Consecuencias	Riesgo Inherente			Control	Medidas de Control	Riesgo Residual			Manejo	Acciones	Responsable	Seguimiento	Registro - Evidencia
				Probabilidad.	Impacto.	Nivel.			Probabilidad.	Impacto.	Nivel.					
39	Información de facturación.	Demora en la entrega de la información acerca de la facturación generada mensualmente.	*Registro tardío en reconocimientos de los ingresos. *Demora en la presentación de información presupuestal.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Presentación oportuna de la relación de la facturación	* Gerencia Administrativa y financiera *Área de facturación.	* Permanente	* Facturación
40	Cambio en la normatividad presupuestal vigente.	Cambios en la normatividad vigente que implique variación en la forma de registro y procesamiento de la información.	*Inadecuado registro y presentación de la información.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Verificar los posibles cambios normativos y garantizar la respectiva actualización por parte del personal a cargo del área	*Gerencia * Gerencia Administrativa y financiera	* Permanente	* Capacitación al personal (Asesorías)
41	Ejecución presupuestal.	El incumplimiento de las metas presupuestales afectaría la operación de la Institución.	*Falta de presupuesto para adquirir obligaciones.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Informar permanentemente la ejecución presupuestal	*Gerencia * Gerencia Administrativa y financiera	* Permanente	* Equilibrio presupuestal
42	No se registra en forma oportuna las cuentas por pagar.	No es posible realizar la contingencia por parte del proceso de tesorería.	*No se puede realizar oportunamente los pagos de la contingencia respectiva.					* Controles existentes efectivos pero no documentados					* Realizar revisión oportuna a las cuentas por pagar	* Gerencia Administrativa y financiera	* Permanente	* Registros de cuentas por pagar
43	Deficiencia en la entrega de elementos.	Que los bienes entregados por el almacén no correspondan a los solicitados y/o autorizados, o estos se entreguen sin soporte.	*Inconsistencia en los inventarios. *Pérdida de elementos sin establecer responsables.					* Controles existentes no efectivos					* Mantener inventarios actualizados	* Gerencia Administrativa y financiera * Almacén	* Permanente	* Inventarios almacén
44	Inconsistencias en la baja de elementos devolutivos.	Dar de baja un elemento sin identificar su estado de vida útil.	*Dar de baja elementos sin haber terminado su vida útil. *Desechar elementos que, aunque cumplieron su vida útil aún pueden ser utilizados.					* Controles existentes efectivos pero no documentados					* Pedir conceptos técnicos sobre el estado de obsolescencia o deterioro del bien	* Gerencia Administrativa y financiera * Almacén	* Permanente	* Actas de baja de equipos



MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN																
ENTIDAD: ESE GUACHAVES SANTACRUZ – NARIÑO																
ITEM	Nombre del Riesgo	Causas - Agente Generador	Efectos - Consecuencias	Riesgo Inherente			Control	Medidas de Control	Riesgo Residual			Manejo	Acciones	Responsable	Seguimiento	Registro - Evidencia
				Probabilidad.	Impacto.	Nivel.			Probabilidad.	Impacto.	Nivel.					
45	No se coordina un acta de paz y salvo de parte de la oficina encargada de los activos fijos, para que al finalizar los contratos individuales se dé constancia.	No se coordina un acta de paz y salvo de parte de la Subgerencia Administrativa y Financiera, para que al finalizar los contratos individuales se dé constancia de la persona deja los activos al finalizar la relación laboral.	*Pérdida de activos fijos. *Activos fijos sin responsables.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Acta de Paz y Salvo	* Gerencia Administrativa y financiera * Almacén	* Permanente	* Paz y Salvo
46	Pérdida de soportes de historias clínicas.	Manejo indebido de historias clínicas de los usuarios e información contenida en ellas, que por su carácter reservado debe ser de exclusivo acceso a determinados funcionarios.	*Posibles demandas judiciales contra la entidad. *Traumatismo en el proceso de atención al usuario. *Detrimiento de la imagen institucional. *Pérdida de la cita médica solicitada por el usuario.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Restringir el acceso y manejo de historias clínicas y demás documentos a personas diferentes a las autorizadas. *Control al manejo de historias clínicas	* Responsable del manejo de Historias Clínicas	* Permanente	* Historias clínicas
47	Influencia para la consecución de citas médicas.	Utilización del poder que confiere un cargo y omitir los trámites o correspondientes para el otorgamiento de citas médicas, favoreciendo a familiares y amigos.	*Quejas de los usuarios ante las entidades correspondientes. *Desmotivación y malestar de los usuarios en seguir los procedimientos para conseguir una cita.					* Controles existentes efectivos pero no documentados					* Dar estricto cumplimiento al orden de las citas	* Consulta externa * Oficina de atención al usuario	* Permanente	* Citas asignadas
48	Administración incorrecta en la dosis de los medicamentos por parte del personal de enfermería.	Sudorificación o sobredosificación en la administración de los medicamentos por parte del personal de enfermería.	*Malas respuestas terapéuticas. *Mala praxis. *Efectos adversos. *Generación de glosas en las cuentas de cobro. *Aumento de mortalidad.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Revisión de ordenes medicas *Control por parte del jefe de turno *Sanción a responsables	*Jefes y auxiliares de enfermería *Auditoria medica	* Permanente	* Dosis - Ordenes medicas



MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN																
ENTIDAD: ESE GUACHAVES SANTACRUZ - NARIÑO																
ITEM	Nombre del Riesgo	Causas - Agente Generador	Efectos - Consecuencias	Riesgo Inherente			Control	Medidas de Control	Riesgo Residual			Manejo	Acciones	Responsable	Seguimiento	Registro - Evidencia
				Probabilidad.	Impacto.	Nivel.			Probabilidad.	Impacto.	Nivel.					
49	Expedición de incapacidades no reales.	Oftencimientos para que se expidan incapacidades por enfermedad no padecidas.	*Falsedad en documento público. *Disminución de la productividad laboral. *Problemas judiciales. *Disminución de la credibilidad institucional.				* Controles existentes efectivos y documentados					*Sensibilización continua sobre valores éticos y morales *Procesos disciplinarios a responsables.	* Personal área de urgencias	* Permanente	* Capacitaciones	
50	Inadecuada contratación de personal.	Contratación subjetiva de personal, sin analizar experiencia y capacidad de trabajo en cada una de las diferentes áreas de intervención.	*Dificultad para garantizar una atención eficiente al usuario. *Generación de más responsabilidades para quienes se desempeñan junto a la persona inexperta. *Proyección de una imagen negativa para la institución y el servicio.				* Controles existentes efectivos y documentados					*Dar a conocer previamente las funciones que debe desarrollar *Hacer seguimiento y evaluación periódica de su trabajo, informando a la administración sobre su rendimiento	* Gerencia * Gerencia Administrativa y financiera	* Permanente	* Personal contratado	
51	Inadecuado uso de los servicios públicos.	El alto consumo de servicios públicos, por el uso irracional de estos.	*Incremento en el pago por este concepto. *Detrimento en el presupuesto institucional.				* Controles existentes efectivos y documentados					*Utilizar los servicios para lo estrictamente lo necesario	* Todo el Personal	* Permanente	* servicios públicos	
52	Inseguridad en el control de las existencias de medicamentos y material médico quirúrgico.	*El control ejercido sobre medicamentos y material médico quirúrgico (inventario) existente en el servicio no es tan eficiente, como para garantizar la seguridad de los mismos.	*Pérdida de medicamentos y/o material médico quirúrgico, sin encontrar responsables. *Perdidas económicas para la ESE. *Utilización inadecuada de estos medicamentos sin formulación médica. *Utilización inadecuada de estos medicamentos sin formulación médica.				* Controles existentes efectivos y documentados					*Llevar registro diario de quien entrega y recibe los medicamentos y material médico quirúrgico del servicio. *Evitar la entrada y manipulación de estos elementos a personas particulares y familiares de los usuario	* Regente de Farmacia	* Permanente	* Control de inventario	



MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN																
ENTIDAD: ESE GUACHAVES SANTACRUZ – NARIÑO																
ITEM	Nombre del Riesgo	Causas - Agente Generador	Efectos - Consecuencias	Riesgo Inherente			Control	Medidas de Control	Riesgo Residual			Manejo	Acciones	Responsable	Seguimiento	Registro - Evidencia
				Probabilidad.	Impacto.	Nivel.			Probabilidad.	Impacto.	Nivel.					
53	Perdida de reactivos.	La falta de control en el registro de consumo para cada uno de los procesos realizados, la falta de estabilizadores ocasiona pérdida de reactivos que necesitan refrigeración o al interrumpirse el proceso que se está realizando en el momento.	*Perdidas económicas para el Centro de Salud San Sebastián ESE. *No se determina el costo que ocasiona el proceso realizado. *Incremento económico al centro de costos.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Adquisición de equipos necesarios *Llevar registro del consumo de todos los reactivos utilizados en cada proceso	* Encargado de Laboratorio	* Permanente	* control a reactivos
54	Utilización de reactivos vencidos.	El deficiente control en el manejo de reactivos, hace que se utilicen aquellos con fecha de vencimiento ya expirada.	*Perdida económica para la institución. *Demanda y problemas judiciales por utilización de reactivos vencidos. *Riesgos para la salud de los usuarios.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Ejercer control en el manejo de los reactivos, de tal forma que permita utilizar aquellos próximos a vencer *Reportar y devolver aquellos reactivos que expiraron y no se utilizaron	* Encargado de Laboratorio	* Permanente	* control de manejo de reactivos
55	Inadecuado almacenamiento de los insumos.	Deficiencia en las condiciones de temperatura y sitios de almacenamiento adecuado para asegurar la estabilidad de los insumos.	*Daño o pérdida de los insumos. *Perdida económica para la institución.					* Controles existentes efectivos y documentados					* Disponer de equipos de refrigeración, que proporcionen la temperatura ideal para el almacenamiento de los insumos *Mantenimiento preventivo y correctivo de los mismos	* Encargado de Laboratorio	* Permanente	* Almacenamiento adecuado de los insumos
56	No facturación del servicio prestado de laboratorio.	*La no revisión exhaustiva y oportuna de la historia clínica del paciente hace que no se registren muestras procesadas. *La falta de información y/o cuidado en la elaboración de la factura no incluye el cobro.	*Pérdida de ingresos de manera inmediata para el Centro de Salud San Sebastián ESE. *Acumulación de glosas parciales y/o definitivas. *Los datos estadísticos suministrados no corresponden a la realidad.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Reporte oportuno al área de facturación sobre los procesos realizados, para que sean incluidos en la cuenta de cobro *Revisión de historias clínicas antes de elaborar la factura	* Encargado de Laboratorio * Encargado de Facturación	* Permanente	* servicios facturados de laboratorio



MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN																
ENTIDAD: ESE GUACHAVES SANTACRUZ – NARIÑO																
ITEM	Nombre del Riesgo	Causas - Agente Generador	Efectos - Consecuencias	Riesgo Inherente			Control	Medidas de Control	Riesgo Residual			Manejo	Acciones	Responsable	Seguimiento	Registro - Evidencia
				Probabilidad.	Impacto.	Nivel.			Probabilidad.	Impacto.	Nivel.					
57	Demora en los trámites para compra de insumos.	El trámite utilizado para este procedimiento puede no ser el más adecuado para lograr la compra oportuna de los insumos que se requieren para los procesos.	*Agotamiento en la existencia de los insumos. *Dificulta la buena y oportuna prestación del servicio. *Disminución de la productividad y rentabilidad del centro de costo.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Efectuar compras periódicas de insumos, teniendo en cuenta las fechas de vencimiento *Priorizar la compra de insumos de mayor utilización en los procesos	* Encargado de Laboratorio * Regente de Farmacia	*Permanente	* Compra de insumos
58	Desconocimiento del plan de gestión integral de residuos hospitalarios (PGIRH).	Falta de socialización del PGIRHS en la ESE.	*Almacenamiento inseguro de residuos. *Falta de control sobre residuos peligrosos.					* Controles existentes efectivos y documentados					*Fortalecimiento del PGIRH	* Gerencia	* Permanente	* PEGIRH



SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.

5.1.8. Racionalización De Trámites.

La ESE GUACHAVES de Santacruz -Nariño, se encuentra en un proyecto de ajuste a la documentación y estandarización de los procesos institucionales, en donde se debe dar aplicación a la estrategia antitramites establecidas por el Gobierno Nacional, aplicando los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Coherente con lo anterior y en aplicabilidad y respeto por los derechos de los usuarios en el desarrollo de los ajustes a los procesos y procedimientos, el Centro de Salud realizará las jornadas de direccionamiento operacional, para darle aplicabilidad a los requerimientos del marco legal en materia de trámites, como lo es La Ley 1438 de 2011, El Decreto 4747 , así como al Decreto 019 de 2012, que establece la simplificación y eliminación de procedimientos innecesarios para los usuarios del sector salud.

5.1.9. Lineamientos Generales

IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE TRÁMITES A INTERVENIR

Para lograr una atención más humanizada en el servicio que se presta a los usuarios de la ESE GUACHAVES, se identifican aquellos procesos administrativos y misionales y que requieren mejorarse para garantizar la efectividad institucional y la satisfacción del usuario.

- ✓ Cita médica.
- ✓ Historia clínica.
- ✓ Prueba de laboratorio.
- ✓ Atención por Urgencias.

5.1.10. Racionalización De Trámites

La racionalización es un proceso que actualmente se está llevando a cabo en la institución que permite reducir los trámites, con el menor esfuerzo y costo para el usuario.

Estas estrategias se están desarrollando por las diferentes áreas institucionales con el fin de garantizar un excelente servicio al cliente y lograr la satisfacción de los usuarios, brindando agilidad en los trámites.

5.1.11. Beneficios De La Implementación De Las Fases De Racionalización De Trámites



- ✓ Disminución de tiempos muertos, contactos innecesarios del ciudadano con el Centro de Salud y costos para el ciudadano.
- ✓ Condiciones favorables para realizar el trámite al usuario.

