



PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE  
ATENCIÓN AL CIUDADANO AÑO 2016

Marzo del 2016

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 02, Fecha: 18/03/2016

Grupo Directivo

N°	NOMBRE	ÁREA
1.	Dr. Leopoldo Giraldo Velásquez	Gerente
2.	Dr. Fernando Hincapié Agudelo	Subgerente de Procesos Asistenciales
3.	Administrador Sergio Jaramillo Marín	Subgerente de Procesos Administrativos y Financieros
4.	Dr. Gustavo Hernández Giraldo	Jefe Oficina de Calidad y Planeación
5.	Dr. Alberto Aristizábal Ocampo	Asesor de Control Interno
6.	Dr. John Jaime Zuluaga Gil	Jefe Oficina Jurídica
7.	Dr. Carlos Alonso García Berrío	Director de Clínicas Quirúrgicas
8.	Dra. Marta Cecilia Sepúlveda Valderrama	Directora de Hospitalización y UCIS
9.	Dr. Mauricio Álzate Cataño	Director de Ambulatorios
10.	Dr. Alexander Arbeláez Hincapié	Director de Ayudas Diagnósticas y Complementación Terapéutica
11.	Dr. Jorge Uriel Urrego Herrera	Director de Gestión Humana
12.	Contador Jesús Efrén Marulanda Carmona	Director Financiero
13.	Dra. Martha Liliana Pinto Tobón	Líder Programa Banco de Sangre y Laboratorio Clínico
14.	Estadístico Herney Pulgarín Arango	Líder Programa de Estadística
15.	Química Farmacéutica Maryori García Quintero	Líder Programa de Farmacia
16.	Ingeniera Liliana Sánchez Díaz	Líder Programa de Sistemas
17.	Dr. Álvaro Quintero Posada	Líder Programa Docencia e Investigación
18.	Comunicadora Social Margarita Serna Uribe	Profesional Universitaria Comunicaciones
19.	Administradora Digna Matilde Polanco Peña	Profesional Universitaria Administración de Documentos
20.	Ingeniero Fernando González Pulgarín	Profesional Universitario Crédito y Cobranzas
21.	Ingeniero Mauricio Pérez Trujillo	Profesional Universitario Mantenimiento
22.	Arquitecto Carlos Correa Rojas	Profesional Universitaria Arquitectura
23.	Economista Adriana Fontalvo Restrepo	Profesional Universitaria Tesorera
24.	Enfermera Olga Teresita Salazar López	Coordinadora de Enfermería
25.	Dra. Elvia Luz Gallego Berrio	Médico Especialista (Auditor Médico)
26.	Enfermera Ligia María Zapata Lotero	Enfermera Especialista (Epidemióloga)
27.	Enfermera Liliana Bermúdez Carvajal	Profesional Especializado Calidad y Planeación
28.	Abogado Gustavo Adolfo Álvarez Restrepo	Profesional Universitario 1 (Contratación)

## PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

### CONTENIDO

1. Introducción.
2. Marco normativo.
3. Objetivo y Alcance.
4. Componentes del Plan.
  - 4.1. Primero: Metodología para la identificación de riesgos de corrupción y acciones para su manejo.
  - 4.2. Segundo: Racionalización de trámites
  - 4.3. Tercero: Rendición de cuentas.
  - 4.4. Cuarto: Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
  - 4.5. Quinto: Mecanismos para la transparencia y acceso a la información pública.
  - 4.6. Otras iniciativas
5. Seguimiento y control
6. Anexo.

## 1. INTRODUCCIÓN.

El Hospital General de Medellín. Luz Castro de Gutiérrez. Empresa Social del Estado, es una entidad pública del orden Municipal que tiene como misión, prestar servicios de salud hasta la alta complejidad, centrados en la seguridad del paciente, brindando afecto, confianza, satisfacción y promoviendo el desarrollo científico, docente e investigativo, así como las buenas prácticas de gestión, las cuales entre otras, buscan preservar la ética empresarial, garantizar la transparencia de su gestión, administrar eficientemente sus recursos, reconocer y respetar los derechos de los pacientes y partes interesadas.

Es por lo descrito anteriormente y acorde a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 <sup>1</sup>, el Decreto 2641 de 2012 <sup>2</sup>, y acatando la metodología definida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, que se estructura y gestiona el plan de Anticorrupción y Atención al Ciudadano del HGM, como un instrumento de nivel estratégico que busca la prevención de hechos de corrupción, mejorar la atención a las necesidades de los ciudadanos y la efectividad del control de la gestión institucional, a través de estrategias de participación y comunicación sistemáticas y metódicas que garantizan la transparencia y visibilidad de la gestión.

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

En su estructura, se recogen los lineamientos establecidos en el documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, versión 2” desarrollado por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, al cual se le incorporaron las acciones de transparencia y acceso a la información pública y se actualizaron las directrices para diseñar y hacer seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción.

En esta oportunidad se presenta el Plan para el año 2016, que incluye las acciones que se deben mantener con el propósito de prevenir la corrupción y las nuevas acciones que se espera implementar durante la vigencia para el fortalecimiento de cada componente.

---

<sup>1</sup> Ley 1474 de 2011. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

<sup>2</sup> Decreto 2641 de 2012. Por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011.

## 2. MARCO NORMATIVO.

- Constitución Política de Colombia.
- Ley 42 de 1993 (Control Fiscal de la CGR).
- Ley 80 de 1993, artículo 53 (Responsabilidad de los Interventores).
- Ley 87 de 1993 (Sistema Nacional de Control Interno).
- Decreto 1757 de 1994: Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4o del Decreto Ley 1298 de 1994
- Ley 190 de 1995 (Normas para preservar la moralidad en la administración pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa).
- Decreto 2232 de 1995: Artículos 70, 80 y 90 (Por medio del cual se reglamenta la Ley 190 de 1995).
- Ley 489 de 1998, artículo 32 (Democratización de la Administración Pública).
- Ley 599 de 2000 (Código Penal).
- Ley 610 de 2000 (Establece el trámite de los procesos de responsabilidad fiscal de competencia de las contralorías).
- Ley 734 de 2002 (Código Único Disciplinario).
- Ley 850 de 2003 (Veedurías Ciudadanas).
- Ley 1150 de 2007 (Dictan medidas de eficiencia y transparencia en la contratación con Recursos Públicos).
- Conpes 3654 de abril de 2010, en el cual se establece la política de rendición de cuentas de la rama ejecutiva a los ciudadanos.
- Ley 1437 de 2011, artículos 67, 68 y 69 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo).
- Ley 1474 de 2011 (dictan normas para fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública).
- Decreto 4326 de 2011 (Divulgación Programas de la Entidad).
- Decreto 4567 de 2011 (Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y decreto ley 770 de 2005).
- Decreto 4632 de 2011 (Reglamenta Comisión Nacional para la Moralización y la Comisión Nacional Ciudadana para la Lucha contra la Corrupción).
- Decreto 4637 de 2011 (Crea en el DAPRI Secretaría de Transparencia).
- Documento CONPES 3714 de diciembre 01 de 2011: Del Riesgo Previsible en el Marco de la Política de Contratación Pública.
- Decreto 0019 de 2012 (Normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública).
- Decreto 2641 de 2012, por medio del cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la ley 1474 de 2011.
- Decreto 2482 de 2012: Por el cual se establecen los lineamientos generales para la integración de la planeación y gestión.

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 02, Fecha: 18/03/2016

- Documento Conpes 3785 de 2013, en el cual se establece la Política Nacional de eficiencia administrativa al servicio del ciudadano.
- Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Documento Guía "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano -Versión 2" y "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción. Presidencia de la República. 2015.
- Decreto 1081 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República.
- Decreto 124 de 2016, por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".

### **3. OBJETIVOS Y ALCANCE.**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL.**

Presentar las estrategias y acciones que ejecutará el Hospital General de Medellín durante la vigencia 2016, para prevenir actos de corrupción y asegurar el mejoramiento en la atención de los ciudadanos y demás partes interesadas, conforme lo que establece la ley 1474 de 2011.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- ✓ Revisar y/o actualizar el mapa de riesgos de corrupción institucional y sus respectivas medidas de mitigación, prevención y control.
- ✓ Racionalizar los trámites y procesos, de tal forma que se logre un mejoramiento en la gestión institucional, y se facilite a los usuarios el acceso a los servicios de salud prestados por el Hospital.
- ✓ Generar transparencia y confianza con las diferentes partes interesadas a través de la entrega de información oportuna, clara y confiable de la gestión institucional y el fortalecimiento de los espacios de participación y control social.
- ✓ Fortalecer las estrategias orientadas al mejoramiento de la atención de los usuarios y demás partes interesadas.
- ✓ Garantizar el derecho de acceso a la información pública, a los usuarios y demás partes interesadas.

### 3.3. ALCANCE.

Las estrategias y acciones contenidas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano, aplica para todos los funcionarios y contratistas del Hospital General de Medellín, en la ejecución de sus procesos, el desarrollo de sus funciones y la normatividad aplicable.

## 4. COMPONENTES DEL PLAN.

De acuerdo con los parámetros establecidos, el plan contiene los siguientes componentes independientes:

### 4.1 PRIMERO: METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y ACCIONES PARA SU MANEJO.

Las organizaciones de todos los tipos y tamaños enfrentan un rango de riesgos que pueden afectar el logro de sus objetivos, éstos deben gestionarse para una adecuada toma de decisiones teniendo en cuenta la probabilidad y el impacto, a través de una metodología sistemática para identificar, analizar, evaluar y tratar el riesgo, con un debido monitoreo, seguimiento y revisión.

La administración del riesgo, ayuda al conocimiento y mejoramiento de la institución, contribuye a elevar la productividad y a garantizar la eficiencia y la eficacia en los procesos organizacionales, permitiendo definir estrategias de mejoramiento continuo, brindándole un manejo sistémico a la entidad.

La administración del riesgo debe ser incorporada en el interior de la institución, como una política de gestión por parte de la alta dirección y contar con la participación y respaldo de todos los funcionarios, para identificar, valorar y minimizar los riesgos a los que constantemente están expuestos y fortalecer el Sistema de Control Interno permitiendo el cumplimiento de los objetivos misionales y los fines esenciales del Estado.

#### 4.1.1 Alcance

Esta metodología provee una guía para la implementación y desarrollo del proceso de administración de riesgos, involucrando el contexto estratégico, la identificación, evaluación, valoración, el mapa de riesgos y la matriz de riesgo. Se parte del modelo operativo por procesos y se desarrolla en los niveles proceso, servicios clínicos y de apoyo, es aplicable a los proyectos en busca de un Sistema Integral del Riesgo.

#### 4.1.2 Objetivo general

Establecer una metodología para la Gestión del Riesgo en el Hospital General de Medellín, la cual describe un procedimiento formal para la identificación y valoración sistemática de gestión de riesgos.

Se pretende con esta metodología de manera específica, aumentar la efectividad en la gestión y consecución de resultados esperados acorde a la Misión y Objetivos del Hospital, a través de la adaptación de la metodología de administración de riesgos propuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y de diversas metodologías internacionales que aborden la gestión de riesgos clínicos.

##### 4.1.2.1 Objetivos específicos

- Llevar a cabo una evaluación inicial de riesgos en el ámbito organizacional.
- Identificar, analizar, valorar y tratar los riesgos en todos los procesos de la institución.
- Involucrar y comprometer a todos los servidores de la institución en la administración de los riesgos con el fin de fortalecer el autocontrol.
- Evaluar los puntos de control con el fin de asegurar un proceso efectivamente controlado.
- Construir el mapa de riesgos institucional que permita hacer seguimiento a los riesgos Extremos, Altos, Moderados y Bajos.
- Mejorar la eficacia y eficiencia de la operación para una confiable toma de decisiones y fortalecimiento del proceso planificador.

