



INDICE DE TRANSPARENCIA EN LAS ESE				CALIFICACION CUANTITATIVA				CALIFICACION CUALITATIVA		
N°.	CRITERIOS	SUBCRITERIOS	FUNDAMENTOS NORMATIVOS	VALOR		INDICADOR DE CUMPLIMIENTO (Valoración ítem/Peso)*100%	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO (Valor del criterio/Peso porcentual)*100%	RESULTADOS AUTOEVALUACIÓN		
				Peso porcentual	Califica			FORTALEZA	SOPORTE DE LA FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
1	PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS: Concebida como la puesta en práctica de normas, procedimientos y controles reconocidos y precisos para limitar la discrecionalidad de los servidores públicos, políticos y particulares en el ejercicio de la función pública, así como desarrollo de medios claros para lograr la misión y objetivos institucionales de manera efectiva y equitativa.	1	Se cuenta con un mapa de procesos debidamente documentado, aprobado, actualizado y socializado.	Decreto 943 de 2014, Ley 872 de 2003, Decreto 4485 de 2009 actualiza la Norma Técnica de la Gestión Pública - NTGP-1000:2009	5	100%	Se Cuenta con un mapa de procesos documentado, aprobado, actualizado y socializado, el cual esta publicado en la página Web y la intranet institucional y es divulgado desde el proceso de inducción con todo el personal y se utilizan diferentes estrategias para divulgarlo con las partes interesadas. El mapa de procesos se encuentra alineado a la estructura orgánica de la ESE y al MECI	Mpa de procesos Manual de procesos y procedimientos Acto administrativo mediante el cual la Junta Directiva aprueba el mapa de procesos Soportes de divulgación en jornada de inducción, reinducción, referenciaciones. Publicaciones en salas de espera y en página Web. Soporte de divulgación con junta directiva y asociación de usuarios, con estudiantes. cartilla de acreditación.		
		2	Se cuenta con un normograma actualizado y se hace su respectiva divulgación	Ley 872 de 2003 NTGP-1000, Decreto 4485 de 2009, Decreto 943 de 2014	4	80%	Se cuenta con normograma actualizado y se dispone de un plan de divulgación de normas. Se hacen planes de implementación de nuevas normativas y cambios. Las auditorias internas se realizan en coordinación de calidad y control interno e incluyen la verificación de requisitos normativos aplicables a los procesos	Normograma, plan de divulgación de normas, planes de implementación de normas. Listas de asistencia a divulgación de normas, Soportes de seguimiento de los planes de divulgación e implementación. Informes de auditorias internas		
		3	Se cuenta con la dependencia o persona encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos de los usuarios y se realiza control a la respuesta de estas recibidas en los términos establecido en el proceso o documento establecido por la institución.	Ley 190 de 1995, NTC:GP:1000:2009, ley 1474 de 2011 (art.76). Ley 1437 de 2011 (art. 5) por el cual expide el código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo de estas recibidas en los términos establecido en el (Artículos 5°-9). Ley 57 de 1985 ordena la publicidad de los actos y documentos oficiales	5	100%	Se tiene estandarizado e implementado el proceso de gestión de manifestaciones del cliente y se cuenta oficina de atención a las personas a cargo de una psicóloga y una trabajadora social, adicionalmente se realiza búsqueda activa de necesidades de los pacientes a través de gestoras de bienestar y gestores nocturnos y se dispone de varios mecanismos para captar las manifestaciones del cliente. Se tiene habilitado un link en la página web y un buzón telefónico, a través de los cuales el cliente puede manifestarse las 24 horas del día. Control interno acompaña apertura de buzones y se realizan planes de mejora con los diferentes servicios teniendo como entrada los resultados de percepción y manifestaciones. . En la sede calatrava se realiza atención al usuario programada . La oficina de atención al usuario acompaña las rondas de identificación de necesidades educativas, y planeación de cuidado y tratamiento y en el modelo de prestación de servicios de la ESE, dentro de la identificación de necesidades del paciente, se incluye la verificación de conocimiento del usuario con respecto a los mecanismos a través de los cuales se puede manifestar. Se dispone de.	Procedimiento de gestión de manifestaciones y procedimiento de trámite de quejas. Soportes de gestión de manifestaciones. Aplicativo de reporte de manifestaciones del cliente en la página Web Actas de apertura de buzones Registro de actividades de las gestoras de bienestar. Registro de actividades de gestores nocturnos. Indicadores del servicio Informes de gestión del proceso de atención a las personas Planes de mejoramiento de atención al usuario de los diferentes servicios con soportes de seguimiento. Plan de acción del proceso y soporte de seguimiento. Modelo de prestación de servicios, soporte de rondas educativas y rondas de planeación. de cuidado y tratamiento		
		4	Se ha documentado un plan de desarrollo institucional acorde con los planes de desarrollo nacional, departamental y municipal y sus respectivos planes operativos anuales, aprobado por la Junta Directiva; se han hecho modificaciones o actualizaciones aprobados por Junta Directiva.	Constitución Política de Colombia 1991. Ley 152 de 1994 Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. Ley 489 de 1998 Dicia Normas sobre la Organización de las Entidades a nivel nacional . Ley 1438 de 2011 (Artículos 73-74). Decreto 943 de 2014. Ley 1474 de 2011 normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública(art 74).Decreto 1876 de 1994	5	100%	Se cuenta con un plan de desarrollo institucional alineado con el contexto nacional, departamental y municipal y con el sistema integral de garantía de la calidad de la ESE, el cual se encuentra aprobado por la Junta Directiva y alineado con el plan de inversiones institucional. El plan cuatrianual se lleva a planes de acción anuales que son aprobados en jornada de planeación y se publican en la página Web antes del 31 de enero. Todos los planes son validados en la jornada de planeación institucional y de requerir ajustes estos se aprueban en el acta de la reunión y se actualizan en la página web. Todos los planes son monitoreados sistemáticamente por el jefe de control interno para asegurar su ejecución	Plan de desarrollo - Plan cuatrianual de acción Planes de acción por línea estratégica Resolución de aprobación de planes institucionales Actas de la jornada de planeación Actas de comité TC Actas de comité de calidad y control interno Soporte de seguimiento a los planes de acción (eficacia y efectividad) Evaluación del plan de desarrollo con los indicadores de las 5 líneas estratégicas.		