5.1.12. Experiencias Exitosas En Materia De Racionalización de tramites

La ESE GUACHAVES ha implementado diferentes estrategias para el beneficio de los usuarios, tales como:

- ✓ Actualización de página web
- ✓ Hay una persona encargada para la recepción de los documentos: quejas y reclamos, derechos de petición y comunicaciones oficiales

5.1.13. Diagnóstico del estado del componente racionalización de trámites.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO	CLASIFICACION	OBSERVACION
	DEBILIDAD/FORTALEZA	
1. Identificación de Trámites		
Revisión de los trámites que requiere cada proceso	Debilidad	Ajustar o eliminar trámites innecesarios
Registro en el SUIT	Debilidad	
2. Priorización de Trámites		
a. Factores externos		
Barreras de acceso impuestas por las EPS como mecanismo de control de costos	Debilidad	
Saturación de prestadores de servicios de salud de niveles superiores	Debilidad	
Encuestas a la ciudadanía	debilidad	
Auditorías Externas	Fortaleza	
Peticiones, Quejas y Reclamos de la ciudadanía	Fortaleza	
b. Factores internos		
Pertinencia del trámite	Debilidad	Falta de experticia o negligencia del funcionario frente al trámite requerido
Auditorías Internas	debilidad	
Complejidad del trámite	debilidad	
Gran afluencia de usuarios	Debilidad	
Tiempos de ejecución	Fortaleza	
3. Racionalización de trámites		
a. Normativa		
Eliminación del trámite por norma	debilidad	



Reducción, incentivos o eliminación de competencia a otra entidad	Traslado de	debilidad	
Fusión de trámites		Fortaleza	
Utilización de las TIC para reducir trámites personales		debilidad	
b. Administrativa			
Reducción de tiempo de duración del trámite.		Fortaleza	
Extensión de horarios de atención.		Fortaleza	
Ampliación de puntos de atención.		Fortaleza	Habilitación de los puestos satélites; Puesto de salud veredas Santa Rosa y el Puesto de Salud de la vereda el Sande en el sector montañoso. Sumado a esto intensificación de las salidas extramurales.
Reducción de pasos para el usuario o paciente		Fortaleza	
Estandarización de trámites o formularios		debilidad	
Optimización de los procesos o procedimientos internos asociados al trámite.		debilidad	
c. Tecnológica:			
Asignación de citas vía telefónica o por internet		Fortaleza	
Usuarios o pacientes con controles periódicos con asignación previa de citas		Fortaleza	
Rutas de atención a pacientes con ECNT en su propia vereda		Fortaleza	
Envío de documentos electrónicos.		Fortaleza	
Mecanismos virtuales de seguimiento al estado de los Trámites.		Fortaleza	
Documentos con firma electrónica.		Fortaleza	
Trámite realizado totalmente en línea.		debilidad	
D. Interoperabilidad			
Usuarios o pacientes con controles periódicos con asignación previa de citas		Fortaleza	
Rutas de atención a pacientes con ECNT en su propia vereda		Fortaleza	
Atención diferencial a grupos vulnerables		Fortaleza	
Atención preferencial a grupos vulnerables		Fortaleza	



5.1.14. Formulación estrategia racionalización de trámites.

NOMBRE DE LA ENTIDAD		E.S.E. GUACHAVES						ORDEN	2
SECTOR ADMINISTRATIVO		SALUD						AÑO/VIGENCIA	2022
DEPARTAMENTO		NARIÑO							
MUNICIPIO		SANTACRUZ							
ESTRATEGIA DE RACIONALIZACION DE TRAMITES								FECHA FINALIZACION	
No.	NOMBRE DE TRAMITE, PROCESO O PROCEDIMIENTO	TIPO DE RACIONALIZACION	ACCION ESPECIFICA DE RACIONALIZACION	SITUACION ACTUAL	DESCRIPCION DE LA MEJORA REALIZADA AL TRÁMITE. PROCESO O PROCEDIMIENTO	BENEFICIO AL CIUDADANO O A LA ENTIDAD	DEPENDENCIA RESPONSABLE	INICIO DDMMAA	FIN DDMMAA
1	Asignación de citas médicas y odontológicas	Tecnológica	Asignación de citas presencial y telefónica	Presencial y telefónica	Mejora en tiempos de la solicitud, cobertura del servicio y satisfacción del cliente	Evita desplazamientos, gastos en transporte, pérdida de tiempos para acceder a citas	Coordinación de atención al usuario	2022	2022
2	Certificación médica u odontológica general	Tecnológica	Asignación de citas presencial y telefónica	Presencial y telefónica	mejora en tiempos de solicitud, cobertura del servicio y satisfacción del cliente	Evita desplazamientos, gastos en transporte, pérdida de tiempos para acceder a citas	Coordinación de atención al usuario	2022	2022
3	Certificación médica para manipuladores de alimentos	Normativa	Publicación de requisitos en página web y cartelera institucionales	Consulta presencial de requisitos	Mejora en tiempos de la solicitud y satisfacción del cliente	Mejora en tiempo para obtener la certificación	Coordinación médica	2022	2022
4	Solicitud copia de historia clínica para trámites diferentes a la atención en salud	Normativa	Solicitud personal, autorización	Mediante oficio y presentación personal	Mejora en tiempos de la solicitud y satisfacción del cliente	Mejora de atención al usuario	Coordinación médica	2022	2022
5	Certificación médico legal	Normativa	Reducir tiempos para entrega de informe de medicina legal	Se podía esperar hasta el último día legal para entrega	Mejora en tiempos de respuesta	Mejora de atención al usuario	Coordinación médica	2022	2022
NOMBRE DE LA ENTIDAD		E.S.E. GUACHAVES							



SECTOR ADMINISTRATIVO	SALUD
DEPARTAMENTO	NARIÑO
MUNICIPIO	SANTACRUZ

ORDEN	2
AÑO/VIGENCIA	2022

ESTRATEGIA DE RACIONALIZACION DE TRAMITES								FECHA FINALIZACION	
No.	NOMBRE DE TRAMITE, PROCESO O PROCEDIMIENTO	TIPO DE RACIONALIZACION	ACCION ESPECIFICA DE RACIONALIZACION	SITUACION ACTUAL	DESCRIPCION DE LA MEJORA REALIZADA AL TRÁMITE. PROCESO O PROCEDIMIENTO	BENEFICIO AL CIUDADANO O A LA ENTIDAD	DEPENDENCIA RESPONSABLE	INICIO DDMMAA	FIN DDMMAA
				de informe					
6	Presentación de PQRS	Tecnológica	Envío de documentos electrónicos	Presencial	Mejora en tiempos de respuesta, cobertura del servicio y satisfacción del cliente	Recepción de documentos en tiempo real	Coordinación de atención al usuario	2022	2022



5.2. TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS.

5.2.1. Rendición De Cuentas.

La ESE GUACHAVES, ando cumplimiento al principio de legalidad establecido en la Constitución Política y en concordancia con el Artículo 40 de la Carta Ídem, todo ciudadano tiene derecho a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político. Este mandato desarrollado en la Ley 489 de 1998, en sus artículos 32 y 33, así como en el artículo 78 de la Ley 1474 de 2011 y siguiendo los lineamientos del documento CONPES 3654 del 12 de abril de 2010, que señala que la rendición de cuentas es una expresión de control social, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la evaluación de la gestión, y que busca la transparencia de la gestión de la administración pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno, ha definido en su planeación Gerencial, la Política de Legalidad y Transparencia, en el manejo de recursos públicos, así como el cumplimiento de los requerimientos legales en materia de presentación de los informes de gestión administrativa y fiscal, ante los órganos de control.

En desarrollo de las políticas y objetivos definidos, la rendición de cuentas de la ESE GUACHAVES para el presente año se desarrollará así:

5.2.2. Objetivo General.

- ✓ Hacer partícipe a la comunidad acerca de los logros obtenidos en la ESE GUACHAVES durante la gestión 2022.

5.2.3. Objetivos Específicos.

- ✓ Contribuir al desarrollo de los principios constitucionales de transparencia, responsabilidad, eficiencia y eficacia en el manejo de los recursos públicos.
- ✓ Fortalecer la participación ciudadana
- ✓ Recuperar la legitimidad para las instituciones del Estado.
- ✓ Contribuir a una mayor efectividad del gasto público.
- ✓ Obtener una gran información que permita ajustar proyectos y planes de acción de manera que responda a las necesidades y demandas de la comunidad.