#### 4.1.3 Desarrollo del programa

##### 4.1.3.1 Definiciones

- **Riesgo:** Es la vulnerabilidad ante un potencial perjuicio o daño para las unidades, personas, organizaciones o entidades; otro alcance del término riesgo hace énfasis en toda posibilidad de que un evento pueda impedir el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos.
- **Daño:** Deterioro o afectación de la salud de una persona o de un bien material, incluida la información y la imagen organizacional, como consecuencia de la materialización de una amenaza.

- **Pérdida:** Muerte de una persona o menoscabo económico que surgen como consecuencia de la materialización de una amenaza.
- **Análisis del riesgo:** Proceso para comprender la naturaleza, causas y determinar el nivel de riesgo.
- **Evitar el riesgo:** Tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Siempre es la primera alternativa a considerar y es el resultado de adecuados controles y acciones eficaces emprendidas.
- **Reducir el riesgo:** Tomar las medidas encaminadas a disminuir la probabilidad (medidas preventivas) y el impacto (medidas de protección), se logra como resultado en la optimización de los procedimientos y la implementación de controles.
- **Compartir o transferir el riesgo:** Se reduce el efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones (Ej, adquisición de pólizas – contratos de riesgo).
- **Asumir el riesgo:** Aceptar el riesgo residual probable y las pérdidas inherentes, pero en todo caso elaborar planes de contingencia para su manejo.
- **Riesgo inherente:** Es aquél al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones para modificar su probabilidad o impacto.
- **Riesgo residual:** Es aquél que permanece después que se desarrollan respuestas o acciones para enfrentar los riesgos. El riesgo residual refleja el riesgo remanente una vez se han implantado de manera eficaz acciones planificadas para mitigar el riesgo inherente.
- **Apetito de Riesgo:** Magnitud y tipo de riesgo que una organización está dispuesta a buscar, retener o aceptar.
- **Tolerancia al riesgo:** es el nivel o rango de desviación del riesgo que la empresa está en condiciones de admitir.
- **Probabilidad:** Medida de la oportunidad de ocurrencia expresada entre uno y cinco, siendo 1 Remota, 2 Raro, 3 Ocasional, 4 Frecuente y 5 Casi Seguro.
- **Impacto:** Medida de severidad expresada entre uno y cinco, siendo 1 Insignificante, 2 Menor, 3 Moderado, 4 Mayor y 5 Catastrófico.

#### **4.1.3.2 Normatividad relacionada**

El Hospital General de Medellín asume esta metodología para la administración de riesgos con base en la Ley 87 de 1993, el Decreto 943 de mayo de 2014 que regula el Modelo Estándar de Control Interno y en especial lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, Decreto 1537 de 2001 que señala en el artículo 4º que “todas las entidades de la Administración Pública deben contar con una política de Administración de Riesgos tendiente a darle un manejo adecuado a los riesgos”, igualmente responde a los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en Colombia y a la Norma internacional ISO 31000 (Gestión del Riesgo-Guías y Principios en su implementación).

#### **4.1.3.3 Generalidades**

El tema de Administración de Riesgos ha sido contemplado como uno de los componentes del módulo de control de planeación y gestión del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) decreto 943 de mayo de 2014, y se constituye en el componente de control que le permite a la entidad auto controlar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos. Se entiende por riesgo la vulnerabilidad ante un potencial perjuicio o daño para las unidades, personas, organizaciones o entidades.

Administrar el Riesgo, esto es, identificarlo, valorarlo, intervenirlo bien sea con medidas preventivas o correctivas y evaluarlo, constituye una gestión fundamental en el proceso de planeación de las entidades, que deberá generar como resultado, la eficiencia, la eficacia y efectividad de la misión del Hospital.

De otro lado y en cuidado de uno de los valores más importantes de la Institución en el cuidado de los pacientes, el cual es ofrecer Seguridad en la atención, la estrategia de gestión de riesgos se extiende a los Riesgos Clínicos y en especial a la Seguridad del Paciente y podrá ser aplicada esta metodología a los diferentes servicios clínicos y especialidades quirúrgicas con la cuales cuenta el Hospital.

Para la aplicación de esta metodología de administración de riesgo, el Hospital General de Medellín define su política de gestión de riesgos y adopta los siguientes criterios:

#### **Política de Gestión de riesgos**

El Hospital General de Medellín se compromete con un modelo de planeación y desarrollo organizacional que considera la administración del riesgo como elemento fundamental para la implementación y evaluación de los procesos y los proyectos que se adelanten. Esta Administración del Riesgo debe ser entendida

como el proceso de identificación, valoración y control de todas aquellas acciones o circunstancias que puedan restringir, afectar o impedir el logro de los objetivos del proceso evaluado, impactando los indicadores de eficiencia, eficacia o calidad del mismo, que a su vez pueden producir limitaciones en el logro de los objetivos estratégicos de la organización.

**Criterios:**

- **Responsabilidad:**

La alta dirección es responsable de proponer, orientar, direccionar y controlar la aplicación de la política de administración de riesgos en el Hospital.

Todos los servidores son responsables de la correcta aplicación y autocontrol del componente de administración de riesgos mediante la identificación, análisis, valoración, tratamiento, monitoreo y comunicación de los riesgos asociados a sus procesos.

- **Marco de Actuación:**

El Hospital General de Medellín asume de manera permanente, homologada y coherente las mejores prácticas y metodología para la administración de riesgos, en la búsqueda de su mejoramiento continuo.

La administración de riesgos forma parte de la cultura organizacional del Hospital.

- **Aplicación:**

La administración de riesgos es reconocida como parte integral de las buenas prácticas gerenciales ya que posibilita una mejora continua en el proceso de toma de decisiones. Gestión de riesgos es el término aplicado a un método lógico y sistemático para establecer el contexto estratégico, identificar, evaluar y valorar los riesgos asociados de manera tal que permita a la organización minimizar pérdidas, maximizar oportunidades, cuidar de la seguridad en la atención del paciente.

Para realizar un ejercicio sistemático de Identificación y valoración de Riesgos, se tiene en cuenta el modelo de gestión de riesgos:



Ilustración 1 Modelo de Gestión de Riesgos propuesto ISO 31000 y adoptado por el HGM

**Establecer el Contexto Estratégico:** Corresponde a una visión general de los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos, en este propósito se analiza información del ambiente de control, de la estructura organizacional, del modelo de operación por procesos, del cumplimiento de planes y programas, de los recursos físicos y tecnológicos y de datos de siniestralidad entre otros.

Igualmente se analiza información externa, que corresponde entre otros, al entorno político, económico, legal, cultural y ambiental, conocimiento de buenas prácticas, y proveedores externos.

Adicionalmente el contexto estratégico son las condiciones internas y del entorno, que pueden generar eventos que originan oportunidades o afectan negativamente el cumplimiento de la misión y objetivos de una institución. Las situaciones del entorno o externas pueden ser de carácter social, cultural, económico, tecnológico, político y legal, bien sean internacionales, nacionales o regionales según sea el caso de análisis. Las situaciones internas están relacionadas con la estructura, cultura organizacional, el modelo de operación, el cumplimiento de los planes y programas, los sistemas de información, los procesos y procedimientos y los recursos humanos y económicos con los que cuenta una entidad.

**Identificar el tipo de causas:** Es posible realizarla con la metodología del diagrama de causa efecto o diagrama de Ishikawa (“diagrama de espina de pescado”), mediante la cual se identifican los sujetos, objetos, procedimientos, circunstancias, comportamientos y otros que tienen la posibilidad y potencialidad de originar un riesgo; pueden ser clasificados en las categorías descritas, así:

### Tipo de causas internas

Categoría de Causa	Posibles causas
<b>Mano de Obra - Talento Humano</b>	Liderazgo, personal suficiente, carga de trabajo, patrón de turnos, conocimientos y actualización, habilidades, competencias, salud física y mental, compromiso, estabilidad.
<b>Métodos - Tarea</b>	Disponibilidad y uso de protocolos, diseño de la tarea (manual, instructivo, entrenamiento), ejecución y confiabilidad de procesos y procedimientos establecidos, controles.
<b>Materiales - Insumos</b>	Oportunidad y calidad de materiales, insumos y dispositivos; software y herramientas informáticas
<b>Máquinas - Equipos</b>	Falta o falta de equipos, planes de contingencia, obsolescencia tecnológica
<b>Mantenimiento-Infraestructura</b>	Programas de mantenimiento y calibración, estado de infraestructura física.
<b>Medio Ambiente-Entorno</b>	Recursos y limitaciones financieras, estructura organizacional, políticas, prioridades, cultura y comunicación organizacional; entorno social, político, económico y legislación.

### Tipo de causas externas

Categoría de Causa	Posibles causas
<b>Económicos</b>	Disponibilidad de capital, emisión de deuda o no pago de la misma, liquidez, mercados financieros, desempleo, competencia.
<b>Medioambientales</b>	Emisiones y residuos, energía, catástrofes naturales, desarrollo sostenible.
<b>Políticos</b>	Cambios de gobierno, legislación, políticas públicas, regulación
<b>Sociales</b>	Demografía, responsabilidad social, terrorismo
<b>Tecnológicos</b>	Interrupciones, comercio, desarrollo, producción, mantenimiento electrónico, datos externos, tecnología emergente.

**Determinar las consecuencias o efectos de la posible ocurrencia del riesgo:** teniendo en cuenta los objetivos del Hospital, las consecuencias pueden darse en personas, bienes materiales o intangibles como la imagen y prestigio corporativo. Ejemplos de efectos o consecuencias son: daños físicos y fallecimientos, sanciones,

pérdidas económicas, pérdida de información, pérdida de bienes, interrupción del servicio, daño ambiental, pérdida de imagen, pérdida de mercado.

**Evaluación del riesgo en sus fases de identificación, análisis y valoración:** permite reconocer los eventos que puedan afectar la entidad y sus características (agentes generadores, posibles causas, efectos, probabilidad, impacto, calificación y medida(s) de respuesta). Para la identificación y evaluación se toma como base el contexto estratégico que reconoce las situaciones de riesgo de origen interno y externo para la entidad; luego se procede a la identificación de los riesgos, reconociendo variables como agentes generadores, causas, efectos entre otros, para realizar posteriormente la calificación de los riesgos. Esta última etapa es la valoración del riesgo y se realiza de manera tal que permita establecer la probabilidad de su ocurrencia y el impacto sobre la operación del hospital y la seguridad del paciente, lo cual facilitará la definición de medidas para su adecuado manejo.

La evaluación o calificación de riesgos, establece la probabilidad de ocurrencia de estos y la importancia de sus consecuencias, calificándolas y evaluándolas a fin de determinar la capacidad del Hospital para su manejo.

a. *Clasificación del Riesgo:* Clasifique el Riesgo según la siguiente tabla:

RIESGO	VARIABLE
<b>Clínico</b>	Probabilidad de ocurrencia de un incidente en el paciente sin daño o con daño (evento adverso), producto de las intervenciones del equipo de salud. Riesgos derivados de la identificación, del diagnóstico-tratamiento, de la intervención quirúrgica, de los cuidados y servicios derivados de la atención de los pacientes.
<b>Estratégico</b>	Probabilidad de pérdidas producto de definiciones estratégicas inadecuadas y errores en el diseño de planes, programas, en la integración de las modalidades de operación siguiendo el direccionamiento estratégico, asignación de recursos, estilo de dirección y baja respuesta para la adaptación a cambios del entorno.
<b>Financiero</b>	Probabilidad de ocurrencia de un evento que tenga consecuencias financieras negativas para la institución en aspectos de mercado, créditos, tasas financieras, liquidez.
<b>Información</b>	Afectan los canales de comunicación, sistemas de información y la probabilidad de pérdidas o mal uso de información en la institución.