		5	Se evalúa periódicamente el cumplimiento del plan de desarrollo con base en los indicadores y el método de análisis previamente establecidos.	Ley 152 de 1994, Ley 1438 de 2011 (Artículo 74), Decreto 943 de 2014, Ley 1474 de 2011 o plan anticorrupción (art. 74), Resolución 073 de 2013 y Circular 000003 de 2014 emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud.	4	80%	Desde la oficina de control interno se realiza seguimiento trimestral al plan de desarrollo, planes de acción, planes operativos de trabajo y planes corporativos y se publican en la página Web. Este seguimiento es presentado por cada líder al comité de calidad y control interno, como parte del informe de gestión de cada proceso y el jefe de control interno, presenta la evaluación independiente de dichos planes. Frente a los resultados se toman decisiones de ajuste que quedan soportadas en el acta del comité.	Soportes de seguimiento a plan de desarrollo, planes de acción, planes operativos de trabajo y planes corporativos. Soporte de publicación en la página Web. Actas de la jornada de planeación Actas de comité TC Actas de comité de calidad y control interno Soporte de seguimiento a indicadores del plan de desarrollo actualizados con acciones de mejora frente a incumplimientos		
		6	Se cuenta con una metodología o procedimiento formal para evaluar la adherencia a los procesos y procedimientos administrativos.	Ley 872 de 2003, Decreto 4110 de 2004 - NTC:GP:1000:2009, Decreto 4485 de 2009.	4	80%	Se tiene estandarizado, divulgado e implementado el proceso de auditoria interna de calidad, el modelo de mejoramiento institucional y el PAMEC, los cuales permiten evaluar y gestionar la mejora de los procesos asistenciales y administrativos. El desempeño del proceso de auditoria es monitoreado por el comité de auditorias, el cual se encuentra conformado por auditores internos de calidad que reciben formación sistemática para fortalecer sus competencias. Se cuenta con un comité de auditorias conformados por auditores internos certificados Se tiene implementada la metodología de auditoria de paciente trazador	Procedimiento de auditoria interna de calidad PAMEC Programa general de auditoria Soportes de auditorias internas de calidad Soporte de auditoria de paciente trazador Planes de mejora de las auditorias y soporte de seguimiento Actas del comité de auditorias Actas de los grupos de mejoramiento		

2	<p>Esto implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creación formal de Comité de Compras y de Contratación. • Estatuto y Manual de Compras y contratación. • Evaluación de proveedores y retroalimentación de la misma. • Lista de chequeo en cada contrato según su tipo. • Actas de interventoría. • Publicaciones en la página web y medios oficialmente establecidos por la empresa 	<p>Se cuenta con un proceso de compras que incluya desde la selección de proveedores, seguimiento y evaluación, con criterios de calidad y recepción técnica y administrativa de los insumos de implementación de los programas de tecnó, farmaco y reactivovigilancia.</p>	<p>Ley 872 de 2003, Decreto 4485 de 2009 actualiza la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.</p>	15%	14%	92%	<p>Se cuenta con un proceso de compras que incluya desde la selección de proveedores, seguimiento y evaluación, con criterios de calidad y recepción técnica y administrativa de los insumos.</p> <p>Se tienen implementados los programas de tecnó, farmaco y reactivovigilancia.</p>	<p>Soportes de selección de proveedores, seguimiento y evaluación, con criterios de calidad</p> <p>Hojas de vida de proveedores de bienes y servicios</p> <p>Soportes de recepción técnica y administrativa de los insumos.</p> <p>Actas de comité de compras</p> <p>Registros de gestión de eventos de tecnó, farmaco y reactivovigilancia.</p> <p>Soporte de informes enviados al INVIMA de tecnó, farmaco y reactivovigilancia.</p>	
		<p>Todos los bienes y suministros tienen entrada y salida del almacén con la firma de los responsables en cada procedimiento, así mismo se llevan los inventarios actualizados, mínimo una vez al año, estos están sistematizados y se tienen identificados los bienes, muebles e inmuebles y cuentan con sus respectivas pólizas vigentes.</p>	<p>Artículos 209 y 269 de la Constitución Política, decreto reglamentario 2649 de 1993, artículo 129, ley 87 de 1993, resoluciones 222 de 2006 y 356 de 2007 de la Contaduría General de la Nación, que adopta el régimen de contabilidad pública</p>	4	80%	<p>Todos los bienes y suministros tienen entrada y salida del almacén con la firma de los responsables en cada procedimiento, así mismo se llevan los inventarios actualizados, mínimo una vez al año, estos están sistematizados y se tienen identificados por medio de placas los bienes muebles e inmuebles y cuentan con sus respectivas pólizas vigentes.</p>	<p>Soportes de los inventarios de activos fijos actualizados</p> <p>Soportes de los registros de entrada y salida de bienes y activos fijos del almacén y a los servicios, se encuentren organizados</p> <p>Soporte pólizas vigentes</p>	<p>Unificar la identificación de los bienes que actualmente tienen varias placas de identificación para garantizar su trazabilidad</p>	
		<p>Se cuenta con un comité de contratación, o instancia equivalente, que se reúne mínimo mensualmente y se garantiza que los contratos celebrados cumplan con el estatuto y el manual de contratación; se le hace análisis detallado a los estudios previos de acuerdo a lo establecido en el numeral 9 de la resolución 5185 de 2013.</p>	<p>Resolución 5185 de 2013.</p>	5	100%	<p>Se cuenta con un comité de contratación adoptado mediante acto administrativo, el cual se reúne de manera sistemática y evalúa el proceso de contratación de la ESE. Las actas del comité de contratación se publican en el software de gestión transparente</p>	<p>Actas del comité de contratación</p> <p>Soporte de publicación en el software de Gestión Transparente</p>		
		<p>Se ejerce control y vigilancia en la ejecución contractual y se contemplan las obligaciones de los supervisores o interventores así como las responsabilidades del incumplimiento de estas.</p>	<p>Resolución 5185 de 2013, ley 1474 de 2011.</p>	5	100%	<p>Se cuenta con Manual de Contratación que incluye criterios en relación a la supervisión y/o interventoría y se dispone de los soportes de su implementación.</p>	<p>Manual de contratación</p> <p>Soportes de supervisión y/o interventoría</p>		
		<p>Se evalúa al 100% de los proveedores aplicando el proceso o procedimiento establecido por la entidad y se considera la calidad, la eficacia, la economía y la oportunidad en el cumplimiento del contrato.</p>	<p>Artículos 209 y 257 de la C.P., resolución 5185 de 2013. Ley 872 de 2003</p>	5	100%	<p>Se cuenta con un procedimiento de gestión de proveedores y un manual de proveedores.</p> <p>Se dispone de registro de calificación de proveedores de bienes y servicios que consideran entre los criterios de valoración: la calidad, la eficacia, la economía y la oportunidad en el cumplimiento del contrato.</p>	<p>Soportes de evaluación de proveedores de bienes y servicio</p>		
		<p>Se evalúa el proceso de contratación de la ESE por lo menos dos veces en el año, teniendo en cuenta los informes de las auditorías internas y/o externas, asesoría y asistencia técnica de entidades públicas y privadas y PQRS, y se evidencian las acciones de mejoramiento, su socialización e implementación a todas las áreas de la entidad.</p>	<p>Resolución 5185 de 2013.</p>	4	80%	<p>Se evalúa el proceso de contratación por lo menos una vez al año y frente a los incumplimientos el área elabora plan de mejora el cual es verificado sistemáticamente por la oficina de calidad y control interno</p> <p>El proceso define acciones de mejora con respecto a los hallazgos de auditorías externas</p>	<p>Soporte de auditorías internas al proceso de contratación</p> <p>Soporte de planes de mejora del proceso de contratación con referencia a los resultados de auditorías internas y externas, asistencia técnica de entidades públicas y/o privadas y PQRS.</p> <p>Soporte de seguimiento y soporte de implementación de acciones de mejoramiento</p>		
		<p>Se cuenta con indicadores que permitan evidenciar que los contratos cumplen con la conformidad contractual.</p>	<p>Resolución 5185 de 2013, Decreto 943 de 2014</p>	5	100%	<p>Se cuenta con indicadores que permiten monitorizar de manera sistemática que los contratos contribuyen al cumplimiento de la misión institucional y que los recursos se ejecutan en el tiempo estipulado y con los recursos asignados, y se les hace medición y análisis. Estos indicadores se presentan en el comité técnico de contratación para análisis y toma de decisiones.</p>	<p>Indicadores del proceso de contratación</p> <p>Actas del comité de contratación</p>		
		<p>Se cuenta con el Comité de Conciliación y se desarrollan las actividades que dice la norma.</p>	<p>Ley 446 de 1998 (artículos 91) Decreto 1716 de 2009</p>	5	100%	<p>La ESE cuenta con el Comité de Conciliación el cual cumple con los requerimientos normativos</p>	<p>Actas de comité de conciliación</p>		
		<p>La ESE tiene definida y hace cumplir la responsabilidad de la ejecución o desarrollo de las distintas etapas contractuales (elaboración de los estudios previos y de términos de referencia, evaluación de propuestas, elaboración del contrato, supervisión y/o interventoría y liquidación del contrato)</p>	<p>Ley 1474 de 2011</p>	5	100%	<p>La ESE tiene definida y hace cumplir la responsabilidad de la ejecución o desarrollo de las distintas etapas contractuales (elaboración de los estudios previos y de términos de referencia, evaluación de propuestas, elaboración del contrato, supervisión y/o interventoría y liquidación del contrato)</p>	<p>Manual de contratación e interventoría</p> <p>Soportes de contratación e interventoría</p> <p>Soporte de Auditoría de proceso de contratación</p>		