5.2.4. Planeación.

Para la planeación del proceso de Rendición de Cuentas se conforma un grupo constituido por:

- ✓ Gerencia
- ✓ Subgerencia Administrativa y Financiera



- ✓ Subgerencia Científica

Este grupo se encargará de

- ✓ Elaboración de formatos para el proceso: registro de asistencia, formato para la inscripción de propuestas y preguntas y formatos de evaluación.
- ✓ Definición de estrategias de invitación a los diferentes grupos de interés:
- ✓ Definición de los contenidos de la presentación del gerente

Además, se solicita el informe de gestión a los coordinadores de cada área de la institución donde se presentan los logros y dificultades de cada una de ellas.

5.2.5. Diagnóstico Del Estado Del Componente Rendición De Cuentas

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO	CLASIFICACION	
	DEBILIDAD/FORTALEZA	OBSERVACION
ALISTAMIENTO INSTITUCIONAL		
Conformación del equipo encargado de preparar la información a entregar en el evento de RC	DEBILIDA	No se encuentra conformado el equipo encargado del evento de RC
Definir el tipo de espacio (Audiencia Pública, Taller, Reunión, etc.) Y los mecanismos para la RC	Fortaleza	
IDENTIFICACIÓN DE INTERLOCUTORES		
Base de datos de instituciones municipales y otros actores sociales como juntas de acción comunal, asociaciones de madres comunitarias y FAMI	Fortaleza	
Cursar invitaciones a las entidades y otros actores sociales	Fortaleza	
DIVULGACIÓN Y CAPACITACIÓN		
Capacitación a funcionarios	Fortaleza	
Capacitación a la comunidad	Debilidad	Se debe socializar previamente con la comunidad la importancia de la rendición de cuentas
Utilización de otros medios para la divulgación como la radio, página web	Fortaleza	Actualmente se cuenta con radio comunitaria para divulgar la información y pagina web https://www.eseguachaves.gov.co/
ORGANIZACIÓN LOGÍSTICA		
Lugar Fecha	Fortaleza	
Recursos para el evento	fortaleza	El equipo encargado cuenta con todos los insumos para la rendición de cuentas, como video beam, filmadora, registros



Reglamento para la rendición de cuentas	Fortaleza	
CONVOCATORIA		
Medios para la convocatoria (emisora comunitaria, carteleras, volantes, presidentes juntas de acción y la página web https://www.eseguachaves.gov.co/)	Fortaleza	
A las instituciones	Fortaleza	Hacer uso de correos electrónicos
A la ciudadanía en general. Emisora comunitaria, avisos en las misas	Fortaleza	
Publicar y entregar a la ciudadanía el informe de rendición de cuentas (con 30 días de antelación a la realización del evento).	Fortaleza	
INSCRIPCIÓN Y RADICACIÓN DE PROPUESTAS		
Diseño del formato de inscripción	Fortaleza	
Definición de tiempos para radicar propuestas	Fortaleza	
Definición de nro. de páginas por cada propuesta	Debilidad	La comunidad no se adapta a este procedimiento realiza intervenciones libres
Tiempo para intervenciones de la comunidad no radicadas	Fortaleza	
ANÁLISIS Y CLASIFICACIÓN DE LAS PROPUESTAS		
Definición de funcionarios y áreas encargadas del análisis	Fortaleza	
Clasificación de propuestas por áreas temáticas o programas.	Fortaleza	
REALIZACIÓN DEL EVENTO DE RC		
Formato para ser entregado al inicio (sistematizar la participación de los ciudadanos)	Fortaleza	
Invitación a entidades testigo: personería	Fortaleza	
Registrar las opiniones	Fortaleza	
Intervenciones de la entidad	Fortaleza	
Intervención de los ciudadanos	Fortaleza	
Definición de tiempos para intervenciones	Debilidad	Aunque los tiempos de intervención son cortos, los usuarios desvían las intervenciones sobre el tema específico y recuerdan muchos eventos que consideran negativos
Organización de la información en bloques temáticos	Fortaleza	
Cierre y evaluación: Conclusiones	Fortaleza	
EVALUACIÓN		
Diseño de formato de evaluación para ser entregado al final del evento	Fortaleza	
Seguimiento a los compromisos	debilidad	No se hacen seguimiento



5.2.6. estrategia de rendición de cuentas.

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META PRODUCTO	INDICADOR	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA
INFORMACION DE CALIDAD Y LENGUAJE COMPRESIBLE	1.1 Definir la tipología de rendición de cuentas, responsables, actividades, recursos, cronograma y numero de eventos al año , ajustando el procedimiento de rendición de cuentas si se requiere	Eventos de rendición de cuentas anual de la entidad definidos y programados para la vigencia	Eventos de rendición de cuentas ejecutados/eventos de rendición de cuentas programados *100	Director y jefe oficina asesora de planeación	Segundo semestre 2022
	1.2 Definir los grupos de interés a quienes se les debe rendir cuentas, zonas, poblaciones y niveles solicitar bases de datos y establecer la estrategia conjuntamente con los medios de comunicación y publicidad para la convocatoria	Principales grupos de interés del IDSN identificados y convocados al evento	Grupos de interés participantes de la R.C./ grupos de interés invitados a la R.C. *100	Jefe oficina asesora de planeación - equipo de trabajo	Segundo semestre 2022
	1.3 Definir las entradas de información para el informe de rendición de cuentas responsables, forma y plazo para suministrarla , consolidarla y aprobarla	Información relevante , clara y obligatoria para la comunidad sobre la gestión del IDSN, que cumple con la metodología oportunamente suministrada a planeación	Numero de temas expuestos de ruc / total de temas programados a tratar en la audiencia *100	Jefe oficina asesora de planeación - subdirectores, jefes de oficina, secretario general - equipo de trabajo de planeación	Segundo semestre 2022
	1.4 Publicar el informe de gestión en los tiempos y medios dispuestos por la entidad, para consultar y convocar a la comunidad	Informe de gestión definido veraz, suficiente, consolidado, aprobado y publicado publicitado oportunamente por el IDSN y de consulta permanente	Informe de gestión publicado a la comunidad con la oportunidad fijada	Jefe oficina asesora de planeación - equipo de trabajo	Segundo semestre 2022
	1.5 Consultar los temas de interés de la comunidad vía web y gestionar las intervenciones y/o preguntas acerca del informe de gestión, para ser Atendidas en el evento, con la debida certificación.	Certificada la información que la comunidad considera relevante y las intervenciones de la comunidad planificadas para el evento	Temas efectivamente expuestos en la R.C. / Temas requeridos *100	Jefe oficina asesora de planeación - equipo de trabajo	Segundo semestre 2022
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META PRODUCTO	INDICADOR	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA



DIALOGO DE DOBLE VIA CON LA CIUDADANIA Y SUS ORGANIZACIONES	2.1	Definir los aspectos logísticos del evento, registro de asistencia, elaboración y entrega de formatos de pregunta y evaluación de R.C.	Planeación (A.T.) logística del evento, registros de asistencia, formatos entregados y recolectados.	% de cumplimiento de la planeación del evento	Jefe oficina asesora de planeación - equipo de trabajo	Segundo semestre 2022
	2.2	Explicar el reglamento de rendición de cuentas dispuesto para el evento y aspectos generales de la información a suministrar	Reglamento de la rendición de cuentas socializado a los participantes efectivamente desarrollado en el transcurso del evento	Reglamento efectivamente socializado	Maestro de ceremonia del evento	Segundo semestre 2022
	2.3	Realizar la intervención de la entidad exponiendo el informe	Informe socializado por los responsables del IDSN a la comunidad en el orden respectivo	Numero de temas expuestos de ruc / total de temas programados a tratar en la audiencia *100	Director- subdirectores, jefes de oficina, secretario general	Segundo semestre 2022
	2.4	Realizar la intervención de las participaciones certificadas de la actividad 1.5 o dar lectura a las intervenciones formuladas y certificadas	Intervenciones expuestas y desarrolladas en el evento	número de intervenciones ejecutadas en audiencia/ numero de intervenciones solicitadas *100	Jefe oficina asesora de planeación - y participantes registrados.	Segundo semestre 2022
	2.5	Garantizar y realizar las intervenciones de la comunidad asistente y medios de comunicación (preguntas, denuncias, quejas, peticiones, felicitaciones etc.) Brindando la debida respuesta o asumiendo compromisos a cargo del IDSN	Intervenciones expuestas y desarrolladas en el evento	Número de respuestas brindadas en R.C/ Numero de solicitudes de información presentadas en R. C.	Jefe oficina asesora de planeación - y participantes registrados.	Segundo semestre 2022
INCENTIVOS PARA MOTIVAR LA CULTURA DE LA RENDICION DE CUENTAS	3.1	Levantar y dar lectura del acta del evento con la posterior publicación de documento	Acta de rendición de cuentas aprobada y publicada.	Acta de rendición de cuentas aprobada y publicada.	Funcionario asignado o responsable	Segundo semestre 2022
	3.2	Aplicar la evaluación del evento y realizar cierre publico de rendición de cuentas	Acto de finalización del evento	numero de asistentes a R.C. evaluados/ numero total de asistentes	Maestro de ceremonia del evento	Segundo semestre 2022
	3.3	Compartir un refrigerio con los asistentes, para generar espacios de dialogo	Refrigerios entregados	Registro de refrigerios entregados	Equipo de trabajo de planeación	Segundo semestre 2022
EVALUACION Y RETROALIMENTACION	4.1	Evaluar el evento y socializar al equipo de trabajo de R.C los resultados	Informe de evaluación de evento socializado	% de evaluación satisfactoria de la realización del evento	Jefe oficina asesora de	Segundo semestre 2022
SUBCOMPONENTE		ACTIVIDADES	META PRODUCTO	INDICADOR	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA



A LA GESTION INSTITUCIONAL					planeación	
	4.2	Hacer seguimiento a los compromisos asumidos en el evento	Compromisos ejecutados	Recomendaciones aceptadas y aplicadas/ recomendaciones aprobadas en acta anterior	Director subdirectores, jefes de oficina, secretario general	Segundo semestre 2022
	4.3	Definir que recomendaciones del evento se implementaran en la próxima rendición de cuentas	Recomendaciones definidas	% de recomendaciones	Director - jefe oficina asesora de planeación	Segundo semestre 2022
	4.4	Actualizar las bases de datos de los asistentes de ser necesario	Bases de datos actualizadas	Bases de datos actualizadas	Responsables de cada base de información	Segundo semestre 2022

5.2.7. Convocatoria

La convocatoria se realiza por diferentes medios de comunicación, tales como: carteleras institucionales, página web, invitación directa, publicación en redes sociales, correo electrónico, cuñas radiales, entre otros.

Mediante esta convocatoria, se aclara la siguiente información:

- ✓ Los temas a tratar durante la rendición de cuentas serán publicados en la página web.
- ✓ Fecha, hora y lugar de audiencia pública.
- ✓ Se consultan los temas de interés para la comunidad.
- ✓ Que es y Para qué es la rendición de cuentas.

5.2.8. Desarrollo De La Audiencia Pública.

En esta audiencia el Gerente presentará el informe sobre la gestión realizada durante el año 2022, exponiendo los logros y las dificultades que se presentaron durante el año. **CRONOGRAMA DE RENDICIÓN DE CUENTAS**



ACTIVIDAD	DESCRIPCION	MARZO				ABRIL				MAYO
		S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	
Diseñar estrategias de comunicación para la rendición de cuentas	Definir las estrategias comunicativas en las cuales se identifiquen los mecanismos para Informar a la ciudadanía sobre que es la rendición de cuentas y porque es necesario que participen.	X	X							
Consultar con la ciudadanía	A través de los diferentes medios de comunicación.		X	X	X	X				
Convocar al evento de rendición de cuentas	Definir los mecanismos para hacer la convocatoria a la ciudadanía y enviar Invitaciones personales a los diferentes organismos sociales.			X	X	X	X	X		
Publicar distribuir y explicar el informe de rendición de cuentas	Publicar el informe de rendición de cuentas en página web, carteleras y atención al usuario.				X					
Definir los suministros requeridos	Establecer las necesidades de logística como: computadores, video beam y entre otros ...		X	X	X					
Coordinar el evento de rendición de cuentas	Presentar el orden del día y objetivos del evento. Coordinar los tiempos y las intervenciones. Presentar el reglamento del evento.								X	
Audiencia pública	Realizar un dialogo con la ciudadanía sobre los logros y las dificultades obtenidos en el año 2020.								X	
Difundir los resultados	Divulgar el acta, la evaluación, resultados y compromisos derivados de la rendición de cuentas. Utilizando los mismos mecanismos por los cuales se convocó.									X



5.3. CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO.

5.3.1. Mecanismos Para Mejorar La Atención Al Ciudadano.

Dentro de la planeación estratégica de la ESE GUACHAVES se debe contemplar una línea estratégica sobre el fortalecimiento en la gestión de procesos y consolidación en sistemas de información que tiene como acción estratégica la estandarización, socialización, evaluación y control de los procesos y procedimientos institucionales, que favorezcan la seguridad y satisfacción de los usuarios, dando así cumplimiento a los lineamientos dados por el Departamento Nacional de Planeación.

De igual modo, la ESE GUACHAVES, posee dentro de su estructura orgánica, la oficina de atención al usuario, dando cumplimiento a la normatividad, la cual se encarga de canalizar la orientación a toda la población que demanda los servicios de salud, así como de tramitar las peticiones, quejas y reclamos y de la medición y gestión de los niveles de satisfacción, global y en cada uno de los servicios, en aras de monitorear la calidad y la seguridad en la atención del paciente y de su familia.

Dentro de este componente, siguiendo los lineamientos de la GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO, se encuentran los mecanismos para mejorar su atención, las cuales se definen como las líneas de acción del Centro de Salud para la implementación de este componente como son:

- ✓ Desarrollo institucional para el servicio al ciudadano
- ✓ Portafolio de servicios
- ✓ Procedimientos internos que soportan la entrega de trámites y servicios al ciudadano
- ✓ Procedimientos de atención de peticiones, quejas, sugerencias, reclamos y denuncias de acuerdo con la normatividad

5.3.2. Medición De La Satisfacción Del Usuario En Relación Con Los Trámites Y Servicios Que Presta La Ese GUACHAVES.

Para la medición de satisfacción del usuario en relación con los servicios que presta la entidad, se realizan las encuestas de satisfacción.

- ✓ Consulta externa.
- ✓ Urgencias.
- ✓ Ayudas diagnósticas.

5.3.3. Identificación De Necesidades, Expectativas E Intereses Del Ciudadano Para Gestionar La Atención Adecuada Y Oportuna.



La ESE GUACHAVES dentro de su proceso de atención al usuario tiene definido un procedimiento de orientación, con el fin de gestionar oportunamente las necesidades del usuario, dar respuesta adecuada a sus solicitudes e inquietudes y lograr la satisfacción del usuario por la atención recibida.