RIESGO	VARIABLE
<b>Cumplimiento (Legal)</b>	Probabilidad de pérdida por incumplimiento de la contraparte en negocios de la entidad y la imposibilidad de exigirle jurídicamente el cumplimiento de compromisos adquiridos. También puede presentarse por errores en la interpretación jurídica u omisión en la documentación, fallas ocasionadas en la prestación del servicio, incumplimiento de normas legales y disposiciones reglamentarias y todo aquello que pueda conducir a demandas o sanciones.
<b>Operativo</b>	Probabilidad de pérdidas ocasionadas en la ejecución de los procesos y funciones de la empresa por fallas en procesos, sistemas, procedimientos, modelos o personas que participan en dichos procesos.
<b>Tecnológico Tecnológico</b>	Riesgos por virus informáticos, vandalismo, ocio en redes informáticas, fraudes, intrusiones por hackers, daño o pérdida de información, cambio de tecnología con personal no preparado con incremento de los costos, menor eficiencia e incumplimiento en condiciones de satisfacción de los servicios prestados a la comunidad.
<b>Ambiental</b>	Cualquier condición o circunstancia en que un elemento, producto, sustancia, instalación o proceso pueda ocasionar un daño directo a la cantidad y/o calidad de un recurso natural, ecosistema, paisaje o un daño indirecto al ser humano o los bienes naturales como consecuencia de lo anterior..
<b>Salud Ocupacional</b>	Posibilidad de ocurrencia de un evento de carácter negativo en el trabajo capaz de desencadenar alguna perturbación en la salud o integridad física del trabajador, como daño a los materiales equipo o alteración del ambiente.
<b>Fraude</b>	Probabilidad de ocurrencia de acto voluntario (intencional), por el cual una persona o grupo de personas, consejeros, directivos o empleados y/o terceras partes, emplean algún tipo de engaño para obtener un beneficio o ventaja injusta o ilegal, con perjuicio para la empresa.

RIESGO	VARIABLE
<b>Corrupción</b>	Riesgos relacionados con la acción u omisión de un servidor público, resultante del ejercicio de la función pública y apartándose de los deberes obtiene ganancias pecuniarias o favorecimiento en favor de terceros o en beneficio propio. Se contraviene el ordenamiento jurídico y los principios de honestidad, ética o moralidad.
<b>De imagen</b>	Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la institución.

- b. *Descripción del Riesgo:* Luego de haber clasificado el tipo de riesgo, descríballo de manera concisa, señalando las características generales o las formas en que observa o manifiesta el riesgo identificado.

Los riesgos clínicos pueden partir del listado y estadísticas de eventos centinela, de los sistemas de monitorización existentes o técnicas de lluvia de ideas del equipo de salud involucrado.

**Análisis del Riesgo:** Actividad encaminada a determinar la probabilidad de ocurrencia de un evento y el impacto que genera cada uno de los riesgos identificados, de tal forma que se pueda determinar el nivel de vulnerabilidad de los procesos ante situaciones previsibles. El análisis se realiza entonces, valorando la **PROBABILIDAD** de ocurrencia del riesgo en términos de frecuencia y su potencial **IMPACTO** sobre personas, procesos, estructura, imagen y recursos del Hospital.

La siguiente tabla describe las categorías y valores de medición propuestos para los estadios encontrados en la probabilidad y la tabla 5 los referidos al impacto.

Tabla de Criterios para clasificar la probabilidad de ocurrencia del riesgo

Calificación		Variable
1	<b>Remota</b>	Improbable que ocurra (No ha ocurrido en los últimos cinco años)
2	<b>Raro</b>	Posible que ocurra en algún momento (puede ocurrir al menos una vez en los últimos cinco años)
3	<b>Ocasional</b>	Probablemente ocurrirá (puede suceder al menos una vez en los últimos dos años).
4	<b>Frecuente</b>	Probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias (al menos una vez en el último año)
5	<b>Casi seguro</b>	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias (más de una vez al año)

Adaptado parcialmente de VA National Center for Patient Safety [http://www.patientsafety.gov/SafetyTopics/HFMEA/HFMEA\\_JQI.pdf](http://www.patientsafety.gov/SafetyTopics/HFMEA/HFMEA_JQI.pdf) y DAFP (Colombia) [http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive\\_publicaciones?no=558](http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive_publicaciones?no=558)

Tabla de Criterios para la calificación del impacto del riesgo

Calificación		Variable
1	<b>Insignificante</b>	Las consecuencias de los riesgos, si ocurren no afectan a ningún proceso del Hospital.
2	<b>Menor</b>	Las consecuencias de los riesgos, si ocurren, afectan levemente al Hospital y pueden pasar desapercibidas para el paciente y no afectan la prestación del servicio ni la imagen institucional.  En equipos o instalaciones daños por cuantía menor a 150 SMLMV.

Calificación		Variable
3	Moderado	<p>Las consecuencias de los riesgos pueden afectar parcialmente los procesos y servicios del Hospital, pero las pérdidas y daños son menores y no afectan la imagen institucional.</p> <p>En los pacientes puede aumentar la estancia o el nivel de complejidad de cuidados para 1 o 2 pacientes; en los visitantes puede requerirse atención sin hospitalización para 1 o 2 de ellos; en el personal pérdida de tiempo y restricciones por enfermedad o lesiones.</p> <p>En equipos o instalaciones daños por cuantía de 150 a 450 SMLMV.</p>
4	Mayor	<p>Las consecuencias de los riesgos pueden afectar de manera importante los procesos y servicios del Hospital y afectarse igualmente la imagen institucional.</p> <p>En los pacientes puede producirse discapacidad, desfiguramiento, requerir intervención quirúrgica y aumento de la estancia o del nivel de complejidad en cuidados para 3 o más pacientes; en los visitantes puede requerirse hospitalización para 1 o 2 de ellos; en el personal hospitalización de 1 o 2 de ellos.</p> <p>En equipos o instalaciones daños por cuantía de 450 a 1500 SMLMV.</p>
5	Catastrófico	<p>Las consecuencias pueden afectar totalmente al Hospital produciendo daños irreversibles y afectarse la imagen institucional de manera grave.</p> <p>El resultado en pacientes puede ser muerte o discapacidad grave, suicidio, violación, reacción-hemofílica post-transfusional, cirugía en sitio equivocado, raptos de niños, entrega de niños a familia equivocada; en visitantes puede producirse muerte o requerirse hospitalización para más de 3 personas; en el personal puede producir muerte u hospitalización de 3 o más personas.</p> <p>En equipos o instalaciones daños por cuantía superior a 1500 SMLMV.</p>

Adaptado parcialmente de VA National Center for Patient Safety [http://www.patientsafety.gov/SafetyTopics/HFMEA/HFMEA\\_JQI.pdf](http://www.patientsafety.gov/SafetyTopics/HFMEA/HFMEA_JQI.pdf) y DAFP (Colombia) [http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive\\_publicaciones?no=558](http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive_publicaciones?no=558)

### Categoría y Subcategoría según el tipo de impacto

El tipo de impacto puede darse en confidencialidad en la información, credibilidad o imagen, impacto legal, operativo, impacto como evento adversos, éstos tienen las siguientes subcategorías.

Impacto de confidencialidad en la información.

Nivel	Concepto
1	Personal
2	Grupo de trabajo
3	Relativa al proceso
4	Institucional
5	Estratégica

Impacto de credibilidad o imagen

Nivel	Concepto
1	Grupo de funcionarios
2	Todos los funcionarios
3	Usuarios ciudad
4	Usuarios región
5	Usuarios país

Impacto Legal

Nivel	Concepto
1	Multas
2	Demandas
3	Investigación disciplinarias
4	Investigación fiscal
5	Investigación-sanción

Impacto Operativo

Nivel	Concepto
1	Ajustes a una actividad concreta
2	Cambios en los procedimientos
3	Cambios en la interacción de los procesos
4	Intermitencia en el servicio
5	Para total del proceso

### Impacto como evento adverso

Nivel	Concepto
1	Evento con daño
2	Evento sin daño
3	Posible evento centinela
4	Evento centinela

- c. *Evaluación del Riesgo:* Las actividades, atenciones y en general los procesos y proyectos que adelante el Hospital, siempre tendrán algún grado de riesgo en su desarrollo, el cual debe valorarse con el fin de definir las acciones que permitan su prevención, supresión, mitigación o aceptabilidad según el caso. Para identificar los riesgos y clasificarlos en el Hospital General de Medellín se define la siguiente matriz:

### Crterios para la evaluación del riesgo

<b>Probabilidad</b>					
<b>Casi seguro (5)</b>					
<b>Frecuente (4)</b>					
<b>Ocasional (3)</b>					
<b>Raro (2)</b>					
<b>Remota (1)</b>					
	<b>Insignific ante (1)</b>	<b>Menor (2)</b>	<b>Moderado (3)</b>	<b>Alto (4)</b>	<b>Catastró fico (5)</b>
<b>Impacto</b>					

Acorde los criterios descritos en la tabla anterior, se definen las siguientes zonas de riesgo y la actuación mínima subsecuente una vez sean valorados.

<b>Zonas o niveles de criticidad e intervención del riesgo</b>		<b>Calificación según: CRITICIDAD DEL RIESGO</b>
Zona de Riesgo Bajo	Dada su baja probabilidad de presentación, es posible asumir el riesgo, pero deben planearse acciones para reducirlo en caso que se presente.	Asumir el riesgo
Zona de Riesgo Moderada	Evaluada la probabilidad e impacto es posible asumir el riesgo pero siempre acompañado de acciones para reducirlo y evitarlo en lo posible.	Asumir el riesgo, reducir el riesgo
Zona de Riesgo Alta	En esta zona de riesgo alta debe siempre evitar, reducir, compartir o transferir el riesgo.	Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir
Zona de Riesgo Extrema	En esta zona de riesgo extrema debe siempre y de manera simultánea: evitarse el riesgo, reducirlo y compartir o transferir el riesgo. Los puntos de control deben ser más estrictos	Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir

### Relación Costo Beneficio

Describe de manera breve cuál es el peso total de beneficios que se puede tener de implementar ciertos controles para minimizar posibles riesgos, se debe buscar siempre que los beneficios superen los costos de implementar controles para que realmente haya éxito, caso contrario sería un fracaso.

### Análisis, Valoración de Controles y Cálculo del Riesgo Residual

Esta etapa de la Administración del Riesgo permite establecer el estado actual del manejo del riesgo a través de los controles establecidos tanto manuales como en el software; lo realizan los responsables de los procesos en su actuación de autocontrol, verificado por la Oficina de Control Interno en su actuación de evaluación independiente.

Para calcular el riesgo residual es necesario primero evaluar la efectividad de los controles, teniendo en cuenta que el control se define como “toda acción que tiende a minimizar los riesgos, significa analizar el desempeño de las operaciones, evidenciando posibles desviaciones frente al resultado esperado para la adopción

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 02, Fecha: 18/03/2016

de medidas preventivas. Los controles proporcionan un modelo operacional de seguridad razonable en el logro de los objetivos”.

Los controles necesarios para impactar los riesgos se clasifican en:

**Preventivos:** aquellos que actúan para eliminar las causas del riesgo, para prevenir su ocurrencia o materialización.

**Correctivos:** aquellos que permiten el restablecimiento de la actividad después de ser detectado un evento no deseable; también permiten la modificación de las acciones que propiciaron su ocurrencia.