<p>ENFOQUE Y GESTIÓN DEL RIESGO: Identificar el cumplimiento de la empresa con la gestión transparente y lucha contra la corrupción. Esto implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La creación de un comité de transparencia o similar con funciones afines y desarrollo de las mismas. • Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. • El establecimiento de políticas en pro de la gestión transparente. • La gestión de los riesgos de corrupción a nivel institucional y la evaluación de la efectividad de las acciones preventivas y correctivas. <p>Seguimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, y publicación de informes</p>	<p>1</p> <p>Se cuenta con un Mapa de riesgos institucional por procesos.</p>	<p>Ley 1474 de 2011. Ley 87 de 1993.</p>	<p>5</p>	<p>100%</p>	<p>En la institución existe un Modelo de gestión del riesgo aprobado por Gerencia, el cual permite la identificación, análisis, reporte, monitorización y evaluación de los riesgos y eventos adversos que se pueden presentar en cada una de las unidades funcionales con el fin de minimizar la ocurrencia de estos, facilitar la toma de decisiones y controlar el impacto de los mismos en la prestación de los servicios. En su estructura, presenta un componente preventivo, uno de gestión y otro de análisis y mejoramiento cumpliendo con ello todo el ciclo que pide la normativa relacionada con la gestión del riesgo en las instituciones del Estado.</p> <p>El modelo es transversal en la institución (es decir aplica para el 100% de los procesos asistenciales y administrativos); el modelo se revisa y actualiza anualmente. Dicho modelo se publica en el software de calidad institucional ISOLución y eso permite que sea de fácil consulta y acceso por todos los interesados.</p> <p>Para garantizar su divulgación e implementación se incluyó en el plan de formación institucional un Módulo de seguridad del paciente, en donde se incluye entre otros temas el MODELO DE GESTIÓN DEL RIESGO y los mapas de riesgos institucionales. Adicionalmente se hizo reentrenamiento a los líderes en gestión de riesgos y protocolo de Londres.</p> <p>Se cuenta con política de gestión de riesgos y se le hace seguimiento en cada servicio a través de los patrullajes de los gestores de seguridad y la incidencia de riesgos y eventos adversos.</p> <p>En todos los procedimientos, protocolos y guías de atención de los procesos, se incluye el enfoque a riesgos. Adicionalmente las plantillas de atención del software asistencial tiene parametrizado el enfoque a riesgos como parametro de obligatorio diligenciamiento.</p> <p>Se cuenta con un aplicativo en la luntranet para reporte de riesgos y eventos adversos desde todos los puestos de trabajo.</p>	<p>Modelo de Gestión del Riesgo y eventos adversos Política de gestión de riesgos Procedimiento de Gestión del Riesgo y acciones preventivas Mapa de riesgos Soporte de divulgación del modelo de gestión de riesgos Aplicativo para reporte de riesgos y eventos adversos Correo institucional de gestión del riesgo Patrullajes de seguridad</p>	
	<p>2</p> <p>La institución cuenta con una política del riesgo que promueva la transparencia y fomente la cultura del autocontrol y la prevención de hechos o eventos indeseables.</p>	<p>Ley 87 de 1993. Decreto 943 de 2014, Decreto 1537 de 2001</p>	<p>5</p>	<p>100%</p>	<p>La ESE tiene definida la política de Gestión del Riesgo que promueve la transparencia y fortalece el autocontrol, está adoptada y socializada y se tienen indicadores de seguimiento a la implementación de esta política, en la política se encuentra que la ESE actúa en coherencia con la política de calidad y los requerimientos del MECI y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y establece su compromiso frente al control de los riesgos que puedan afectar la seguridad del paciente y/o sus funcionarios, la prestación del servicio y la operación de los procesos; para ello implementa un modelo de gestión de riesgos y eventos adversos, cuyas acciones van orientadas a evitar, reducir, compartir y asumir los riesgos relacionados con el desarrollo de sus procesos, que pueden afectar negativamente a las personas, las instalaciones y los bienes de la institución.</p> <p>Adicionalmente se tiene definida, adoptada e implementada la política de gestión transparente y desde control interno se evalúa sistemáticamente.</p> <p>La ESE tiene firmado el PACTO por gestión transparente y se tiene publicado en la página web. Desde el 2014 el pacto se evalúa a través del instrumento de evaluación del premio de gestión transparente.</p> <p>Control interno hace seguimiento sistemático a los riesgos anticorrupción y se definen planes de mejora frente a su incidencia</p> <p>Desde la inducción se da a conocer el modelo de gestión de riesgos y seguridad del paciente, la política de gestión transparente y estatuto anticorrupción.</p>	<p>Política del gestión del riesgo y soporte de evaluación Política de gestión transparente y soporte de evaluación Pacto de gestión transparente Soportes de divulgación de las políticas Soporte de seguimiento de riesgos anticorrupción Plan de mejora frente a riesgos anticorrupción Soporte de inducción y evaluación de la inducción</p>	
	<p>3</p> <p>Se cuenta con plan de acción anualizado el cual especifica objetivos, estrategias, proyectos, metas y responsables, plan de compras y distribución presupuestal de los proyectos de inversión además de los indicadores de gestión, y todos ellos publicados en la página web institucional</p>	<p>Ley 909 de 2004, decretos ley 770 y 785 de 2005, decreto 2539 de 2005, Decreto 1227 de 2005, Decreto 943 de 2014, Decreto 1567 de 1998. Sistema nacional de capacitación y estímulos de empleos públicos, decreto 1376 de 2014</p>	<p>5</p>	<p>100%</p>	<p>Se cuentan con planes de acción que son elaborados de acuerdo al plan estratégico de desarrollo, en el cual especifica objetivos, estrategias, proyectos, metas, responsables y recursos requeridos, por cada línea estratégica, la cual a su vez se encuentra alineada a los objetivos empresariales.</p> <p>Adicionalmente el comité de seguridad del paciente cuanta con plan de trabajo el cual se fundamenta en los resultados de gestión de riesgos y eventos adversos. El cumplimiento del plan es evaluado por control interno y se socializa con las directivas y todos los líderes de procesos en el comité de calidad y control interno</p> <p>El plan de compras y el plan de inversiones de la ESE se ajustan a la proyección presupuestal de los planes de acción de la ESE. Cada plan de acción tiene identificados indicadores que permiten monitorizar eficacia. Los planes de acción y sus resultados de ejecución son publicados en la página Web</p>	<p>Planes de acción anuales Plan de trabajo del comité de tecnoseguridad Actas de comité de tecnoseguridad Actas de comité de calidad y control interno Soporte de seguimiento sistemático a los planes de acción Soporte de publicación en la página web de planes de acción y su seguimiento Plan de compras Actas de comité de compras Soporte de seguimiento a la ejecución presupuestal.</p>	
	<p>4</p> <p>Se cuenta con un enfoque transversal para la gestión del riesgo que evidencie un componente preventivo de la ocurrencia de eventos indeseables en la institución</p>	<p>Ley 87 de 1993. Decreto 943 de 2014. Decreto 1537 de 2001 (Art.4). Ley 1474 de 2011</p>	<p>5</p>	<p>10%</p>	<p>La ESE tiene definido un Modelo de Gestión del Riesgo que parte de un enfoque preventivo, el Modelo se encuentra adoptado y socializado en todos los procesos asistenciales y administrativos de la empresa y cuenta con indicadores que muestran el impacto de su aplicación</p> <p>La institución cuenta con procesos de inducción, reinducción, formación y entrenamiento del personal que incluye la gestión del riesgo y es transversal a todos los procesos, incluyendo los contratados a través de Outsourcing.</p> <p>Se hacen procesos de referencia comparativa interna con los Outsourcing que incluye temas de seguridad y gestión de riesgos y se establecen planes de implementación de experiencias exitosas</p> <p>A los procesos contratados por Outsourcing se les hace patrullajes de seguridad y se evalúa la implementación de barreras de seguridad y puntos de control. Desde las auditorías internas también se evalúa la gestión del riesgo.</p>	<p>Modelo de Gestión del Riesgo y eventos adversos Evidencias de divulgación y socialización del Modelo de gestión de riesgos y eventos adversos Indicadores de Gestión del Riesgo actualizados Soportes de inducción, reinducción, formación y entrenamiento Soportes de referencia comparativa interna y planes de implementación de los Outsourcing Soporte de patrullajes de seguridad Soportes de auditorías internas de calidad</p>	
	<p>5</p> <p>La ESE cuenta con un estatuto anticorrupción que evidencie que están claramente identificados los de riesgos de corrupción</p> <p>La ESE cuenta con un mapa de riesgos de corrupción</p>	<p>Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011 art. 81</p>	<p>4</p>	<p>80%</p>	<p>Se cuenta con un plan anticorrupción el cual se encuentra publicado en la página web de la ESE y se tienen claramente identificados los riesgos anticorrupción. Los resultados se publican en la página Web</p> <p>Se cuenta con plan de trabajo anticorrupción, anitramite y gobierno en línea. Los resultados se publican en la página Web</p> <p>Se cuenta con mapa de riesgos anticorrupción y control interno realiza seguimiento sistemático a su incidencia. Se hacen planes de mejora frente a los riesgos anticorrupción que se materializan</p>	<p>Estatuto anticorrupción Plan de trabajo anticorrupción, anitramite y gobierno en línea. Soporte de seguimiento Mapa de riesgos anticorrupción, soporte de seguimiento Planes de mejora anticorrupción Soportes de seguimiento, gestión y cierre de ciclos de mejora de los riesgos anticorrupción</p>	<p>Fortalecer cierre de ciclos de mejora</p>