5.3.4. Afianzar La Cultura De Servicio Al Ciudadano En Los Servidores Públicos.

Dentro de la institución existe un Plan de Capacitaciones, el cual es liderado por la Subgerencia Científica donde se incluyen temas para sensibilizar al personal de la institución sobre la importancia de brindar un servicio humanizado y así desarrollar las competencias y habilidades de cada uno de ellos.

Para afianzar la cultura de servicio al ciudadano, desde la Subgerencia Científica se deben realizar talleres de humanización a los servidores públicos sobre el trato excelente que se le debe dar a los pacientes.

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

5.4.1. Mecanismos Para La Transparencia Y Acceso A La Información.

Este componente está a cargo de la Secretaría de Transparencia como entidad líder del diseño, promoción e implementación de la Política de Acceso a la Información Pública, en coordinación con el Ministerio de Tecnología de la Información y Comunicaciones, Función Pública, el DNP, el Archivo General de la Nación y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).⁴³ El componente se enmarca en las acciones para la implementación de la Ley de Transparencia y acceso a Información Pública Nacional 1712 de 2014 y los

5.4.2. Lineamientos Especiales.

Situación	Lineamiento	Normativa
No respuesta en termino	Se debe informar al ciudadano antes del vencimiento informando los motivos de la demora y señalando el plazo en el que se resolverá la petición, este no podrá exceder del doble del inicialmente previsto.	
Petición incompleta	Se debe tener en cuenta dos momentos: 1. En el recibo de la petición : el servidor público informa verbalmente que está incompleta la petición, si el ciudadano insiste, debe ser radicada. 2. Cuando está radicada : el servidor público debe solicitar al ciudadano dentro de los diez días siguientes para que complete la información . El ciudadano tiene un mes para complementarla.	
Atención prioritaria	Se deben atender prioritariamente las peticiones que involucran el reconocimiento de un derecho fundamental, cuando esté en peligro inminente la vida o la seguridad, cuando sea presentada por un niño(a) o adolescente; o cuando sea presentada un periodista en ejercicio de su profesión.	
No es	Se debe remitir la solicitud al competente dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de	



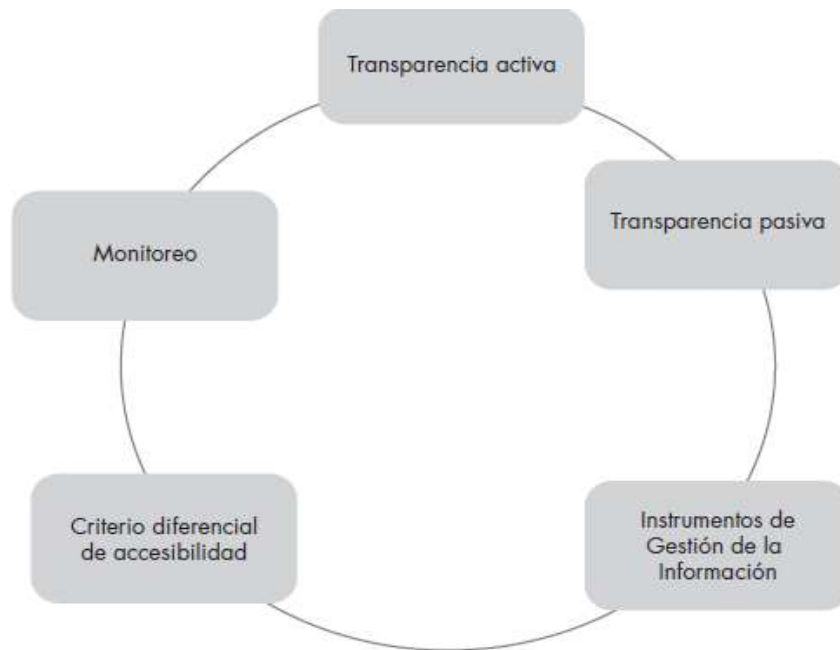
competente	la misma y se enviara copia de la misma al peticionario.	Ley 1755 de 2015
Desistimiento tácito	Opera cuando el ciudadano no completa la petición dentro del mes otorgado para ello y guarda silencio. La entidad debe expedir acto administrativo decretando el desistimiento y archivando el expediente, se debe notificar personalmente advirtiendo la procedencia del recurso de reposición.	
Desistimiento expreso	Opera cuando el ciudadano de manera expresa la informa a la entidad que no desea continuar con el trámite de la petición. No obstante, puede continuar de oficio el trámite de respuesta si la entidad considera que es de interés general, para lo cual, debe proyectar acto administrativo motivado.	
Petición irrespetuosa	Cuando un ciudadano presente una petición irrespetuosa o en términos groseros la entidad puede rechazarla.	
Petición oscura	Se presenta cuando no se comprenda la finalidad u objeto de la petición, en este caso se debe devolver al interesado para que la corrija o aclare dentro de los diez (10) días siguientes . En caso de no corregirse o aclararse, se archivara la petición.	
Petición reiterativa	Se da cuando se presenta una solicitud que ya ha sido resuelta por la entidad , caso en cual, puede remitirse a respuestas anteriores.	
Peticiones análogas	Opera cuando más de diez (10) personas formulen peticiones que sean semejantes en cuanto a su objeto. En este caso la entidad podrá dar una única respuesta que deberá ser publicada en un diario de amplia circulación, en la página web y entregará copia de las mismas a quienes las soliciten	

Este componente recoge los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de Acceso a la Información Pública regulado por la Ley 1712 de 2014 y el Decreto Reglamentario 1081 de 2015, según la cual toda persona puede acceder a la información pública en posesión o bajo el control de los sujetos obligados de la ley. En tal sentido, la ESE GUACHAVES, está llamada a incluir en su plan anticorrupción acciones encaminadas al fortalecimiento del derecho de acceso a la información pública tanto en la gestión administrativa, como en los servidores públicos y ciudadanos. La garantía del derecho implica:

- ✓ La obligación de divulgar proactivamente la información pública.
- ✓ Responder de buena fe, de manera adecuada, veraz, oportuna y accesible a las solicitudes de acceso.
- ✓ La obligación de producir o capturar la información pública.
- ✓ Obligación de generar una cultura de transparencia
- ✓ Obligación de implementar adecuadamente la ley y sus instrumentos.

Información pública: es todo conjunto organizado de datos contenidos en cualquier documento, que las entidades generen, obtengan, adquieran, transformen, o controlen. Dicha información debe cumplir con criterios de calidad, veracidad, accesibilidad y oportunidad.

A Continuación, se señalan las cinco (5) estrategias generales para iniciar la implementación de medidas que garanticen la Transparencia y el Acceso a la Información Pública, las cuales definen los subcomponentes del componente de Transparencia y Acceso a información pública.



5.4.3. Lineamientos de Transparencia Activa.

La transparencia activa implica la disponibilidad de información a través de medios físicos y electrónicos. El Centro de Salud está obligado a publicar una información mínima en los sitios web oficiales, de acuerdo con los parámetros establecidos por la ley en su artículo 9º y por la Estrategia de Gobierno en Línea.

Esta información mínima debe estar disponible en el sitio web del Centro de Salud en la sección 'Transparencia y acceso a la información pública'. En caso de publicarse en una sección diferente o en un sistema de información del Estado, El Centro de Salud debe identificar la información y habilitar los enlaces para permitir el acceso a la misma.