El proceso para evaluar la gestión del riesgo y calcular el riesgo residual, deberá tener en cuenta la existencia y efectividad de los controles y responder a las siguientes preguntas en el ejercicio de su evaluación:

- 1) ¿Existen herramientas para ejercer el control?
- 2) ¿Están documentados los controles, existen manuales o procedimientos que se estén aplicando en la actualidad?
- 3) ¿Son efectivos para minimizar el riesgo?
- 4) ¿Hay responsable del seguimiento a cada control?
- 5) ¿Es adecuado y correcto el seguimiento al control?

Las respuestas a las preguntas anteriores podrán ubicar la Valoración del Riesgo, según se detalla en la matriz de riesgo que el hospital adopta y que hace parte del programa.

### **Mecanismos de seguimiento y verificación:**

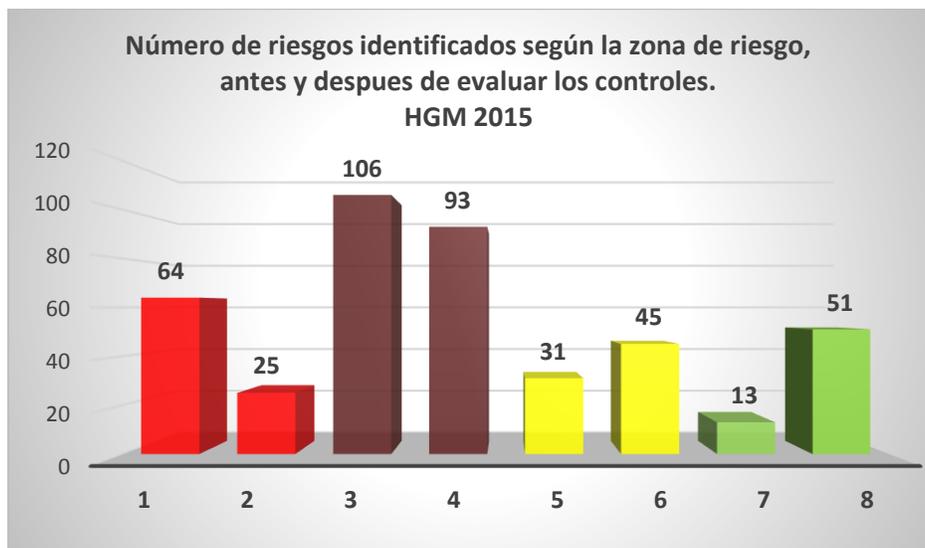
Por lo menos cada semestre, cada responsable de proceso realizará una autoevaluación a la gestión del riesgo, determinando la efectividad de sus controles para minimizar el riesgo, a su vez la Oficina de Control Interno realizará su propio informe de evaluación de riesgos y controles de segundo orden.

El hospital dispondrá en la intranet el Mapa de los riesgos tanto clínicos como administrativos segregados por procesos y responsables para su debida consulta y gestión, este engloba la totalidad de los riesgos a gestionar alojados en una tabla de Excel debidamente clasificados y valorados.

El responsable de proceso hará un control de primer orden en los tiempos definidos con el líder del área. Las áreas de apoyo pueden hacer un control cruzado a este control operativo y generará sus recomendaciones. La Oficina de Control Interno realizará un control de segundo orden en los tiempos establecidos y emitirá un informe de la conformidad o no de los controles de primer orden.

### Acciones para su manejo:

- Se destaca el compromiso de la gerencia en apoyar la gestión de los riesgos, ya que se definió como alta prioridad en el plan de trabajo del 2015.
- Mayor interés y concientización de los diferentes líderes en el tema de la gestión de riesgos, a través de reuniones de despliegue, de acompañamiento y el trabajo en equipo a la hora de realizar las actividades de identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos operativos inherentes al proceso.
- El porcentaje de cumplimiento de los procesos, en la elaboración de la matriz de riesgo es del 100%, lo cual evidencia el compromiso y participación activa de los Directores y líderes de los procesos.
- Se obtiene el mapa de riesgos único de la institución, esta herramienta le permite al hospital tener un inventario detallado con la descripción de riesgos y las posibles consecuencias y las acciones para su tratamiento dependiendo del análisis y la valoración, incluido los riesgos de corrupción y fraude.
- Se identifican 214 riesgos entre 39 procesos, como riesgos residuales se obtienen, 25 riesgos en zona extrema, 93 en zona alta, 45 en zona moderada y 51 riesgos en zona baja.



**Tabla Número de riesgos identificados según zona de riesgo.**

Procesos	Riesgos Identificados	EVALUACIÓN DE RIESGO							
		Riesgos Extremos		Riesgos Altos		Riesgos Moderado		Riesgos Bajos	
39	214	64	25	106	93	31	45	13	51

Los riesgos extremos residuales conforman el 12%, los riesgos altos el 43,5%, los riesgos Moderados el 21% y los riesgos bajos el 23,8% de los riesgos totales.

Los riesgos de corrupción que se tenían (37) fueron agregados por afinidad, y se definieron ocho riesgos (ver tabla anexa), estos riesgos serán vinculados a los procesos para su gestión y seguimiento regular por parte de los líderes y directores.

Se destaca la contratación de una consultoría en riesgos que impulse el programa, la cultura del autocontrol, el seguimiento regular a los controles definidos aplicando la metodología sistemática de administración de riesgos, incluye los riesgos de corrupción y fraude.

RIESGOS DE CORRUPCIÓN	CONSECUENCIA
<b>Puede suceder</b>	<b>Lo que podría ocasionar</b>
Cohecho, concusión, omisiones, peculados, prevaricato, soborno	Probables pérdidas económicas por fraude o corrupción. Pérdida de imagen institucional. Probabilidad de sanciones y demandas. Posibles investigaciones penales, disciplinarias y fiscales.
Extralimitación de funciones, defraudación, despilfarro, complacencia, amiguismo. No se estimula o se restringe la presencia de la ciudadanía o de la comunidad en la	Probables pérdidas económicas por fraude o corrupción. Pérdida de imagen institucional. Probabilidad de sanciones y demandas.

RIESGOS DE CORRUPCIÓN	CONSECUENCIA
Puede suceder	Lo que podría ocasionar
vigilancia o acompañamiento de las actividades de la entidad	Posibles investigaciones penales, disciplinarias y fiscales.
Los procesos de selección, incluyendo las instancias gerenciales no cumplen con el rigor técnico y administrativo. Personas sin las condiciones requeridas para desarrollar su trabajo con calidad y la entidad no se preocupa por prepararlas	Probables pérdidas económicas por fraude o corrupción. Pérdida de imagen institucional. Probabilidad de sanciones y demandas. Posibles investigaciones penales, disciplinarias y fiscales.
Inversiones de dineros públicos en entidades de dudosa solidez financiera, a cambio de beneficios indebidos para servidores públicos encargados de su administración. Inexistencia de registros auxiliares que permitan identificar y controlar los rubros de inversión.	Probables pérdidas económicas por fraude o corrupción. Pérdida de imagen institucional. Probabilidad de sanciones y demandas. Posibles investigaciones penales, disciplinarias y fiscales.
Concentración de información de determinadas actividades o procesos en una persona. Sistemas de información susceptibles de manipulación o adulteración. Ocultar a la ciudadanía la información considerada pública.	Probables pérdidas económicas por fraude o corrupción. Pérdida de imagen institucional. Probabilidad de sanciones y demandas. Posibles investigaciones penales, disciplinarias y fiscales.

RIESGOS DE CORRUPCIÓN	CONSECUENCIA
Puede suceder	Lo que podría ocasionar
<p>Fallos disciplinarios subjetivos. Dilatación de procesos disciplinarios con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo. Exceder las facultades legales en los fallos disciplinarios.</p>	<p>Probables pérdidas económicas por fraude o corrupción. Pérdida de imagen institucional. Probabilidad de sanciones y demandas. Posibles investigaciones penales, disciplinarias y fiscales.</p>
<p>Proceso contractual sin estudios técnicos. Improvisación en la contratación de bienes y servicios. Incumplimiento del estatuto contractual y de los principios de la contratación. Manipulación del proceso y deficiente elaboración de pliegos de condiciones.</p>	<p>Probables pérdidas económicas por fraude o corrupción. Pérdida de imagen institucional. Probabilidad de sanciones y demandas. Posibles investigaciones penales, disciplinarias y fiscales.</p>
<p>Falta de control jurídico. El Lobby o tráfico de influencias por parte interesados o grupos de presión de orden gremial, social político o económico u otras conductas corruptas de terceros y/o servidores públicos. Aclaraciones, adiciones, adendas y prorrogas que obran en contravía del interés general. Deficiente cumplimiento de las labores de supervisión de contratos</p>	<p>Probables pérdidas económicas por fraude o corrupción. Pérdida de imagen institucional. Probabilidad de sanciones y demandas. Posibles investigaciones penales, disciplinarias y fiscales.</p>

Ver anexo 1. Mapa de riesgos de corrupción

A continuación se describen las actividades programadas para el 2016, buscando dar cumplimiento a los cinco subcomponentes del componente de riesgos de corrupción: política de administración del riesgo, construcción del mapa de riesgos de corrupción, consulta y divulgación, monitoreo y revisión y seguimiento.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 01, Fecha: 22/01/2016

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2016

Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción

Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
<b>Subcomponente 1 Política de Administración de Riesgos</b>	1.1 Definir e implementar estrategias para socializar, la política y el programa de riesgos en los diferentes procesos.	100 % de los procesos, con socialización de la política y el instructivo de riesgos	Gestor de riesgos						
<b>Subcomponente 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción</b>	2.1 Formalizar el rol de gestor de riesgos y ajustar la matriz de riesgos	Gestor de riesgos definido	Comité Coordinador del Sistema de Control Interno						
	2.2 Ajustar los mapas de riesgos de los 39 procesos e incorporarles los riesgos de corrupción	Mapa de riesgos de corrupción actualizado	Oficina de control interno Gestor de riesgos Líderes de los procesos						
<b>Subcomponente 3 Consulta y divulgación</b>	3.1 Publicar el mapa de riesgos de corrupción	Mapa de riesgos de corrupción publicado en la página web	Jefe de calidad y planeación						
	3.2 Socializar el mapa de riesgos de corrupción	100 % de los procesos, con socialización del mapa de riesgos de corrupción	Gestor de riesgos Líderes de los procesos						
<b>Subcomponente 4 Monitorio y revisión</b>	4.1 Revisión del programa de riesgos y hacer explícita las responsabilidades en la gestión de los riesgos, específicamente los riesgos de corrupción (estructura de gobierno).	Programa de riesgos actualizado con la estructura de gobierno de riesgos	Revisoría Fiscal Oficina de Calidad y Planeación y todos los procesos. Equipo operativo MECI						
	4.2 Seguimiento periódico a los riesgos de corrupción en los diferentes procesos que permita establecer la solidez y efectividad de los controles, el plan de tratamiento propuesto y la aparición de nuevos riesgos	Mapa de riesgos de corrupción con seguimiento	Gestor de riesgos Líderes de los procesos						
<b>Subcomponente 5 Seguimiento</b>	5.1 Realizar la verificación de la ejecución de las estrategias anticorrupción y atención al ciudadano, la visibilización, el seguimiento y control de las acciones	Informes de auditoría	Asesor de control interno Profesional control interno						
	5.2 Consolidar la cultura de la administración de los riesgos en la institución	Índice de madurez del riesgo	Gestor de riesgos Comité Coordinador del Sistema de Control Interno Líderes de los procesos Equipo Operativo MECI						