	<p>6</p> <p>Se tiene establecido al más alto nivel jerárquico el Comité de coordinación del Sistema de Control Interno y su función se cumple con efectividad.</p>	<p>Ley 1474 de 2011. Decreto 2482 de 2012. Ley 152 de 1994, Decreto 1537 de 2001</p>	<p>5</p>	<p>100%</p>	<p>Se cuenta con comité de calidad y control interno, el cual se reúne sistemáticamente y esta conformado por los niveles directivos y de coordinación de la ESE y evalúan de manera sistemática el desempeño de los procesos y del sistema integral de garantía de la calidad de la ESE, incluyendo el nivel de implementación del MECI. Adicionalmente se cuenta con grupo operativo MECI que se reúne sistemáticamente y ejecuta un plan de trabajo anual que garantiza la implementación y divulgación de todos los componentes y elementos MECI. La ESE dispone de un plan de trabajo de anticorrupción, antiramites y gobierno en línea, el cual es liderado por la oficina de control interno y en el comité de calidad y control interno se presenta el seguimiento a dicho plan. Adicionalmente desde la oficina de gestión del riesgo se presenta el seguimiento a los riesgos anticorrupción. Esta información también se publica en la página web</p>	<p>Resolución de conformación del comité de calidad y control interno Resolución de conformación del grupo operativo MECI Actas de comité de calidad y control interno Actas del grupo operativo MECI Plan de trabajo anticorrupción y soporte de seguimiento Soporte de seguimiento a riesgos anticorrupción</p>	
	<p>7</p> <p>Se cuenta con Evaluación objetiva a la Entidad sobre la efectividad de las políticas y acciones, que aseguran la administración apropiada de los riesgos institucionales y que el Sistema de Control Interno se opera de manera efectiva</p>	<p>Ley 87 de 1993.Ley 776 de 2002, Decreto 943 de 2014.</p>	<p>5</p>	<p>100%</p>	<p>Se tienen definidas las políticas organizacionales que responden a la plataforma estratégica de la ESE y los requerimientos normativos y cada una de ellas cuenta con un libro de calificación conformado por varios indicadores que dan cuenta del cumplimiento de los lineamientos que hacen parte de la política; esto permite evaluar de manera sistemática el cumplimiento y el nivel de implementación de cada una de las políticas organizacionales. La evaluación independiente de las políticas esta a cargo del jefe de control interno y se presentan al equipo directivo en el comité técnico científico y el comité de calidad. La política de gestión de riesgos es monitorizada por el jefe de control interno y la líder de seguridad del paciente y teniendo en cuenta los resultados de su evaluación, al igual que los resultados de la evaluación de la política de seguridad del paciente, se establecen plan de trabajo de seguridad del paciente, programas de formación y entrenamiento y planes de mejora .</p> <p>Adicionalmente se dispone de un grupo operativo MECI que con base en un diagnóstico que realiza al inicio de la vigencia establece un plan de trabajo para garantizar operatividad, implementación y sostenimiento de los elementos MECI . Este grupo es liderado por el representante de la dirección y el jefe de control interno y los informes de su gestión se presentan a las Directivas en el comité de calidad y control interno.</p> <p>Toda esta información se publica en la página Web</p>	<p>Políticas institucionales y soporte de seguimiento Plan de trabajo de seguridad del paciente Actas comité técnico científico Actas del comité de calidad y control interno Actas del grupo operativo MECI Plan de trabajo MECI Soporte de seguimiento a riesgos y eventos adversos</p>	
	<p>8</p> <p>La ESE cuenta con un Gestor de riesgos y un Equipo de apoyo que permita monitorear la efectividad de las acciones preventivas, tratamiento y controles establecidos en el mapa de riesgos.</p>	<p>Ley 87 de 1993. Decreto 1537 de 2001. Ley 1474 de 2011 (Art 84)</p>	<p>5</p>	<p>100%</p>	<p>Se cuenta con una coordinadora de seguridad del paciente que es la encargada de monitorizar la gestión del riesgo, los incidentes y los eventos adversos en todos los procesos organizacionales. Adicionalmente se cuenta con 2 gestores de seguridad que se encargan de monitorizar permanentemente la implementación de políticas, acciones preventivas y barreras de seguridad en todos los procesos de la organización. Los gestores adicionalmente hacen búsqueda activa de riesgos y eventos adversos</p> <p>Se cuenta con comité de tecnoseguridad, el cual se encarga de realizar un seguimiento sistemático a la gestión del riesgo en todos los procesos organizacionales.</p> <p>En el comité de calidad y control interna, el jefe de control interno presenta el seguimiento a los riesgos anticorrupción</p> <p>Adicionalmente se cuenta con los siguientes comités, desde los cuales también se hace gestión y control de riesgos: Comité de IAAS, COVE, Comité de farmacia y terapéutica, comité de altas y complicaciones, comité de HC, comité de investigación, comité de calidad y control interno, comité de auditorías internas de calidad</p>	<p>Resolución de delegación de responsabilidad de coordinación del programa de seguridad del paciente. Resolución del comité de tecnoseguridad, IAAS, COVE, Comité de farmacia y terapéutica, comité de altas y complicaciones, comité de HC, comité de investigación, comité de calidad y control interno Actas de comités relacionados Plan de trabajo de los gestores de seguridad Soporte de patrullajes de seguridad</p>	
	<p>9</p> <p>Se realizan y ejecutan planes de mejoramiento para minimizar los efectos de los riesgos institucionales.</p>	<p>Decreto 4485 de 2009. Ley 80 de 1993. Ley 190 de 1995. Ley 270 de 1996. Ley 489 de 1998. Ley 678 de 2001. Ley 743 de 2002. Decreto 943 de 2014. Ley 1474 de 2011. Ley 87 de 1993.</p>	<p>4</p>	<p>80%</p>	<p>La ESE cuenta con un modelo de mejoramiento que se aplica a todos los procesos institucionales. Dicho modelo está aprobado, difundido y conocido por los colaboradores de la empresa</p> <p>El modelo de gestión del riesgo se ajusta y se relaciona directamente con el modelo de mejoramiento en el componente que lleva su mismo nombre.</p> <p>Se cuenta con un software propio de reporte de riesgos lo que permite tener un consolidado en tiempo real de lo ocurrido en relación con el riesgo.</p> <p>Todos los eventos adversos trazadores y centinelas tienen un plan de mejoramiento; el porcentaje de gestión del riesgo es del 100%.</p> <p>A las fallas administrativas detectadas se les hace una acción correctiva inmediata.</p> <p>Se hace trazabilidad y seguimiento a los principales eventos presentados en el periodo. (Este informe se publica y es de conocimiento público para las partes interesadas). En la trazabilidad de los principales eventos presentados se evidencia el mejoramiento continuo relacionado con la eficiencia de los planes de mejoramiento implementados.</p> <p>Desde gestión de riesgo se felicitan a los funcionarios que más reportan para incentivar el reporte de gestión de riesgos.</p>	<p>Soportes de gestión de riesgos, fallas administrativas y eventos adversos Soporte de los planes de mejora d elos procesos. Se debe contar mínimo con un plan de mejoramiento por proceso Soporte de seguimiento sistemático a los planes de mejoramiento, incluye los derivados de auditorías externas</p>	<p>Fortalecer el cierre de ciclos de mejoramiento</p>
	<p>1</p> <p>Se cuenta con un plan institucional de capacitación que contiene las necesidades del personal de acuerdo a sus competencias laborales así como las necesidades institucionales e incluye como mínimo las temáticas de Planeación, contratación, misión, ética y anticorrupción y se cumple en todos los niveles jerárquicos</p>	<p>Decreto 4665 de 2007, guía para la Formulación del Plan Institucional de Capacitación –PIC–</p>	<p>5</p>	<p>100%</p>	<p>Se identifican las necesidades y expectativas a partir de requisitos individuales, grupales, resultados de revisión gerencial, el desempeño de los procesos y la evaluación del personal y con ello se establecen prioridades para el diseño del plan de formación y entrenamiento del personal. El plan de formación se realiza por módulos y se divulga a todo el personal desde el inicio de la vigencia. Su ejecución es controlada por la oficina de talento humano y la comisión de personal. Se tiene documentado el plan de formación que apuntan al cumplimiento de competencias y se desarrolla por módulos.</p> <p>Se implemento la formación del personal a través de la plataforma moodle, fortaleciendo el módulo de gestión transparente</p> <p>El plan de formación incluye la certificación de competencias del personal con el SENA y otras entidades educativas</p>	<p>Encuesta de identificación de necesidades de formación. Plan de formación. Evaluación del plan de formación. Plataforma moodle Soportes de certificación de competencias del personal Soporte de evaluaciones académicas.</p>	<p>Fortalecer la divulgación desde el plan de formación de temas relacionados con la contratación, la supervisión. Explorar la plataforma moodle para que genere certificado de la formación del personal. Hacer cierre de ciclos de mejora con las personas que tienen nota por debajo de la meta Dejar explícito en cada prueba la nota mínima sobre la cual se gana el examen</p>