El Centro de Salud debe implementar acciones de publicación y/o divulgación de información, así:

- ✓ Publicación de información mínima obligatoria sobre la estructura.
- ✓ Publicación de información mínima obligatoria de procedimientos, servicios y funcionamiento.
- ✓ Divulgación de datos abiertos.
- ✓ Publicación de información sobre contratación pública.
- ✓ Publicación y divulgación de información establecida en la Estrategia de Gobierno en Línea.



Para evaluar el nivel de implementación de la ley 1712 de 2014, la Procuraduría General de la Nación desarrolló la matriz de autodiagnóstico que es una herramienta que mide la aplicación de la citada ley y se encuentra a disposición de los sujetos obligados en el link:

<http://www.procuraduria.gov.co/portal/grupo-transparencia.page>

Es importante recordar que la garantía del derecho de acceso a la información pública requiere que la ESE GUACHAVES vaya más allá de la publicidad de la información mínima obligatoria, y determine en su accionar cotidiano, qué otra información es útil para los ciudadanos. También todas aquellas actividades que desde la administración se generan para que el ciudadano con el acceso a la información tome mejores decisiones, controle la actuación del Centro de Salud, participe en la gestión de lo público y se garanticen otros derechos.

5.4.4. Lineamientos de Transparencia Pasiva.

La transparencia pasiva se refiere a la obligación de responder las solicitudes de acceso a la información en los términos establecidos en la Ley. Para este propósito se debe garantizar una adecuada gestión de las solicitudes de información siguiendo los lineamientos del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano establecidos en el Cuarto Componente.

Se tuvo en cuenta las directrices del Decreto 1081 de 2015 respecto a la gestión de solicitudes de información:

- a) Aplicar el principio de gratuidad y, en consecuencia, no cobrar costos adicionales a los de reproducción de la información.

En los casos en que la entidad cobre por la reproducción de información, deberá motivar en acto administrativo los costos. Se especificará el valor unitario de los diferentes tipos de formato y se soportará dentro de los parámetros del mercado, teniendo como referencia los precios del lugar o la zona de domicilio de El **Centro de Salud**.

- b) Revisar los estándares del contenido y oportunidad de las respuestas a las solicitudes de acceso a información pública.

El acto de respuesta debe ser por escrito, por medio electrónico o físico de acuerdo con la preferencia del solicitante. Cuando la solicitud realizada no especifique el medio de respuesta de preferencia, se podrá responder de la misma forma de la solicitud.

El acto de respuesta debe ser objetivo, veraz, completo, motivado y actualizado y estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes o interesados.



El acto de respuesta debe ser oportuno, respetando los términos de respuesta al derecho de petición de documentos y de información que señala la Ley 1755 de 2015.

El acto de respuesta debe informar sobre los recursos administrativos y judiciales de los que dispone el solicitante en caso de no hallarse conforme con la respuesta recibida.

Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información

La Ley estableció tres (3) instrumentos para apoyar el proceso de gestión de información de las entidades. Estos son:

- ✓ El Registro o inventario de activos de Información.
- ✓ El Esquema de publicación de información, y
- ✓ El Índice de Información Clasificada y Reservada.

Instrumento	Registro o inventario de activos de información	Índice de información clasificada y reservada	Esquema de publicación de información
CONTENIDOS	<ol style="list-style-type: none">1. Todas las categorías de información.2. Todo registro publicado.3. Todo registro disponible para ser solicitado por el público. Actualizado y veras.	<p>El inventario de la información pública generada, obtenida, adquirida o controlada por la entidad, que ha sido calificada como clasificada o reservada.</p> <p>El índice incluirá la fundamentación constitucional o legal de la clasificación o la reserva</p>	<ol style="list-style-type: none">1. A lista de información mínima publicada (Art. 9,10,11).2. La lista de la información publicada en el sitio web oficial del sujeto obligado, adicional.3. Información publicada con anterioridad.4. Información de interés para la ciudadanía.

De otra parte, el Centro de Salud debe articular los instrumentos de gestión de información con los lineamientos del Programa de Gestión Documental. Es decir, la información incluida en los tres (3) instrumentos arriba anotados, debe ser identificada, gestionada, clasificada, organizada y conservada de acuerdo con los procedimientos, lineamientos, valoración y tiempos definidos en el Programa de Gestión Documental del sujeto obligado.

Es de resaltar que en la elaboración del Programa de Gestión Documental se deben aplicar los lineamientos señalados en el Decreto 2609 de 2012 o los parámetros que fije el Archivo General de la Nación.

5.4.5. Monitoreo del Acceso a la Información Pública.

Con el propósito de contar con un mecanismo de seguimiento al acceso a información pública, El Centro de Salud elaboró un informe de solicitudes de acceso a información que contiene:

- ✓ El número de solicitudes recibidas.
- ✓ El número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución.



- ✓ El tiempo de respuesta a cada solicitud
- ✓ El número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.

5.5. SEXTO COMPONENTE: INICIATIVAS ADICIONALES.

5.5.1. Iniciativas Adicionales.

La ESE GUACHAVES ha contemplado iniciativas que permite fortalecer su estrategia de lucha contra la corrupción. En este sentido, se compromete a incorporar dentro de su ejercicio de planeación, estrategias encaminadas a fomentar la integridad, la participación ciudadana, brindar transparencia y eficiencia en el uso de los recursos físicos, financieros, tecnológicos y de talento humano, con el fin de visibilizar el accionar de la administración pública.

5.5.2. Código De Integridad.

Es importante la promoción de acuerdos, compromisos y protocolos éticos, que sirvan para establecer parámetros de comportamiento en la actuación de los servidores públicos. Es necesario que el servidor Público de la ESE GUACHAVES cumpla cabalmente con el Código de Integridad el cual contiene lineamientos claros y precisos sobre temas de conflicto de intereses, canales de denuncia de hechos de corrupción, mecanismos para la protección al denunciante, unidades de reacción inmediata a la corrupción entre otras.

El Gerente, el Equipo Directivo y sus funcionarios, asumen el firme compromiso para con la ciudadanía de combatir la corrupción e incrementar el grado de transparencia en la gestión del Centro de Salud.

Los preceptos contenidos en el Código de Integridad son aplicables a todos los empleados de la ESE GUACHAVES, sin perjuicio de normas especiales y situaciones semejantes, para algunas categorías de empleados.

Para efectos de nuestro Código de Integridad se entiende por función pública toda actividad temporal o permanente, remunerada u honoraria, realizada en nombre del Estado o al servicio del mismo o de sus entidades, en cualquiera de sus niveles jerárquicos.

El fin de la función pública de administrar el Estado es el bien común, ordenado por las disposiciones de la Constitución Nacional, los tratados internacionales ratificados por la Nación y las normas destinadas a su regulación.

El ingreso a ejercer la función de administración pública en la ESE GUACHAVES implica conocer el Código de Integridad y asumir el compromiso de su debido cumplimiento.



Cada uno de los funcionarios de la ESE GUACHAVES actúa en coherencia con la finalidad social que debe cumplir el Centro de Salud. Los funcionarios del Centro de Salud siempre anteponen los fines e intereses del Centro de Salud y de los usuarios a sus propios intereses, logrando generar un ambiente de confianza.

Las actuaciones de los funcionarios del Centro de Salud deben construir procesos equitativos y honestos en el acceso a las oportunidades y beneficios, de manera que se hagan extensivos a todos los ciudadanos. Así, nuestras acciones promueven la más amplia participación ciudadana.