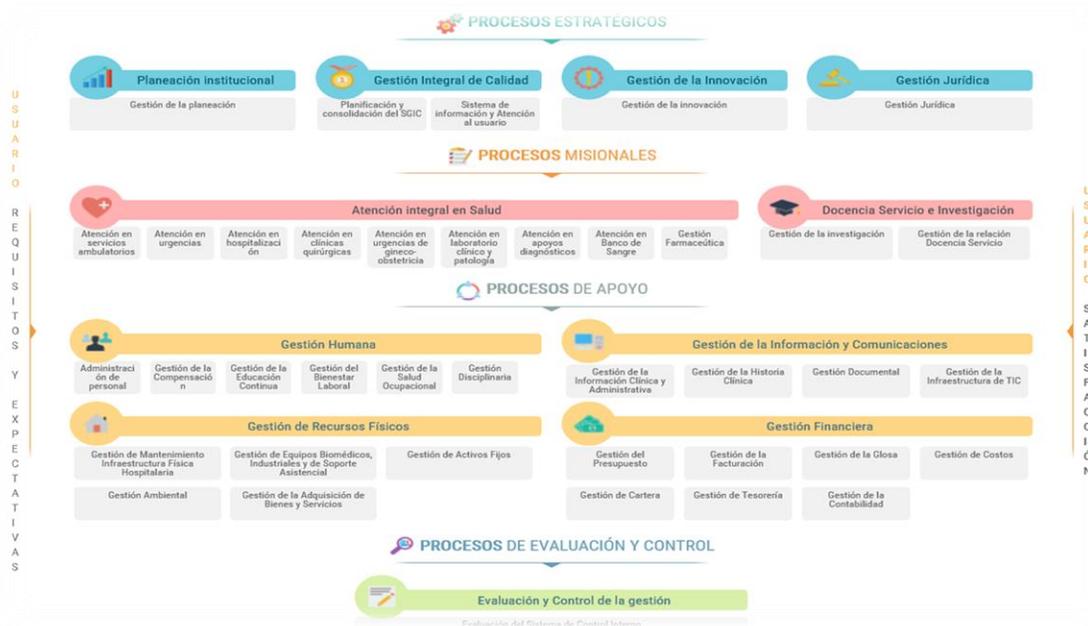
## 4.2 SEGUNDO: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

El componente Anti Trámite en el Hospital General de Medellín, se concibe como una herramienta de prevención de actos de corrupción que apunta al cumplimiento de la Ley 962 de 2005, Ley 1474 de 2011 y el Decreto Ley 019 de 2012, mediante la formulación de estrategias que permiten simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y/o automatizar los procesos, para que los usuarios y demás partes interesadas puedan acceder a los servicios ofertados por el Hospital.

Esta estrategia se trabaja de manera articulada con el comité de Gobierno en línea, lo que ha permitido la revisión de los procesos existentes y hacer el levantamiento, consolidación y actualización de los trámites que deben realizar los usuarios para acceder a los servicios.

Dicho trabajo permitió avanzar en la identificación y el ingreso de la información en la hoja de vida de trámites y servicios del Sistema Unico de Información de Trámites SUIT<sup>3</sup>, suministradas por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

En el Hospital General de Medellín se tienen caracterizados 39 procesos institucionales y documentados 160 procedimientos, y cuenta con 88 servicios habilitados ante la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.



<sup>3</sup> El SUIT, es un sistema electrónico de administración de información de trámites y servicios de la Administración Pública Colombiana que opera a través del Portal del Estado Colombiano, administrado por el DAFP por mandato legal, en alianza estratégica con el Ministerio de Comunicaciones- Programa Gobierno en línea. Este sistema permite integrar la información y actualización de los trámites y servicios de las entidades de la administración pública, para facilitar a los ciudadanos la consulta de manera centralizada y en línea.

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 01, Fecha: 22/01/2016

De la priorización realizada en el año 2015, con respecto a los servicios que se debían intervenir, a la fecha se tienen los siguientes trámites registrados en el SIUT:

a. Examen de laboratorio clínico

Descripción: Acceder a la toma de muestras de sangre y/o fluido corporal para exámenes de laboratorio de baja, mediana y alta complejidad, para procesamiento y posterior valoración médica.

<http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=19310>

b. Radiología e imágenes diagnósticas

Descripción: Obtener imágenes del paciente para efectos diagnósticos y terapéuticos, mediante la utilización de ondas del espectro electromagnético y de otras fuentes de energía.

<http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=19339>

c. Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos

Descripción: Entregar uno o más medicamentos o dispositivos médicos a un paciente y la información sobre su uso adecuado de acuerdo con la prescripción médica.

<http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=19418>

d. Terapia

Descripción: Acceder a tratamientos para la habilitación o rehabilitación integral del paciente.

<http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=19096>

e. Atención inicial de urgencias

Descripción: Atención de personas que requieren de la protección inmediata por presentar alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona.

<http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=19112>

f. Servicio de vacunación

Descripción: Aplicar biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI a menores de 0 a 5 años de edad, niñas entre 9 y 17 años de edad, mujeres en edad fértil entre 10 y 49 años de edad y adultos mayores de 60 años de edad, para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles.

<http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=16218>

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 01, Fecha: 22/01/2016

g. Asignación de cita para la prestación de servicios en salud

Descripción: Agendar una cita para acceder a la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades del usuario.

<http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=18436>

h. Certificado de defunción

Descripción: Acreditar legalmente el fallecimiento de una persona.

<http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=18524>

i. Historia Clínica

Descripción: Obtener la historia clínica en la cual se registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente o familia, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervienen en la atención.

<http://www.suit.gov.co/VisorSUIT/index.jsf?FI=16155>

Para 2016, en el marco del proyecto Gobierno en Línea se tienen establecidas las siguientes actividades que apoyan la estrategia de racionalización de trámites y el criterio de interoperabilidad.

PLANEACION DE LA ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN								
Nombre del trámite, proceso o procedimiento	Tipo de racionalización	Acción específica de racionalización	Situación actual	Descripción de la mejora a realizar al trámite, proceso o procedimiento	Beneficio al ciudadano y/o entidad	Dependencia responsable	Fecha realización	
							Inicio dd/mm/aa	Fin dd/mm/aa
Formulario para la solicitud de cita de manera asincrónica	Tecnológica	Trámite de solicitud de cita realizado totalmente en línea	Solicitud de cita de forma presencial o telefónica	Asignación a través de la página web de la cita de medicina especializada	Celeridad y Oportunidad	Proceso gestión de la facturación , procedimiento admisiones	Mayo de 2016	Diciembre de 2016

**PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2016**

**Componente 2: Racionalización de trámites**

Actividades	Meta o producto	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
			1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
2.1 Disponer en línea formularios para la realización de trámites y servicios	Formularios en línea habilitados	Comité de gobierno en línea						
2.2 Promocionar los trámites y servicios disponibles por medios electrónicos	Piezas comunicacionales	Comité de gobierno en línea Comunicaciones						
2.3 Evaluar periódicamente la satisfacción de sus usuarios con los trámites y servicios que la entidad presta en línea	Informe de satisfacción	Oficina de calidad y planeación Comité de gobierno en línea						
2.4 Actualizar permanentemente los trámites y otros procesos administrativos del HGM en el aplicativo Sistema Único de Información de Trámites - SUIT	Hojas de trámite actualizadas en el SUIT	Oficina del SIAU						

#### **4.3 TERCERO: RENDICIÓN DE CUENTAS.**

A través de la Ley 489 de 1998, “sobre la organización y funcionamiento de las entidades del Estado”, se establece la posibilidad de aplicar mecanismos que desarrollen el principio de transparencia y Rendición de Cuentas. En su implementación sugiere que los compromisos deben estar articulados desde el orden Nacional hacia el Departamental y de éste con el orden Municipal y sus entes descentralizados, con el fin de que haya coherencia entre los objetivos, metas y acciones del Estado, de tal forma que sea visible para el ciudadano el cómo estos resultados serán logrados en la Nación y en cada Departamento, Municipio y sus entes Descentralizados.

Todo para fortalecer, legitimar y dar credibilidad al ejercicio de la función pública frente a la ciudadanía, gestionar el desarrollo en concertación ciudadana de manera transparente y abierta con permanente deliberación pública.

##### **a. Definición de la Rendición de Cuentas.**

La rendición de cuentas es el proceso sistemático, mediante el cual, el Hospital General de Medellín se compromete en brindar a la comunidad y demás partes interesadas, información clara, confiable y coherente de todas las decisiones, acciones y resultados en el ciclo de la gestión pública (planeación, presupuestación, ejecución, seguimiento y evaluación)” al igual que los espacios institucionalizados que se dispongan para interactuar con estas partes interesadas y responder a las inquietudes que en virtud de la información suministrada se generen.

El Decreto 2482 de 2012 estableció los lineamientos generales para la integración de la planeación y la gestión de las entidades del sector público y propuso el Modelo Integrado de Planeación y Gestión que contempla la Rendición de Cuentas como uno de sus principales componentes. Dicho modelo plantea que la rendición de cuentas sea una expresión de control social que comprende acciones de petición de información y explicaciones, así como la evaluación de la gestión.

##### **b. Principios de la Rendición de Cuentas**

En el Hospital General de Medellín, se declara que la gestión de lo público es transparente. Las relaciones con la comunidad son abiertas y claras, éstas se desarrollan a través de los espacios de participación ciudadana.

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 01, Fecha: 22/01/2016

**Transparencia:** Es hacer visible la gestión del Hospital a través de la relación directa entre el gerente, equipo directivo y los servidores públicos con los usuarios que se atienden. Se materializa en la entrega de información adecuada para facilitar la participación de los ciudadanos en las decisiones que los afecten.

**Responsabilidad:** Cumplimos con los compromisos contraídos con la comunidad y demás grupos de interés.

**Imparcialidad:** Actuamos con plena objetividad e independencia en defensa de lo público

**Moralidad:** Manifestamos que actuamos bajo la responsabilidad como servidores públicos, cumplimos con las normas constitucionales y legales vigentes, y los principios éticos y morales propios de nuestra sociedad.

**Publicidad:** Reconocemos el derecho de la comunidad y de los servidores al acceso pleno, oportuno, veraz y preciso a las actuaciones, resultados e información, damos a conocer los resultados de la gestión y permitimos la fiscalización por parte de los ciudadanos, dentro de las disposiciones legales vigentes.

**Participación:** Reconocemos el principio constitucional basado en el derecho del pueblo para hacerse parte, mediante la participación de todos en las decisiones que los afecten y en vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación.

c. Elementos de la rendición de cuentas

La rendición de cuentas a los ciudadanos y demás partes interesadas en el HGM, se fundamenta en tres (3) elementos básicos:

**Información:** El elemento de información se refiere a la generación de datos y contenidos sobre la gestión, el resultado de ésta y el cumplimiento de las metas misionales y las asociadas con el plan de desarrollo institucional, así como a la disponibilidad, exposición y difusión de datos, estadísticas o documentos derivados de la gestión institucional en los diferentes procesos. Esta información debe ser de calidad y en lenguaje claro para llegar a todos los grupos poblacionales y de interés. En el HGM la información para el cliente interno, los usuarios y demás partes interesadas, se hace visible a través de diferentes estrategias algunas de las cuales se relacionan a continuación: Ver cuadro de medios para la rendición de cuentas descrito en el siguiente ítem.