4	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Determinar las políticas y prácticas de gestión humana que fomentan la excelencia en el desempeño y la mejora de la productividad, enfocadas en el desarrollo integral de las personas, las cuales deben incorporar los principios de justicia, equidad y transparencia y estar orientadas a la construcción y mejoramiento de las competencias en su entorno laboral.	<p>Cuenta con un manual específico de funciones y competencias laborales actualizado conforme a las normas vigentes, aprobado y entregado a cada Servidor Público</p>	Ley 909 de 2004, Decreto 1376 de 2014	4	80%	<p>La institución tiene documentado y actualizado el manual de perfiles y competencias de acuerdo a lo establecido en el Decreto 2484 de 2014 y se tiene divulgado y publicado en la intranet y la página Web. El manual de perfiles y competencia se ha socializado con cada funcionario .</p> <p>A todo el personal se le realiza de manera sistemática la concertación de compromisos evaluación de desempeño.</p> <p>Se cuenta con un Modelo de gestión por competencias orientado a cada uno de los cargos, con su respectivo diccionario. Se diseñó una presentación para que se conociera las competencias que cada uno debe desarrollar en su desempeño de sus funciones.</p> <p>La ESE cuenta con un Manual de Requisitos Contractuales, en el cual se estable el perfil y las competencias del personal que trabaja a través de los Outsourcing.</p>	<p>Manual de perfiles y competencias actualizado.</p> <p>Acto administrativo de aprobación del manual de perfiles y competencias.</p> <p>Soporte de divulgación del manual de perfiles y competencias.</p> <p>Manual de requisitos contractuales</p>	<p>Solicitar a los Outsourcing soporte de divulgación de perfiles y competencias establecidas en el Manual de requisitos contractuales de la ESE</p>		
		<p>Se cuenta con un proceso de contratación de personal requerido para el buen funcionamiento de la ESE por el cual se realiza la contratación del personal, bajo las modalidades contempladas por la normatividad vigente.</p>	Ley 909 de 2004.	15%	5	15%	100%	<p>El hospital cuenta con un procedimiento documentado e implementado de planeación de personal, a través del cual se identifican las necesidades de personal por procesos, teniendo en cuenta diferentes variables como el historico de producción, la contratación con las EAPB, el enfoque de riesgo, los cambios normativos aplicables, la planeación y los proyectos institucionales, entre otros. Con base en esta información se elabora la PLANEACIÓN DEL TALENTO HUMANO de la ESE para cada vigencia y se tiene en cuenta para la pryección presupuestal.</p> <p>Se cuenta con procedimiento para contratación de bienes y servicios, el cual se encuentra ajustado a la normativa aplicable y con base en el se hace la contratación con los Outsourcing</p> <p>El personal de planta se vincula de acuerdo a lo establecido en los procedimientos de selección y vinculación, los cuales se encuentran alineados a la normativa aplicable</p>	<p>soportes de la identificación de necesidades por servicio.</p> <p>Registro de planeación de talento humano</p> <p>Presupuesto</p> <p>Estudio tecnico de personal</p> <p>Aprobación de la planta de cargos.</p> <p>Procedimiento de planeación del talento humano</p> <p>Procedimiento de contratación de bienes y servicios</p> <p>Procedimiento de selección de personal</p> <p>Procedimiento de vinculación</p>	
		<p>La oficina de recursos humanos o quien haga sus veces lleva un registro y control de las declaraciones de bienes y rentas actualizado anualmente el último día del mes de marzo</p>	Ley 190 de 1995	5	100%	<p>Se cuenta con una base de datos que permite controlar el diligenciamiento del registro de declaración de bienes y rentas del personal, en la fecha indicada.</p> <p>Se realiza entrega a todo el personal de la declaración de bienes y rentas</p>	<p>Registro de entrega de los funcionarios de la declaración de bienes y rentas.</p> <p>Base de datos de registros y control de las declaraciones de bienes y rentas</p>			
		<p>Se evalúa el desempeño de los funcionarios de carrera administrativa de acuerdo a la normatividad vigente y en los plazos exigidos por la ley</p>	Ley 909 de 2004, Decreto 1567 de 1998	5	100%	<p>La ESE cuenta con un plan de evaluaciones de desempeño, el cual tiene definido su responsable.</p> <p>La evaluación de desempeño se realiza en el periodo establecido por ley, para todo el personal de carrera administrativa y adicionalmente</p> <p>Con base en los resultados de evaluaciones de desempeño se realizan planes de mejoramiento individual.</p>	<p>Registros de evaluaciones de desempeño de todo el personal</p> <p>Carpetas virtuales y físicas de soporte de evidencias de evaluaciones de desempeño.</p> <p>Planes de mejoramiento individual en todos los cargos, con seguimiento sistemático</p> <p>Soporte de cómo se apoya al personal para que mejoren</p>			
		<p>Se evalúa el desempeño de los funcionarios en provisionalidad y temporalidad para que sean eficaces y eficientes y cumplan con los objetivos institucionales</p>	Ley 909 de 2004, Guía metodológica para la elaboración de un acuerdo de gestión del Departamento Administrativo de la Función Pública	5	100%	<p>se evalúa al 100% del personal de la ESE independientemente del tipo de vinculación que tengan. El personal de Outsourcing es evaluado por el tercero de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Manual de requisitos contractuales y en concertación con la ESE. Con base en los resultados de evaluaciones de desempeño se realizan planes de mejoramiento individual.</p>	<p>Evaluación de desempeño del personal en provisionalidad.</p> <p>Planes de mejoramiento individual en todos los cargos, con seguimiento sistemático</p> <p>Soporte de cómo se apoya al personal para que mejoren</p>			
		<p>Se acuerdan compromisos de gestión con el personal de libre nombramiento y remoción y se evalúa su cumplimiento bajo los principios de eficiencia y eficacia</p>	Ley 909 de 2004, Decreto 943 de 2014 - Guía metodológica para la elaboración de un acuerdo de gestión del Departamento Administrativo de la Función Pública	5	100%	<p>La ESE Hospital del Sur, cuenta con los acuerdos de gestión para cada uno de los funcionarios de Libre nombramiento y remoción. La evaluación se realiza cada año de acuerdo al cumplimiento de las metas e indicadores institucionales definidos en el plan de desarrollo.</p>	<p>Acuerdos de gestión del personal</p>			
		<p>Existe un documento o código de ética que contenga los acuerdos, compromisos o protocolos éticos de la institución, mediante la participación y el dialogo de los directivos y colaboradores y se socializa de manera periódica.</p>		5	100%	<p>La ESE cuenta con un código de ética el cual fue construido basado en la norma y con la participación de los funcionarios, usuarios, Junta Directiva y equipo de colaboradores de la empresa.</p> <p>Este contiene los compromisos con la institución, con los clientes usuarios, con las demás instituciones y colegas, con los organismos de control y con las comunidades organizadas y grupos cercanos al Hospital.</p> <p>Se da a conocer a cada funcionario desde el proceso de inducción y a su ingreso se firma su compromiso con este código de ética. Se encuentra divulgado a todo el personal y publicado en la intranet.</p> <p>Se realizan mediciones sistemáticas del código de ética.</p>	<p>Soportes de construcción del código de ética de manera participativa con las partes interesadas</p> <p>Soporte de revisión sistemática del código de ética (En jornada de planeación)</p> <p>Acto administrativo que soporte la adopción del código de ética</p> <p>Código de ética</p> <p>Evaluación sistemática del código de ética</p> <p>Plan de divulgación del código de ética</p> <p>Plan de divulgación de políticas organizacionales</p> <p>Soporte de evaluación de políticas organizacionales</p> <p>Plan de divulgación de derechos y deberes</p> <p>Evidencias de la divulgación y socialización del código de ética</p> <p>Indicador de adherencia al código de ética</p>			

5	<p>CÓDIGO DE ÉTICA: Concebido como los valores del servicio público, la legislación pertinente, las normas, códigos y mecanismos exigibles que establecen el buen comportamiento a la ciudadanía, así como los mecanismos de control de la arbitrariedad en el cargo del poder público y la creación y el mantenimiento de la confianza en la administración y sus instituciones. (5 SUBCRITERIOS)</p>	<p>2</p> <p>El Código de ética establece mecanismos de difusión y entrenamiento en principios y valores, políticas de anticorrupción y antisoborno e incluye mecanismos sancionatorios frente actuaciones "censurables"</p>	<p>Ley 1474 de 2011 (Ley Anticorrupción), Ley 734 de 2002 (Código Único Disciplinario), Ley 87 de 1993 (Ley Control Interno) Decreto 4326 de 2011, Decreto 4632 de 2011</p>	<p>10%</p>	<p>5</p>	<p>10%</p>	<p>100%</p>	<p>Se tiene un plan de trabajo del comité de ética, el cual incluye actividades para divulgación e implementación del código de ética. Adicionalmente el plan de formación incluye un Módulo de Gestión transparente, que incluye temas relacionados con la ética, la transparencia, la anticorrupción, antitramita y gobierno en línea. Las gestoras de bienestar realizan con el cliente interno difusión y entrenamiento en código de ética, a través de estudio de caso por simulación, firma de compromisos individuales y seguimiento a los mismos. En las reuniones de grupos de servicio se esta divulgando lo del codigo de etica y buen gobierno. Control interno divulga tipos de falta en las que pueden incurrir los funcionarios publicos. Se cuenta con Resoluciones que establecen lineamientos frente a la transferencia de faltas a los procesos disciplinarios</p>	<p>Código de ética Soportes de difusión y entrenamiento en principios y valores, políticas de anticorrupción y antisoborno Actas de grupos de servicios Resoluciones de control interno disciplinario</p>	