La Administración del Centro de Salud actúa y comunica abiertamente a la ciudadanía las acciones de su gestión y los efectos potenciales de estas acciones. De esta forma, todas las relaciones y decisiones que establezca y tome el Centro de Salud serán aceptables públicamente. La comunicación interna y externa debe llegar de forma eficiente, rápida y pública a los interesados. La Administración del Centro de Salud maneja su información de forma abierta para todos los funcionarios y ciudadanos, de manera que se asegure una constante retroalimentación y se garantice el derecho del control ciudadano a la gestión.

Cada uno de los funcionarios de la ESE GUACHAVES debe comprometerse en el manejo eficiente de sus recursos, para el cumplimiento de sus objetivos institucionales, de modo que se cumplan con excelencia y calidad.

Los funcionarios del Centro de Salud deben actuar con prudencia, de manera que busquen construir acuerdos que permitan equilibrar los diversos intereses expresados por los diferentes sectores de la comunidad, siempre buscando el interés público y el cumplimiento de los fines sociales del Estado. Para garantizar su rectitud, todos los funcionarios públicos que toman decisiones con efectos sobre el Centro de Salud y la comunidad deben garantizar su independencia, de manera que en el desempeño de sus funciones sólo busquen el interés público.

5.5.3. Legalidad.

El servidor público de la ESE GUACHAVES en el ejercicio y desempeño de sus funciones debe cumplir y hacer cumplir la Constitución, las Leyes, Decretos y los Reglamentos que regulan su actividad. Debe observar y mantener en todo momento un comportamiento tal que, examinada su conducta, ésta no pueda ser objeto de reproche y caiga en los delitos contra la Administración Pública tipificados en el Código Penal Colombiano.

5.5.4. Diagnóstico Del Estado Del Componente Estrategia De Iniciativas Adicionales.



ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO	CLASIFICACION	
	DEBILIDAD/FORTALEZA	OBSERVACION
CAPITULOS		
Conformación Comité de Ética	Fortaleza	
Socializar el código de Integridad	Fortaleza	
Socializar los valores y principios corporativos	Fortaleza	
Cumplimiento de los valores y principios empresariales	Debilidad	Algunos funcionarios todavía no actúan en concordancia con esta carta de valores y principios
POLITICAS		
Política para la Gestión de Ética	Fortaleza	
Política de Gestión del Recurso Humano	Fortaleza	
Política de Comunicación e Información	Debilidad	
Política de Calidad	Fortaleza	
Política de responsabilidad social con la comunidad	Fortaleza	
Política de ética de Directivos	Fortaleza	
Política de Ética con la comunidad y los usuarios	Fortaleza	
Política de ética con el medio ambiente	Debilidad	Algunos funcionarios no han asistido a las capacitaciones y por lo tanto no aplican lo estipulado
Política de ética con otras Instituciones	Fortaleza	
Política de ética con contratistas y proveedores	Fortaleza	

5.5.5. Formulación Estrategia De Iniciativas Adicionales.

ESTRATEGIA DE INICIATIVAS ADICIONALES						
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES		META PRODUCTO	INDICADOR	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA
CODIGO DE INTEGRIDAD	1.1	Formular acciones para el cumplimiento de todos los valores institucionales por parte de los funcionarios públicos de la entidad.	Todos los servidores públicos conocen y cumplen a cabalidad la carta de valores y principios institucionales	Acciones ejecutadas/ acciones programadas	Profesional Universitaria talento humano, subgerencia administrativa y financiera	Noviembre a Diciembre 2022
	1.2	Formular acciones para la concientización de los servidores públicos de la institución con el tema medio ambiental en el ámbito laboral	Todos los funcionarios públicos están comprometidos con el cuidado del medio ambiente en el ámbito laboral	Cobertura de la acción de concientización medio ambiental en servidores públicos del IDSN	Profesional Universitaria talento humano, subgerencia administrativa y financiera	Noviembre a Diciembre 2022



5.5.6. Seguimiento Al Plan Anticorrupción Y De Atención Al Ciudadano.

Para año 2022, la oficina de control interno o quien haga sus veces hará seguimiento con corte en las siguientes fechas: 30 de abril, 31 de agosto y 31 de diciembre y se publicaran en la página web del Centro de Salud dentro de lo diez (10) primeros días hábiles de los meses de mayo, septiembre y enero.

RETRASOS: En caso de que la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, detecte retrasos o demoras o algún tipo de incumplimiento de las fechas establecidas en el cronograma del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, deberá informarle al responsable para que se realicen las acciones orientadas a cumplir la actividad de que se trate.

5.5.7. Formatos De Seguimiento Al Plan Anticorrupción Y De Atención Al Ciudadano.



INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO.					
ENTIDAD: Centro de Salud Guachavés E.S.E.					
VIGENCIA: 2021					
FECHA DE ELABORACIÓN:					
FECHA DE PUBLICACIÓN:					
COMPONENTE: Direccionamiento Estratégico					
PERIODO SEGUIMIENTO:					
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	% DE AVANCE	OBSERVACIONES
1. GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	1.1. Elaboración del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano				
	1.2. Política de Administración de Riesgos				
	1.3. Construcción Mapa de Riesgos Corrupción				
	1.4. Consulta y Divulgación Mapa de Riesgos de Corrupción				
	1.5. Monitoreo y revisión				
	1.6. Seguimiento				
2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	2.1. Priorización de los Trámites				
	2.2. Racionalizar los trámites				
3. RENDICIÓN DE CUENTAS	3.1. Planeación de la Rendición de Cuentas				
	3.2. Información en lenguaje claro y comprensible				
4. MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	4.1. Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico				
	4.2. Fortalecimiento de los canales de atención.				
	4.3. Talento Humano				
	4.4. Normativo y Procedimental				
5. MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	5.1. Lineamientos de Transparencia Activa (Disponibilidad de Información)				
	5.2. Lineamientos de Transparencia Pasiva (gestión y trámite de la información)				
6. INICIATIVAS ADICIONALES	6.1. Código de Integridad				

Barrio Olaya Herrera - Guachavés
<https://www.eseguachaves.gov.co> - Email: eseguachaves@gmail.com
Cel: 3218005668 - 3113761965

NOTA: El Presente Documento Esta Sujeto A Los Ajustes Que Realice La Entidad, Acorde Con El Decreto 124 De enero 26 De 2016.

HENRY HERNÁN BARCO RAMOS
GERENTE E.S.E. GUACHAVÉS



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Técnico del Modelo estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – MECI 2014

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía para la Administración del Riesgo. 2015.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA. Guía para la gestión de Riesgo de Corrupción 2015

LEY 489 DE 1998. Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional

LEY 734 DE 2002. Código Único Disciplinario.

LEY 850 DE 2003. Reglamenta las veedurías ciudadanas

LEY 1437 DE 2011. Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

LEY 1474 DE 2011. Estatuto Anticorrupción.

LEY 1712 DE 2012. Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional.

LEY 1755 DE 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de Petición.

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

LEY 962 DE 2005. Por la cual se dictan 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.

DECRETO 4637 DE 2011. Por medio del cual se crea la Secretaría de Transparencia del Departamento Administrativo de la

Barrio Olaya Herrera - Guachavés

<https://www.eseguachaves.gov.co> - Email: eseguachaves@gmail.com

Cel: 3218005668 - 3113761965



DECRETO - LEY 0019 DE 2012. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones procedimientos y trámites innecesarios existentes en Administración Pública.

DECRETO 2641 DE 2012. Reglamenta los artículos 73 y 76 del Estatuto Anticorrupción.

DECRETO 1649 DE 2014. Por el cual se modifica la estructura del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.

DECRETO 943 DE 2014: Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado.

DECRETO 1081 DE 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República.

DECRETO 1083 DE 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Función Pública.