- Informes de gestión y ejecución presupuestal
- Actualización de página web
- Piezas comunicativas
- Comunicados de prensa
- Redes sociales
- Utilización de espacios en medios de comunicación masiva
- Cartelera institucionales
- Implementación estrategia de gobierno en línea
- Portal de contratación

**Diálogo:** El elemento diálogo, se refiere a aquellas prácticas en que la institución, después de entregar información, da explicaciones, justificaciones o da respuesta a las inquietudes de los usuarios, funcionarios y demás partes interesadas frente a sus acciones y decisiones. Para dar cumplimiento a éste elemento la institución utiliza las siguientes estrategias:

- Audiencias públicas de rendición de cuentas: A continuación se presentan las etapas que se surten en el HGM para desarrollar la audiencia pública de rendición de cuentas



Etapas audiencia pública

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 01, Fecha: 22/01/2016

- Participación en ferias de transparencia
- Participación en mesas de trabajo regionales
- Reuniones con: Junta directiva, asociación de usuarios, proveedores de bienes y servicios, otros prestadores de servicios de salud, aseguradoras.
- Reuniones informativas a la comunidad hospitalaria
- Grupos focales

**Incentivos:** El elemento incentivo se refiere a aquellas acciones que realiza la institución para reforzar el comportamiento de los servidores públicos y ciudadanos hacia el proceso de rendición de cuentas. Para dar cumplimiento a éste elemento la institución utiliza las siguientes estrategias:

- Acompañamiento y capacitación permanente a los miembros de la asociación de usuarios y comité de ética.
- Seguimiento sistemático al plan de acción en el cual los directores y líderes de procesos presentan la gestión de los procesos y proyectos que lideran.



Elementos de la rendición de cuentas

d. Medios de Rendición de Cuentas en el Hospital General de Medellín

MEDIO DE COMUNICACIÓN	MEDIO Y PERIODICIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE
MEDIOS ESCRITOS	Informativo Pensamiento General en el mes de enero.	Dar a conocer a la comunidad Hospitalaria los resultados de los programas y proyectos del Hospital en el año inmediatamente anterior y cómo éstos benefician a la comunidad en general.	Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación
MEDIOS VIRTUALES	Página Web Institucional. <a href="http://www.hgm.gov.co">www.hgm.gov.co</a> A más tardar el 31 de enero de cada año	Publicar la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Acción de la vigencia</li> <li>Planes generales de compras</li> <li>Proyectos de inversión y su presupuesto.</li> <li>Presupuesto de la vigencia.</li> <li>Indicadores de gestión.</li> <li>Informe de Gestión de la vigencia anterior</li> <li>Estados financieros las tres últimas vigencias.</li> </ul>	Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación. Dirección Financiera
	Página Web Institucional. <a href="http://www.hgm.gov.co">www.hgm.gov.co</a> y en perfil de facebook Cada dos meses	Publicar en la página Web el informe de gestión y en el perfil de facebook los ítems más relevantes del informe de gestión. Igualmente publicar toda la contratación institucional.	Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación. Oficina de Contratación
	En la Intranet cada dos meses	Publicar las evaluaciones del plan de acción y todos los informes de gestión	Oficina de Calidad y Planeación
	Novedades del Hospital. Cada dos meses	Publicar la ejecución de los diferentes proyectos del plan de acción. Las novedades del Hospital están dirigidas a los funcionarios y colaboradores.	Comunicaciones
MEDIOS DE COMUNICACIÓN DIRECTOS	Reunión con la comunidad hospitalaria el primer trimestre de cada año	Presentar el informe de gestión anual a toda la comunidad, tanto funcionarios como colaboradores.	Gerencia Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación.

MEDIO DE COMUNICACIÓN	MEDIO Y PERIODICIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE
	Reunión con proveedores y empresas contratistas. En el primer trimestre de cada año	Presentar el informe de gestión anual a proveedores y empresas contratistas.	Gerencia Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación.
	Reunión con la asociación de usuarios y comunidad. En el primer trimestre y tercer trimestre de cada año	Presentar el informe de gestión anual e informe de gestión a junio a la asociación de usuarios y comunidad en general.	Gerencia Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación.
	Reunión medios de comunicación. En el primer trimestre de cada año	Presentar el informe de gestión a los medios de comunicación de la ciudad.	Gerencia Comunicaciones Oficina de Calidad y Planeación.
EN FORMA DIRECTA A LA JUNTA DIRECTIVA	Reunión con la Junta Directiva. Cada dos meses	Presentar ante la Junta Directiva del Hospital informe de Gestión de manera periódica donde se evidencie el avance del Plan de Acción y el Plan de Desarrollo.	Gerencia Oficina de Calidad y Planeación
ANTE EL CONCEJO DE MEDELLÍN	Reunión con el Concejo de Medellín. Cada vez que sea requerido	Evidenciar el avance del Plan de Acción del año y el Plan de Desarrollo del periodo.	Gerencia Oficina de Calidad y planeación.
ANTE EL ALCALDE DE MEDELLÍN Y	Alcalde de Medellín y/o el Vicealcalde de Salud Cada vez que sea requerido	Evidenciar el avance del Plan de Acción del año y el Plan de Desarrollo del periodo.	Gerencia Oficina de Calidad y Planeación.
ANTE LOS ORGANISMOS DE CONTROL	A la Contraloría General. Con la periodicidad definida en la Resolución N° 197 de 2010	Cumplir con el 100% de los informes de Rendición de la Cuenta a la Contraloría General de Medellín y demás organismos de control como la Supersalud.	Gerencia Oficina de Control Interno.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 01, Fecha: 22/01/2016

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2016

Componente 3: Rendición de cuentas

Subcomponente	Actividades	Meta o producto entregable	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
<b>Subcomponente 1</b> <b>Información de calidad y en lenguaje comprensible</b>	1.1 Programar y ejecutar reunión para realizar la planeación de la rendición de cuentas para el año 2016, acorde a lo establecido en el manual institucional de rendición de cuentas. (Esta programación debe incluir la caracterización de las partes interesadas a las cuales va dirigida la rendición de cuentas, el medio a utilizar y la posible fecha de ejecución).	Acta de planeación de la estrategia de rendición de cuentas	Oficina de calidad y planeación Comunicaciones	Febrero					
	1.2 Recopilar toda la información necesaria para la estructuración de las presentaciones de las audiencias públicas de rendición de cuentas según los públicos de interés con información clara y comprensible. Definir y desarrollar las piezas comunicacionales a utilizar teniendo en cuenta lo descrito en el manual.	Piezas comunicacionales realizadas	Oficina calidad y planeación. Estadística Directores y líderes	Febrero					
	1.3 Estructurar presentación definitiva y ubicarla en la página web. <b>NOTA: La presentación debe estar ubicada en la página como mínimo un mes antes de la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas.</b>	Presentación definitiva ubicada en la página web	Oficina de calidad y planeación Comunicaciones						
	1.4 Diseñar y enviar por diferentes canales, las invitaciones para la audiencia pública de rendición de cuentas a las partes interesadas.	Invitaciones enviadas de manera virtual y presencial a las partes interesadas	Comunicaciones Profesional Información y atención al usuario	Febrero					
	1.5 Publicar en la pagina web de la SUPERSALUD, en link de rendicion de cuentas, la fecha y lugar de la realización de la audiencia pública. <b>NOTA:</b> la fecha máxima para ubicar esta información es el día 10 del mes de abril.	Pantallazo en la SUPERSALUD	Oficina calidad y planeación.	Febrero					

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 01, Fecha: 22/01/2016

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2016

Componente 3: Rendición de cuentas

Subcomponente	Actividades	Meta o producto entregable	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
<b>Subcomponente 2</b> <b>Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones</b>	2.1 Realizar audiencia pública de rendición de cuentas (Se tienen espacios para las intervenciones de las partes interesadas que lo soliciten y para la resolución de las preguntas generadas durante la audiencia.	Presentaciones Listas de asistencia	Gerente Oficina de calidad y planeación Comunicaciones		Marzo				
	2.2 Aplicar encuesta y realizar evaluación de los diferentes elementos de la rendición de cuentas	Resultados de la encuesta de percepción de la rendición de cuentas	Oficina calidad y planeación.		Marzo				
	2.3 Estructurar informe y acta de la audiencia pública, ubicarla en la página web y enviarla a la supersalud Link:supersalud.gov.co rendición de cuentas. <b>NOTA:</b> La realización y resultado de la audiencia pública debe estar ubicado en el link de la super como máximo un mes después de la realización de la audiencia en el formato establecido por esta institución.	Acta de rendición de cuentas Informe de audiencia pública	Oficina de calidad y planeación Comunicaciones		Marzo				
<b>Subcomponente 3</b> <b>Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas</b>	3.1 Informar a los usuarios los mecanismos de participación	Incluir en cada audiencia de rendición de cuentas realizada a la comunidad, los mecanismos que tiene la institución para fortalecer la participación ciudadana	Oficina de calidad y planeación Comunicaciones		Marzo				
	3.2 Incorporar en el plan de despliegue semanal de los colaboradores, el plan anticorrupción y atención al ciudadano haciendo especial énfasis en el componente de rendición de cuentas.	Presentación ubicada en la intranet Listas de asistencia	Calidad y planeación	Febrero					
	3.3 Presentación sistemática de los avances de los diferentes proyectos del plan de acción por parte de los líderes	Acta seguimiento plan de acción	Gerencia Oficina de calidad y planeación Directores y líderes						

**PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2016**

**Componente 3: Rendición de cuentas**

Subcomponente	Actividades	Meta o producto entregable	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
<b>Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional</b>	4.1 Retrolimentar los resultados de las audiencias públicas a los directores y líderes de los procesos para que los tengan en cuenta como insumos en la implementación del modelo de mejoramiento institucional.	Plan de Mejoramiento	Oficina de calidad y planeación Comunicaciones						
	4.2 Hacer seguimiento sistemático a las oportunidades de mejora derivadas de las audiencias públicas de rendición de cuentas.	Plan de mejoramiento con seguimiento a las acciones definidas	Oficina de calidad y planeación Comunicaciones						
	4.3 Estructurar carpeta de evidencias de todas las acciones que hacen parte del proceso de rendición de cuentas, (Diálogo, información e incentivos) dentro de la cual se encuentra la estrategia de audiencias públicas.	Carpeta con evidencias	Oficina de calidad y planeación			Abril			

#### **4.4 CUARTO: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO.**

Con el propósito de brindar un mejor servicio a los usuarios y sus familias, los cuales se constituyen en el eje central del modelo de atención del Hospital General de Medellín, se han caracterizado y estandarizado 39 procesos de los cuales 11, son clasificados como misionales o de cara al usuario. Cada proceso cuenta con una caracterización en la cual se establecen las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias durante todo el ciclo de atención, es decir desde que ingresan hasta que salen.

Igualmente para mejorar y fortalecer la atención a nuestra población usuaria, el Hospital ha estructurado y fortalecido el proceso “Sistema de información y orientación al Usuario”, el cual tiene como objetivo: Mantener una relación y comunicación asertiva con el usuario, su familia y partes interesadas en la búsqueda de la satisfacción de sus expectativas, suministrándole información y orientación, gestionando oportunamente sus requerimientos, protegiendo y promoviendo sus Derechos y Deberes, fomentando espacios de participación permitiéndole contar con un mecanismo de comunicación directa con la Institución, con el fin de garantizar una atención humanizada y una solución o respuesta oportuna, eficiente y eficaz a sus necesidades.

Éste proceso, está caracterizado y se desarrolla a través de tres procedimientos así:

- Atención y Orientación al Usuario.
- Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos.
- Monitoreo de la Satisfacción del Usuario.

##### **a. Atención y Orientación al Usuario.**

La Oficina de Atención al Usuario desarrolla estrategias orientadas hacia la humanización de la atención en salud, del ejercicio de los deberes y los derechos del usuario en el contexto del respeto permanente por la persona. Se informa a los usuarios sobre el uso, acceso y disponibilidad de los servicios que presta la Institución; se educa sobre mecanismos para acceder a los diferentes niveles de atención en salud; se apoya con trámites en casos especiales; se orienta sobre el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud; se brinda acompañamiento y soporte a la Asociación de Usuarios de la Salud del HGM; cuando sea necesario, conjuntamente con otras dependencias se buscan alternativas de solución a los diferentes requerimientos y peticiones de los usuarios.