		<p>3</p> <p>Se evidencia que todo el personal firma a su ingreso a la institución el compromiso ético como garante de su cumplimiento.</p>		<p>10%</p>	<p>5</p>	<p>10%</p>	<p>100%</p>	<p>Todo el personal firma a su ingreso a la institución el compromiso ético como garante de su cumplimiento y este permanece en la hoja de vida y es utilizado por los líderes como fundamento para la elaboración de planes de mejora individual</p>	<p>Compromiso ético en hojas de vida de los funcionarios</p>	
		<p>4</p> <p>Se evidencia que la resolución de conflictos presentados al interior de la Institución se basa en los acuerdos contenidos en el documento Código de ética.</p>		<p>10%</p>	<p>5</p>	<p>10%</p>	<p>100%</p>	<p>La organización realiza entrenamiento sistemático con todo el personal, a través de simulación en manejo y resolución de conflictos. Se hace concertación de compromisos individuales y seguimiento a los mismos. En este momento el 95% de los funcionarios están certificados en la competencia de humanización. Se tiene implementada una campaña sistemática de humanización y se hacen jornadas de humanización con el cliente interno a través de convivencias con todo el personal. Se realizo entrenamiento del personal en los 7 pecados capitales en la atención y en los cuatro acuerdos. Se hacen comparandos pedagogicos con respecto a barreras de acceso y 7 pecados capitales. El comité de convivencia laboral cuenta con plan de trabajo con enfoque preventivo y apoya a la resolución de conflictos relacionados con acoso laboral. El comité de ética interviene en las quejas que tienen que ver con respeto y trato y se concertan compromisos de mejora individual con los funcionarios y se hace su respectivo seguimiento.</p>	<p>Soporte de Jornadas de entrenamiento en manejo asertivo de conflictos y anticorrupción Plan de trabajo y actas del comité de convivencia laboral Plan de trabajo y actas del comité de etica hospitalaria Soporte de campañas sistemáticas de humanización Soporte de convivencias Soporte de intervenciones a grupos de trabajo Soporte Estudio de Casos y firma de compromisos de mejora a nivel individual.</p>	
		<p>5</p> <p>Se evidencia la implementación de un plan que permita cumplir con los principios declarados en el documento de ética.</p>		<p>10%</p>	<p>5</p>	<p>10%</p>	<p>100%</p>	<p>Se cuenta con un plan de implementación del código de ética el cual es verificado sistemáticamente por el comité de ética y por control interno</p>	<p>Plan de implementación del código de ética y soporte de seguimiento sistemático. Soportes de divulgación de políticas organizacionales con cinete interno y externo Soporte de divulgación de derechos y deberes con cinete interno y externo Soporte de divulgación de valores y principios con cinete interno y externo</p>	
		<p>1</p> <p>Se cuenta con un manual de rendición de cuentas al interior de la institución para emprender acciones de planeación, preparación, ejecución y revisión y análisis posterior de la Audiencia pública de rendición de cuentas por parte de una comisión intersectorial.</p>	<p>Documento CONPES 3654 DE 2010</p>		<p>5</p>		<p>100%</p>	<p>La ESE cuenta con un Manual para la Rendición de cuentas a la ciudadanía, donde se dan las directrices claras acerca de la forma de planeación, preparación, ejecución, cierre, análisis de los resultados, retroalimentación a la comunidad, entre otros. Las propuestas y observaciones presentadas por las organizaciones sociales y por la comunidad en la Rendición de Cuentas son analizadas y acogidas por la institución para la toma de decisiones. La información de rendición de cuentas es información de entrada para la jornada de planeación institucional. El informe y los resultados de la Rendición de cuentas se publican en la página Web</p>	<p>*Manual para la rendición de cuentas publicado en la intranet. *Soportes de realización de Rendición de cuentas *Listas de asistencia a la Rendición de Cuentas *Informes de Rendición de cuentas publicado en la página web *Análisis de las propuestas presentadas en la Rendición de Cuentas Acta de jornada de planeación</p>	
		<p>2</p> <p>Se divulga los resultados de la rendición de cuentas por diferentes medios de comunicación a los diferentes grupos de interés.</p>	<p>Decreto 1757 de 1994, CONPES 3654 DE 2010, Ley 57 de 1985</p>		<p>5</p>		<p>100%</p>	<p>Los informes y resultados de las Rendiciones de cuentas son divulgados por diferentes medios de comunicación a los grupos de interés, entre ellos página Web, carteleras, redes sociales, revista de bienestar. Así mismo La ESE Hospital del Sur publica en la página web todos los planes de acción del año, los informes de gestión, igualmente el plan de desarrollo del cuatrienio con su respectivo seguimiento, con el fin de que la comunidad esté enterada de la gestión que se realiza en la institución antes de la rendición de cuentas.</p>	<p>*Soportes de divulgación de Rendición de cuentas: Página Web, Carteleras, redes sociales, revista bienestar. *Informes de Rendición de cuentas publicado en la página web *Soporte de divulgación del análisis de las propuestas presentadas en la Rendición de Cuentas</p>	
		<p>3</p> <p>Se cuenta con la dependencia o persona encargada de recibir, tramitar y resolver las peticiones, quejas, sugerencias y reclamos de los usuarios y se realiza control a la respuesta de éstas recibidas en los términos establecido en el proceso o documento establecido por la institución.</p>	<p>Decreto 1757 de 1994</p>		<p>5</p>		<p>100%</p>	<p>Se tiene estandarizado e implementado el proceso de gestión de manifestaciones del cliente y se cuenta oficina de atención a las personas a cargo de una psicóloga y una trabajadora social, adicionalmente se realiza búsqueda activa de necesidades de los pacientes a través de gestoras de bienestar y gestores nocturnos y se dispone de varios mecanismos para captar las manifestaciones del cliente. Se tiene habilitado un link en la página web y un buzón telefónico, a través de los cuales el cliente puede manifestarse las 24 horas del día. Control interno acompaña apertura de buzones y se realizan planes de mejora con los diferentes servicios teniendo como entrada los resultados de percepción y manifestaciones. En la sede calatrava se realiza atención al usuario programada. La oficina de atención al usuario acompaña las rondas de identificación de necesidades educativas, y planeación de cuidado y tratamiento y en el modelo de prestación de servicios de la ESE, dentro de la identificación de necesidades del paciente, se incluye la verificación de conocimiento del usuario con respecto a los mecanismos a través de los cuales se puede manifestar. En la página web se publican los resultados de gestión de las manifestaciones del cliente. Adicionalmente la oficina de atención a las personas aplica encuestas de satisfacción e identificación de necesidades a otras partes interesadas.</p>	<p>Procedimiento de gestión de manifestaciones y procedimiento de trámite de quejas. Soportes de gestión de manifestaciones. Aplicativo de reporte de manifestaciones del cliente en la página Web Actas de apertura de buzones Registro de actividades de las gestoras de bienestar. Registro de actividades de gestores nocturnos. Indicadores del servicio Informes de gestión del proceso de atención a las personas Planes de mejoramiento de atención al usuario de los diferentes servicios con soportes de seguimiento. Plan de acción del proceso y soporte de seguimiento. Modelo de prestación de servicios, soporte de rondas educativas y rondas de planeación, de cuidado y tratamiento Soportes de divulgación en la página Web de resultados de gestión de manifestaciones Encuestas de satisfacción e identificación de necesidades a otras partes interesadas</p>	

6	RENDICIÓN DE CUENTAS Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD: Evaluar la planificación e implementación de los mecanismos definidos por la organización para la rendición de cuentas, la promoción de la participación ciudadana en general y población usuaria en la toma de decisiones, la fiscalización y el óptimo funcionamiento de los servicios.	4	Se tiene un comité de ética conformado y se cuenta con la participación de un representante de la Asociación de Usuarios de la ESE, y acompañamiento y capacitación para el debido cumplimiento de sus funciones.	Ley 87 de 1993, Ley 872 de 2003, Decreto 4110 de 2004, NTC-GP:1000:2009, Decreto 943 de 2014, Resolución 13437 de 1991	15%	5	15%	100%	98%	Se cuenta con comité de bio ética el cual se encuentra conformado formalmente y se reúne de acuerdo a lo establecido en el cronograma de reuniones de comités de la vigencia. El comité cuenta con plan de trabajo el cual se encuentra articulado al plan de implementación del código de ética. Adicionalmente el comité cuenta con un mini balance score card, que permite monitorizar su desempeño.	Resolución del comité de bio ética Plan de trabajo del comité BSC del comité Plan de trabajo del comité y soporte de seguimiento	
		5	Se realizan de manera previa a las audiencias públicas de rendición de cuentas, la publicación del informe de cumplimiento del plan de desarrollo y los planes operativos anuales en el sitio web y otros medios institucionales.	Ley 489 de 1998 (Art.17 políticas de desarrollo administrativo), Ley 1474 de 2011 (Art. 78)						La ESE realiza de manera previa a las audiencias públicas de rendición de cuentas, la publicación del informe de cumplimiento del plan de desarrollo y los planes operativos anuales en el sitio web y otros medios institucionales.	Soporte de divulgación de plan de desarrollo, plan de acción cuatri anual, Planes de acción, planes de trabajo, planes corporativos en la página web de la ESE. Soporte de publicación de seguimiento al cumplimiento de los planes publicado en la página Web de la ESE. Soporte de publicación Informes de Gestión de la empresa en la página web.	