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 01, Fecha: 22/01/2016

Para llevar a cabo lo anterior, se cuenta con dos funcionarios y se dispone de canales de comunicación directa que promueven y facilitan la participación de la comunidad como son:

Canal	Modo de Contacto	
Telefónico	Línea gratuita nacional: 01 8000 411124, disponible 24 horas Línea telefónica local: 262 17 43, disponible 24 horas Línea telefónica 384 73 00 extensión 1813, disponible en horas Hábiles	
Físico	Toda correspondencia, documentos o escritos	
Virtual	Correos Electrónicos:	<a href="mailto:atencionalusuario@hgm.gov.co">atencionalusuario@hgm.gov.co</a> <a href="mailto:contacto@hgm.gov.co">contacto@hgm.gov.co</a>
	Sitio Web	<a href="http://www.hgm.gov.co/es/contacto/">http://www.hgm.gov.co/es/contacto/</a>
Presencial	Proceso personalizado en la Oficina de Atención al Usuario ubicada en el primer piso.	
Buzones	En cada servicio del hospital se han dispuesto buzones y se facilitan los formatos donde el usuario puede escribir Sugerencias, Reclamos, Agradecimientos o Felicitaciones. Se hace recorrido por los buzones diariamente y se realiza la respectiva gestión para dar la respuesta en los términos de ley.	
Redes sociales	Perfil en Facebook	

Esta actividad hace referencia a la escucha activa al usuario, su familia y/o partes interesadas, solicitando información adicional si es necesario, con el fin de entregar respuesta o servicio según lo solicitado, para lo cual se hace uso de la información, normatividad vigente, herramientas, mecanismos y recursos disponibles, contactando funcionarios de otros servicios personal, virtual o telefónicamente, buscando apoyo en otras entidades cuando esto fuere necesario, sensibilizando sobre los procesos a seguir y ofreciendo otras alternativas, cuando no sea posible resolver la necesidad del usuario o responder satisfactoriamente a su requerimiento.

Se busca siempre mostrar al usuario la comprensión de su situación, transmitirle el esfuerzo realizado por intentar resolver su necesidad y de paso educarlo sobre los conductos regulares, mecanismos y formas de acceder al Sistema de Salud actual.

b. Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos.

Los elementos generadores de reclamos, sugerencias, felicitaciones y agradecimientos de los usuarios son la herramienta fundamental para el Sistema de Gestión Integral de Calidad, ya que este se ve fortalecido con la participación oportuna en la manifestación concreta de elementos que son oportunidades de mejora para nuestra Institución.

Uno de los procesos propios del SIAU es el trámite de los Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos; la oficina de Atención al Usuario se encarga de recibirlos y, haciendo uso de un aplicativo, radicarlos, clasificarlos y enviarlos a la instancia pertinente para establecer las medidas correctivas o tomar las decisiones necesarias.

Estas manifestaciones pueden hacerse llegar por cualquiera de los medios de acceso descritos en el procedimiento anterior y deben contener información clara del usuario para contactarlo y facilitar así la entrega de la respectiva respuesta.

Se da respuesta final al usuario de forma verbal o escrita cuando el usuario así lo solicite, con base en las indagaciones realizadas por cada director o líder de proceso, en un término no mayor a 10 (diez) días hábiles contados desde el momento de la recepción en la Oficina de Atención al Usuario.

En los casos en que debido a la dinámica de los servicios o la complejidad de la situación presentada se requiera un término mayor para responder, se contactará nuevamente al usuario informando el tiempo adicional requerido.

Se tiene como mecanismo de seguimiento a la respuesta oportuna y con calidad de los Reclamos y Sugerencias presentados por los usuarios, encuesta de calidad de la respuesta, los informes semanales y mensuales que se envían a los responsables con manifestaciones abiertas, los informes mensuales para el Comité de Humanización, Comité de Ética Hospitalaria, Asociación de Usuarios y el informe bimestral para el Plan de Acción.

Además se cuenta con los siguientes indicadores:

INDICADOR	INTERPRETACIÓN	META
Índice Combinado de Satisfacción - (indicador de imagen institucional)	Entre 0 y 5 se considera que una empresa genera mucha mayor opinión negativa y que está lejos de cumplir la expectativa de los clientes.	Superior a 7

INDICADOR	INTERPRETACIÓN	META
	<p>Entre 5 y 7 se considera que se encuentra en un campo neutro y en la medida que el índice crezca se está equilibrando la opinión y se está dando motivos de aprecio como de reclamo. Se llama campo neutro. No es una buena posición porque no se generan razones para la lealtad.</p> <p>Superior a 7 se considera que la empresa genera mayor opinión positiva y que está cumpliendo con las expectativas de los clientes. Entre mayor, mayor es la memorabilidad que se genera.</p>	
Índice de reclamaciones	Establece el número de reclamaciones presentadas por cada 1000 usuarios atendidos en los diferentes servicios de la Institución	Menor de 5
Promedio de tiempo de respuesta a reclamos y sugerencias	Establece el número de días promedio en que se le dio respuesta a las reclamaciones y sugerencias presentadas por los usuarios	Menor de 10

Como fortalecimiento al proceso, en el año 2015, se realizó la automatización del procedimiento de gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos, a través del aplicativo EURODOC, lo que ha permitido mejorar la oportunidad en las diferentes etapas de la gestión de las expresiones de los usuarios.

Por otro lado, desde el Programa 2. Mantenimiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad del Plan de Acción como parte del Plan de Desarrollo Institucional, se cuenta con el proyecto 2.1.7. Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos, cuyas actividades se realizan en cada bimestre, como lo indica la tabla a continuación.

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 01, Fecha: 22/01/2016

PRODUCTO	METAS FÍSICAS		ACTIVIDADES	PONDERACIÓN	Avance Físico Programado/ Bimestre						RESPONSABLES
	LÍNEA BASE	META			1	2	3	4	5	6	
2.1.7. Gestión de Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Agradecimientos	100%	100%	Recibir el reclamo o sugerencia a través de los diferentes medios que tiene el HGM para tal fin	20%	3.33%	3.33%	3.33%	3.33%	3.33%	3.33%	Profesional Atención al Usuario
			Clasificar, analizar, codificar y/o enviar la información recibida a los respectivos jefes.	20%	3.33%	3.33%	3.33%	3.33%	3.33%	3.33%	Profesional Atención al Usuario
			Dar respuesta a todos los usuarios que establecieron contacto con el HGM.	30%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	Profesional Atención al Usuario y Director o Líder respectivo
			Seguimiento a la gestión de la respuesta al usuario	10%	1.66%	1.66%	1.66%	1.66%	1.66%	1.66%	Profesional Atención al Usuario
			Socialización del SIAU en los servicios	10%	1.66%	1.66%	1.66%	1.66%	1.66%	1.66%	Profesional Atención al Usuario
			Orientación y Atención al Usuario	10%	1.66%	1.66%	1.66%	1.66%	1.66%	1.66%	Profesional Atención al Usuario

c. Monitoreo de la Satisfacción del Usuario.

La medición de la Satisfacción del Usuario, es el conjunto de actividades necesarias que debe realizar el prestador de los servicios de salud, para conocer en forma

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 01, Fecha: 22/01/2016

técnica y objetiva, la percepción que tienen los usuarios de la calidad, eficiencia, eficacia, efectividad y calidez de la atención en los servicios que han recibido.

Se realiza a través de encuestas que evalúan el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. Cuando hablamos del usuario, nos referimos tanto al cliente externo de los servicios, como al cliente interno de los productos y servicios intermedios que se generan en los diferentes subprocesos o actividades de la atención en salud.

De acuerdo con los resultados obtenidos se determinan acciones de retroalimentación para mejorar o mantener la calidad de la prestación de los servicios en la Institución.

Otras estrategias que tiene implementado el HGM para mejorar la atención al ciudadano son:

- Actualización y difusión del portafolio de servicios institucional
- Actualización y disposición en lugares visibles de información como:
  - Derechos y deberes de los usuarios
  - Descripción de los procedimientos y trámites
  - Horarios y puntos de atención
  - Preparación para exámenes de apoyo diagnóstico
  - Señales de alerta y de alarma según grupo poblacional
- Se tienen establecidos procedimientos y se han adecuado espacios físicos y facilidades estructurales para la atención prioritaria de personas en situación de discapacidad, niños, niñas, mujeres gestantes y adultos mayores.
- Se estandarizó la política de cultura organizacional la cual tiene como objetivo, promover la transformación cultural en todos los colaboradores, a fin de recrear en el usuario y todos los públicos involucrados, el más alto nivel de satisfacción basado en la oferta diferencial del servicio. La política establece seis vectores por los cuales los funcionarios y colaboradores del Hospital General de Medellín, nos identificamos:

- ✓ Excelencia en el servicio
- ✓ Gestión del riesgo
- ✓ Trato humanizado
- ✓ Seguridad del paciente
- ✓ Gestión transparente
- ✓ Enfoque hacia los resultados

Ya se inició el proceso de despliegue de la política y está en etapa de revisión el programa de cultura, en el cual se definen los lineamientos y las estrategias que se utilizarán para el fortalecimiento de la cultura organizacional en el Hospital General de Medellín.

- Estructuración del plan de capacitación institucional, en el cual se incorporan temas que buscan mejorar las competencias del personal en relación con la atención a los usuarios y sus familias.
- Fortalecimiento de los mecanismos de participación ciudadana

El SIAU se materializa en la Oficina de Atención al Usuario, lugar donde se desarrollan estrategias orientadas hacia la humanización de la atención en salud, del ejercicio de los deberes y los derechos del usuario en el contexto del respeto permanente por la persona y donde se tienen como acciones permanentes:

- Fomento de espacios de participación,
- Búsqueda activa de Eventos Adversos,
- Conquista de usuarios para hacer parte de la Asociación de Usuarios,
- Acompañamiento, soporte y medio de contacto de la Asociación de Usuarios de la Salud del HGM.

Asociación de usuarios:

Es una agrupación de personas que se organizan alrededor de las IPS y las EPS para velar por el cumplimiento de los derechos de los usuarios y por la prestación de servicios con calidad, oportunidad y trato digno.

Funciones:

- Asesora a usuarios.
- Participa en la elaboración, ejecución y evaluación de los planes de desarrollo Institucional.
- Crea, establece y mantiene canales de comunicación entre Usuarios e Institución.

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 01, Fecha: 22/01/2016

- Vela por la calidad de los servicios y por la respuesta oportuna y efectiva de las peticiones de los usuarios.
- Promociona los servicios de la institución
- Participa en diferentes instancias: CMSSS (Comité municipal de seguridad social en salud) COPACO, (Comité de participación comunitaria), Junta Directiva de la ESE, Comité de Ética.

Como estrategia de búsqueda de redes de apoyo, intra e interinstitucional, se participa en espacios como el Comité de Ética Hospitalaria, Grupo de Humanización, Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPYG en los comités de Participación Ciudadana y de Atención al Ciudadano y en la Red Metropolitana de Salud.

A continuación se describen las actividades programadas para el 2016, buscando dar cumplimiento a los cinco subcomponentes del componente “Mejorar la atención al ciudadano”: estructura administrativa y direccionamiento estratégico, fortalecimiento de los canales de atención, talento humano, normativo y procedimental, relacionamiento con el ciudadano.

**PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2016**

**Componente 4: Atención al ciudadano**

Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
<b>Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico</b>	1.1 Realizar despliegue del SIAU a todo el personal de la institución a través de diferentes estrategias (Inducción, reinducción, plan de despliegue semanal)	100% de personal que ingresa a la institución con inducción en el SIAU	Profesional Atención al Usuario						
	1.2 Adecuar el área de la oficina del SIAU, para garantizar condiciones de privacidad y confidencialidad durante la atención a los usuarios.	Oficina adecuada y dotada	Arquitecto						
	1.3 Enviar sistemáticamente la información consolidada del SIAU a la gerencia y a los directores y líderes de procesos para su gestión y articulación con el modelo de mejoramiento institucional	Informes semanales del SIAU Plan de mejoramiento institucional con acciones derivadas del SIAU	Profesional Atención al Usuario Líderes de los procesos						

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 01, Fecha: 22/01/2016

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2016

Componente 4: Atención al ciudadano

Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención	2.1 Revisar y actualizar la información relacionada con la atención al ciudadano en la página web (Tener en cuenta lo establecido en la estrategia del Gobierno en línea y en el MIPYG)	Página web actualizada	Comunicaciones						
	2.2 Mejorar la oportunidad de la respuesta a las expresiones de los usuarios	> 90% de las expresiones de los usuarios con respuesta oportuna.	Profesional Atención al Usuario Líderes de los procesos						
	2.3 Terminar el proyecto de señalización institucional para favorecer las condiciones de acceso de los usuarios a las diferentes áreas y servicios de la institución.	Informes de interventoría proyecto de señalización 100% ejecutado	Arquitecto Comunicaciones						
	2.4 Terminar el proyecto de adecuación del servicio de urgencias el cual favoreciera las condiciones de acceso de los usuarios con respecto al espacio físico.	Proyecto de adecuación del servicio de urgencias 100% ejecutado	Director de ambulatorios Arquitecto						
	2.5 Implementar herramientas de TIC (Chat), en la cual se brinde información a los usuarios en tiempo real	Chat activo	Profesional Atención al Usuario Comunicaciones						
	2.6 Realizar convocatoria para la ampliación y fortalecimiento de la asociación de usuarios de la institución	Acta de asamblea de asociación de usuarios	Gerente Profesional Atención al Usuario						
	2.7 Estructurar y ejecutar plan de capacitación dirigido a los miembros de la asociación de usuarios	Plan de capacitación de la asociación de usuarios ejecutado en un 100%	Profesional Atención al Usuario						

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2016									
Componente 4: Atención al ciudadano									
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
Subcomponente 3 Talento Humano	3.1 Ejecutar lo establecido en el programa de cultura organizacional en el cual se propende entre otros por mejorar las competencias de los servidores en relación con la atención con calidad y calidez a los usuarios y sus familias.	Informe de ejecución del programa de cultura	Director de proyección humana						
	3.2 Ejecutar las actividades descritas en el plan de trabajo del grupo de humanización en torno al cliente interno	Plan de trabajo del grupo de humanización con seguimiento. Matriz de evaluación del programa	Grupo de humanización						
	3.3 Incorporar en el plan institucional de capacitación temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano	Proporción de colaboradores capacitados	Director de proyección humana						
	3.4 Brindar entrenamiento y capacitación al personal de admisiones, facturación y atención al usuario en el manual de prevención de inconvenientes al acceso	Proporción de colaboradores capacitados	Profesional Atención al Usuario Lider de facturación Profesional de calidad						

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2016									
Componente 4: Atención al ciudadano									
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
				1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
Subcomponente 4 Normativo y procedimental	4.1 Publicar de manera bimestral el informe de gestión de las PQRS	6 informes publicados	Profesional Atención al Usuario						
	4.2 Realizar medición de la calidad de la respuesta a las expresiones de los usuarios y realizar ajustes pertinentes según hallazgos.	Informe de calidad en la respuesta	Profesional Atención al Usuario						
Subcomponente 5 Relacionamiento con el ciudadano	5. Realizar medición de la satisfacción de los usuarios y sus familias con el proceso de atención (Encuesta mensual y encuesta aplicada anualmente) y utilizar esta información como fuente en las reuniones de los grupos de mejoramiento según aplique	Resultados de encuestas de satisfacción Satisfacción > del 95%	Profesional Atención al usuario						

#### 4.5 Transparencia y acceso a la información pública

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. De esta manera, el acceso a la información pública se convierte en un derecho que además de permitir acceder y ejercer otros derechos, potencia la participación ciudadana, mejora la eficiencia y la modernización de la gestión e incrementa la confianza institucional.

Para el desarrollo de este componente, se toma como referencia la guía estrategia para la construcción del plan anticorrupción y atención al ciudadano, la cual nos indica que 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.

De igual manera la guía nos señala cinco (5) subcomponentes generales para iniciar la implementación de medidas que garanticen la Transparencia y el Acceso a la Información Pública, los cuales se describen a continuación:

- **Lineamientos de Transparencia Activa:** implica tener disponible la información a través de medios físicos y electrónicos, basados en los requisitos mínimos exigidos en la Ley. Dicha información deberá ser publicada en la página web de la Entidad.
- **Lineamientos de Transparencia Pasiva:** refiere a la obligación de responder las solicitudes de acceso a la información en los términos establecidos en la Ley.
- **Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información:** la ley establece tres instrumentos que apoyan la gestión de la información en las entidades, que incluye un registro o inventario de activos de Información, un esquema de publicación de información y la elaboración de un índice de Información clasificada y reservada.
- **Criterio diferencial de accesibilidad:** implica tener en cuenta las características de la ciudadanía frente al tipo de información que las instituciones publican, así como de implementar formatos alternativos que

Código: ES-PLI-GP05D01, Versión: 01, Fecha: 22/01/2016

sean comprensibles para personas en situación de discapacidad o para grupos étnicos y culturales del país.

- **Monitoreo del acceso a la información pública:** Hace referencia a la obligación que tiene la institución de generar de manera sistemática un informe de las solicitudes de acceso de información el cual debe contener: el número de solicitudes recibidas, el número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, el tiempo de respuesta a cada solicitud y el número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2016

Componente 5: Transparencia y acceso de la información

Subcomponente	Actividades	Meta y producto	Indicadores	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
					1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	1.1 Determinar responsables de entregar información a comunicaciones para ser publicada en los tiempos establecidos	Identificar la información a publicar según normatividad con su responsable Matriz de información a publicar	100% de la actividad ejecutada	Comunicaciones	15-feb					
	1.2 Socializar Matriz de información a publicar en la página web	Socializar a los responsables la matriz para que tengan presente los tiempos Correo electrónico	100% de la actividad ejecutada	Comunicaciones y Calidad y Planeación	18-feb					
	1.3 Revisar página con respecto a la información a publicar para determinar las brechas de la información que falta	Identificar la información a publicar según normatividad que falta por publicar en la página Lista de chequeo con la información publicada y la que falta	100% de la lista de chequeo verificada	Comunicaciones	18-feb					

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2016

Componente 5: Transparencia y acceso de la información

Subcomponente	Actividades	Meta y producto	Indicadores	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
					1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	1.4 Solicitar a los responsables de la información que envíen lo que aun no esta publicado	Solicitar el 100% de la información que falta Correo electrónico	100% de la información que falta solicitada	Comunicaciones	18-feb					
	1.5 Crear sección de "Transparencia y Acceso a la información pública"	Sección creada	100% de la actividad ejecutada	Comunicaciones	19-feb					
	1.6 Publicar información	Publicar el 100% de la información de normatividad 100% de la información publicada	Porcentaje de información normativa publicada en la página web	Responsables de Información - Comunicaciones						
	1.7 Actualizar información	Actualizar el 100% de la información de normatividad 100% de la información actualizada	Porcentaje de información normativa actualizada de acuerdo a la frecuencia detectada en la matriz de información y responsables	Responsables de Información - Comunicaciones						

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2016

Componente 5: Transparencia y acceso de la información

Subcomponente	Actividades	Meta y producto	Indicadores	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
					1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
<b>Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva</b>	2.1 Gestionar la respuesta a las solicitudes de acceso a la información en los términos establecidos en la ley	Responder de forma oportuna el 100% de los requerimientos de información conforme a los términos establecidos en la ley.	Proporción de requerimientos de información respondidos de forma oportuna	Profesional atención al usuario Profesional gestión documental						
<b>Subcomponente 3 Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información</b>	3.1 Estructurar y actualizar de manera sistemática el inventario de activos de información	Inventario de activos de información levantado y ubicado en la página web	100% de la actividad ejecutada	Profesional gestión documental						
	3.2 Estructurar y ubicar en la página web el esquema de publicación de la información	Esquema de publicación de la información actualizada y ubicada en la página web	100% de la actividad ejecutada	Oficina calidad y planeación Comunicaciones						
	3.3 Estructurar y publicar el índice de información clasificada y reservada	Índice de información clasificada y reservada publicado	100% de la actividad ejecutada	Profesional gestión documental						

**PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2016**

**Componente 5: Transparencia y acceso de la información**

Subcomponente	Actividades	Meta y producto	Indicadores	Responsable	FECHA PROGRAMADA					
					1 BIM	2 BIM	3 BIM	4 BIM	5 BIM	6 BIM
<b>Subcomponente 4 Criterio Diferencial de Accesibilidad</b>	4.1 Realizar capacitación y entrenamiento al personal de admisiones, facturación y atención al usuario, en la utilización de la herramienta convertidor y en el centro de relevo para la discapacidad auditiva.	100% del personal seleccionado con entrenamiento en las herramientas de accesibilidad	Proporción de personal capacitado	Comunicaciones						
<b>Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública</b>	5.1 Realizar seguimiento periódico a la implementación de los aspectos establecidos en la Ley de Transparencia y Acceso a la información pública.	Sitio web Transparencia y acceso a la información pública actualizado	100% de la actividad ejecutada	Comité de gobierno en línea						

#### **4.6 Iniciativas Adicionales**

Hace referencia a las iniciativas particulares que la institución define para contribuir a la prevención y control de los riesgos de corrupción.

La principal herramienta estratégica que tiene el Hospital General de Medellín para prevenir y controlar los riesgos de corrupción es el código de ética y buen gobierno, el cual contiene los principios, valores y prácticas con los que el Hospital busca preservar la ética empresarial, garantizar la transparencia de su gestión, administrar sus recursos, reconocer y respetar los derechos de los pacientes y partes interesadas. Así mismo, se incluyen los mecanismos de gobierno, conducta e información de la empresa con el fin de asegurar la confianza sobre su gestión y facilitar el logro de los objetivos estratégicos.

Para favorecer la adherencia al código de ética y buen gobierno, se han implementado las siguientes estrategias, las cuales también serán desarrolladas durante el 2016:

- Incorporación del código de ética y buen gobierno en el proceso de inducción, reinducción, en el despliegue semanal y en la estrategia de evaluación lúdica “Olimpiadas de calidad”.
- Entrega física del código de ética y buen gobierno a cada funcionario y colaborador (Folleto)
- Realización de campañas que fomentan la apropiación de los valores institucionales y el autocontrol.
- Acuerdos de confidencialidad, conflictos de intereses y compromisos éticos firmados con todo el personal de la institución.
- Código de conducta firmado con los proveedores de bienes y servicios de la institución.
- Medición sistemática de la percepción ética y definir acciones de mejora según hallazgos.

#### **5 SEGUIMIENTO Y CONTROL**

La Oficina de control Interno realizará la verificación de la ejecución de las estrategias anticorrupción y atención al ciudadano, la visibilización, el seguimiento y control de las acciones, en las fechas establecidas acorde a la normatividad vigente. El seguimiento se realiza con corte a las siguientes fechas: 30 de abril, 31 de agosto y 31 de diciembre, y se publicará dentro de los diez (10) primeros días hábiles de los meses de: mayo, septiembre y enero.

#### **6 ANEXO.**

- Mapa de riesgos de corrupción 2016.