		6	Se verifica el desarrollo de las acciones de coordinación, diseño, promoción y fortalecimiento de la participación ciudadana y de los mecanismos que la Constitución y la Ley señalan, con el fin de contribuir a la construcción de la gestión pública eficiente, eficaz, austera y transparente.	Ley 190 de 1995, ley 489 de 1998. Se crea el Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano						La ESE tienen en cuenta los mecanismos de participación ciudadana es por ello que tiene una asociación de usuarios constituida y activa, representante de los usuarios ante la Junta Directiva de la ESE, un comité de ética con participación de usuarios y Cuenta con dos oficinas de atención al usuario siendo este espacio la comunicación directa con los usuarios. Así mismo ha fortalecido el ejercicio de rendición de cuentas, con el fin de abrir espacios a la comunidad y hacer de su gestión una gestión transparente, eficiente y eficaz, brindando más y mejores servicios de salud a la comunidad. Adicionalmente basados en los estatutos de Asociación de Usuarios se apoya para la convocatoria para ingreso de nuevos miembros a la asociación de usuarios con el fin de lograr fortalecer la misma.	Acta de constitución de la asociación de usuarios Estatutos de la asociación de usuarios Acta de elección del representante de los usuarios ante la Junta Directiva de la ESE Actas del comité de ética Acta de las reuniones de la asociación de usuarios Solicitud de ingreso de nuevos miembros a la asociación de usuarios y acta en la que se evalúa la participación e ingreso de cada uno.	
		7	Se tienen implementadas acciones o estrategias de fortalecimiento, comunicación para incentivar y promocionar las jornadas de rendición de cuentas a la Asociación de Usuarios de la ESE y a la comunidad en general	Ley 190 de 1995, Decreto 1757 de 1994						La ESE realiza capacitaciones permanentes a la asociación de usuarios, entre ellas se encuentra la capacitación para la rendición de cuentas. Así mismo a través de los diferentes medios de comunicación, se invita a la comunidad en general, veedurías, asociaciones, para que participen activamente en las rendiciones de cuentas. Se tienen registros de asistencia de la comunidad a las rendiciones de cuentas y las propuestas e inquietudes planteadas por la comunidad en la rendición de cuentas. Se realizan invitaciones personales y a través de correo electrónico, página web, cartelera, volantes, facebook, twitter, entre otros.	Soportes de asistencia a jornadas de capacitación de la asociación de usuarios, que incluye el tema de rendición de cuentas. Soportes de las invitaciones realizadas y los medios utilizados Listados a la rendición de cuentas	
		8	Se adelantan acciones de acompañamiento y fortalecimiento a la Asociación de Usuarios en el tema de Rendición de Cuentas.	Documento CONPES 3654 de 2010						La ESE tiene un plan de trabajo y de capacitación anual con la asociación de usuarios, se tienen registros y actas de las reuniones y capacitaciones de la asociación de usuarios, entre las que se encuentran capacitación en rendición de cuentas.	Plan de Trabajo de la asociación de usuarios Plan de capacitaciones para la asociación de usuarios Actas de reunión de la asociación de usuarios Listados de asistencia Registros de capacitación de la asociación de usuarios en rendición de cuentas	
		9	Se emprenden acciones de mejoramiento de la evaluación de la rendición de cuentas, y esta produjo algún tipo de análisis y toma de decisiones para una nueva rendición.	Ley 190 de 1995, Decreto 1757 de 1994						La ESE teniendo en cuenta las propuestas e inquietudes de la comunidad que participa en las rendiciones de cuenta toma acciones para implementarlas y tomar decisiones basadas en estas expresiones de la comunidad. Adicionalmente en la revisión gerencial anual para la jornada de planeación, se hace una evaluación general del proceso de rendición de cuentas y esta información se tiene en cuenta para la definición de acciones a implementar en la siguiente vigencia. Esta información se publica en la página Web institucional.	Actas de las rendiciones de cuentas Acta de jornada de planeación institucional Planes o sugerencias implementadas teniendo en cuenta estas expresiones Soporte de evaluación general del proceso de rendición de cuentas, publicado en la página Web.	
		10	Las propuestas y observaciones presentadas por las organizaciones sociales durante la Rendición de Cuentas son acogidas e incorporadas en las decisiones institucionales.	Ley 489 de 1998 (Art.17 políticas de desarrollo administrativo), Ley 1474 de 2011 (Art. 78)						La rendición de cuentas se realiza acorde al modelo definido por la institución y a la normativa vigente. Las propuestas y observaciones realizadas son tenidas en cuenta y son acogidas e incorporadas en las decisiones institucionales. El informe se publica en la página Web. Adicionalmente en la revisión gerencial anual para la jornada de planeación, se hace una evaluación general del proceso de rendición de cuentas y esta información se tiene en cuenta para la definición de acciones a implementar en la siguiente vigencia. Esta información se publica en la página Web institucional.	Actas de las rendiciones de cuentas Acta de jornada de planeación Planes o sugerencias implementadas teniendo en cuenta estas expresiones, publicado en la página Web Soporte de evaluación general del proceso de rendición de cuentas, publicado en la página Web.	
		1	Se cuenta con un programa anual de auditoría interna aprobado y publicado, se le da cumplimiento.	Ley 87 de 1993						Se cuenta con un procedimiento de auditorías internas de calidad, el cual esta alineado con el PAMEC institucional, que se fundamenta en el Sistema Unico de Acreditación y en los demás requisitos aplicables al SIGC. Se cuenta con un Programa general de auditorías el cual se encuentra aprobado y publicado y consolida las auditorías internas de calidad, auditorías de paciente trazador y auditorías de adherencia a guías y protocolos de atención Se cuenta con comité de auditorías internas de calidad conformado por auditores internos certificados Se cuenta con grupos de mejoramiento que se reúnen sistemáticamente a realizar seguimiento al PAMEC institucional	Procedimiento de auditorías internas de calidad PAMEC Programa general de auditorías internas de calidad Soporte de auditorías internas de calidad Soporte de auditoría de adherencia a guías y protocolos Soporte de auditoría de paciente trazador Certificación de auditores internos de calidad Soporte de aprobación del programa general de auditorías internas de calidad Publicación del Programa general de auditorías internas de calidad Evaluación del proceso de auditorías internas de calidad	
		2	Se cuenta con un proceso o procedimiento de envío de informes a entes de control con sus respectivos responsables y puntos de control.	Ley 715/01; decreto 2193/04, Decreto 1537 de 2001, Resolución Orgánica 6289 de 2011						Se cuenta con un procedimiento y matrices de control de información primaria y secundaria, que incluye el control de la información generada y recibida en todos los procesos organizacionales. Se tienen mediciones sistematizadas para todos los procesos Se dispone de software para flujo y control documental	Procedimiento de información primaria Procedimiento de información secundaria Matriz de control de información primaria Matriz de control de información secundaria Soportes de seguimiento a la información primaria y secundaria Software para flujo y control documental	
		3	Se envía de forma oportuna la información en los términos de la normatividad vigente, a los diferentes entes de inspección, vigilancia y control y se hace seguimiento al reporte de información por la alta dirección.	Ley 87 de 1993, Ley 872 de 2003, Decreto 4110 de 2004, NTC-GP:1000:2009.						El envío de información a los entes de control es monitorizado diariamente por las lider del proceso de información secundaria. El análisis de la información enviada a los entes de control es presentada por cada líder como parte del informe de gestión del proceso, en el comité de calidad y control interno	Matriz de información primaria con seguimiento actualizado Matriz de información secundaria con seguimiento actualizado Acta de comité de calidad y control interno con anexos "informes de gestión de los procesos"	
RESPUESTA POSITIVA A LA CULTURA DEL												

7	CONTROL INSTITUCIONAL: Establecer un sistema de información que garantice la base de la transparencia de la actuación pública, la Rendición de Cuentas a la Comunidad y el cumplimiento de los proyectos de ejecución de la función, frente a las directrices de los Organismos de Inspección, vigilancia y control y definir herramientas que permitan el seguimiento y evaluación de la información para el mejoramiento continuo.	<p>4</p> <p>La ESE fomenta la cultura de Control que contribuye a asegurar que la gestión administrativa logre el cumplimiento de la misión y los objetivos propuestos con eficiencia y eficacia dando así cumplimiento a la normatividad y políticas del Estado</p> <p>Decreto 943 de 2014, Ley 872 de 2003, Decreto 4485 de 2009 actualiza la Norma Técnica de la Gestión Pública - NTGP- 1000:2009</p>	5%	5%	5	100%	<p>97%</p> <p>Los planes de acción de todos los procesos se encuentra alineados al plan de desarrollo y el modelo de desarrollo institucional y el área de control interno realiza seguimiento sistemático de su eficacia, eficiencia y efectividad</p> <p>Desde todos los procesos se tienen identificados los puntos de control y su implantación se verifica a través de auditorías internas y patrullajes</p> <p>Desde los procesos se tienen identificadas listas de chequeo de autocontrol de los procesos y se realiza seguimiento a los indicadores, el reporte de manifestaciones y percepción de los clientes internos y externos, el reporte de fallas administrativas, incidentes y eventos adversos y los resultados de auditorías internas y externas</p> <p>En los procesos asistenciales se tienen implementadas barreras de seguridad frente a los principales eventos adversos y controles para las barreras de acceso</p> <p>Desde la oficina de atención al usuario se tienen definidas estrategias para la divulgación sistemática de la plataforma estratégica y las políticas organizacionales</p>	<p>Listas de chequeo de los procesos</p> <p>Soporte de implementación de controles de los procesos</p> <p>Soporte de seguimiento a controles y listas de chequeo</p> <p>Soporte de seguimiento a barreras de acceso</p> <p>Soporte de seguimiento a barreras de seguridad</p> <p>Soporte de promoción del autocontrol</p> <p>Actas de comité de calidad y control interno</p> <p>Soporte de seguimiento a indicadores</p> <p>Soporte de seguimiento al cierre de tareas</p> <p>Soporte de auditorías internas de calidad donde se evalúa la legalidad aplicable al proceso y la aplicación de controles</p>	
		<p>5</p> <p>Se definen los planes y acciones de mejoramiento, se socializan entre los responsables de su ejecución, se hace seguimiento y control para responder a los compromisos adquiridos con los entes de control.</p> <p>Ley 87 de 1993</p>	5	100%	<p>Se cuenta con planes de mejoramiento por proceso que se realizan de acuerdo a lo establecido en el Modelo de mejoramiento empresarial, los cuales son divulgados con los responsables de su ejecución en las reuniones de grupos de servicios, donde se tiene estandarizada la información que se debe revisar durante la reunión.</p> <p>El área de calidad hace seguimiento sistemático a los planes de mejora que se encuentran activos en los procesos y que se derivan de auditorías internas y externas</p> <p>Adicionalmente se cuenta con un modelo de referencia comparativa que permite la definición de mejoras a partir de la referencia frente a experiencias exitosas de otras instituciones</p>	<p>Planes de mejora de los procesos</p> <p>Planes de mejora de auditorías internas</p> <p>Planes de mejora de auditorías externas</p> <p>Planes de mejora de incidentes y eventos adversos</p> <p>Todos con soporte de seguimiento a la fecha</p> <p>Soportes de referencia comparativa</p> <p>Soporte de seguimiento a los planes derivados de la referencia comparativa</p>			
		<p>6</p> <p>La alta dirección toma medidas frente a las acciones de mejoramiento relacionadas con las auditorías internas y externas realizadas a la entidad.</p> <p>Ley 87 de 1993</p>	5	100%	<p>Se realizan planes de mejora a partir de los resultados de las auditorías internas y externas de calidad, los cuales son presentados al comité técnico científico para su aprobación y desde el comité de calidad y control interno se hace seguimiento sistemático al cierre de ciclos de mejora. Adicionalmente desde la oficina de calidad se realiza seguimiento sistemático al cierre de planes de mejora de las auditorías internas y externa</p> <p>En las jornadas de planeación, la información de entrada sujeto de análisis incluye: Resultados de auditorías, estado de cierre y efectividad de los planes de mejora y estado de cierre de referencias comparativas</p>	<p>Actas de comité técnico científico</p> <p>Actas de comité de calidad y control interno</p> <p>Soporte de seguimiento a planes de mejora de auditorías internas</p> <p>Soporte de seguimiento a planes de mejora de auditorías externas</p> <p>Soporte de seguimiento al cierre de referencias comparativas</p>			
8	ACCESO A LA INFORMACIÓN Evaluar la implementación y desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación (TIC's) en la organización y su contribución a la transparencia, eficiencia, participación y mejora de los servicios.	<p>1</p> <p>Se cuenta con un sitio web con información actualizada y vigente de la información institucional.</p>	<p>10%</p> <p>10%</p> <p>Ley 962 de 2005, Decreto 2573 de 2014 y el Manual 3.1. Estrategia de Gobierno en Línea del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. Decreto 1151 de 2008. Lineamientos generales de la estrategia de gobierno en línea. Ley 1341 de 2009. Principios y conceptos sobre sociedad de la información y la organización de las tecnologías de la información y las comunicaciones. TIC, Ley 57 de 1985, Ley 57 de 1985</p>	<p>10%</p> <p>10%</p>	5	100%	<p>Contamos con página web, es actualizada de manera constante teniendo como fundamento los criterios normativos de gobierno en línea.</p> <p>Adicionalmente se cuenta con una intranet donde se almacenan todo la plataforma documental que soporta los planes, programas, proyectos y procesos de la organización.</p>	<p>Página Web</p> <p>Intranet</p>	
		<p>2</p> <p>Se utiliza el sitio web y otros medios para la publicación de la misión, visión, principios, valores institucionales, código de ética, mapa de procesos, organigrama y manual de funciones y competencias laborales de la institución.</p>			5	100%	<p>En la página web se encuentra publicado: la misión, visión, principios, valores institucionales, código de ética, mapa de procesos, organigrama y manual de funciones y competencias laborales de la institución.</p>	<p>Página Web con información actualizada con respecto a: misión, visión, principios, valores institucionales, código de ética, mapa de procesos, organigrama y manual de funciones y competencias laborales de la institución.</p>	
		<p>3</p> <p>Se utiliza el sitio web y otros medios para informar a la comunidad el portafolio de servicios, horarios de atención, teléfonos de atención, fax y correos electrónicos.</p>			5	100%	<p>En la página web se publica: el portafolio de servicios, horarios de atención, teléfonos de atención, fax y correos electrónicos y se mantiene actualizados. Adicionalmente se publican todos los informes de gestión de la organización y la información relacionada con la contratación</p>	<p>Página Web con información actualizada con respecto a: portafolio de servicios, horarios de atención, teléfonos de atención, fax y correos electrónicos</p>	
		<p>4</p> <p>Se publican en el sitio web y en los demás medios institucionales los programas y proyectos a iniciar y los que están en ejecución así como los temas de planeación y contratación.</p>			5	100%	<p>En la página web se publica: programas y proyectos a iniciar y los que están en ejecución así como los temas de planeación y contratación.</p> <p>Adicionalmente se publica el seguimiento de proyectos y planes institucionales</p>	<p>Página Web con información actualizada con respecto a: programas y proyectos a iniciar y los que están en ejecución así como los temas de planeación y contratación.</p> <p>Seguimiento a planes y proyectos institucionales</p>	
		<p>5</p> <p>En la página de la ESE se da información precisa a la comunidad en general y usuarios sobre los trámites, partiendo del nombre del trámite, su descripción, normas principales que la regulan y los plazos para su realización.</p>			5	100%	<p>Se cuenta con página Web en la cual se tiene un aplicativo con información de interés para la comunidad en general, los usuarios y las partes interesadas. La información para los usuarios contiene trámites, su descripción, normas principales que los regulan y los plazos para su realización.</p>	<p>Página Web con información actualizada con respecto a: información precisa a la comunidad en general y usuarios sobre los trámites, partiendo del nombre del trámite, su descripción, normas principales que la regulan y los plazos para su realización.</p>	
		<p>6</p> <p>Se publican en el sitio web de la entidad los criterios de calificación y selección de proveedores</p>			4	80%	<p>En la página Web se publican los criterios de calificación y selección de proveedores</p>	<p>Página Web con criterios de: calificación y selección de proveedores</p>	<p>Ajustar criterios de calificación y selección de proveedores y publicarlos en la página Web.</p>
		<p>7</p> <p>Cuenta con un sistema de quejas y reclamos electrónico publicado en el sitio web.</p>			5	100%	<p>En la página Web se tiene un módulo de PQRS, el cual permite interactuar con el usuario. Las manifestaciones se gestionan dentro de los términos definidos en el proceso. Adicionalmente se cuenta con un buzón telefónico que funciona las 24 horas del día, convirtiéndose en un medio adicional por el cual el usuario puede manifestar sus PQRS.</p>	<p>Soporte de gestión de manifestaciones del cliente interno y externo, que ingresan por el aplicativo d ela WEB para PQRS</p>	
	<p>1</p> <p>La ESE cuenta con la oficina de control interno disciplinario o quien haga sus veces.</p> <p>Ley 734 de 2002, ley 1474 de 2011, Decreto 1537 de 2001</p>	5	100%	<p>Se cuenta con comité de control interno disciplinario</p> <p>Se cuenta con asesor jurídico responsable de los procesos disciplinarios</p> <p>SE tiene estandarizado un procedimiento para los procesos de control interno disciplinario</p>	<p>Resolución de conformación del comité de control interno disciplinario y de evidencias que sirvan para demostrar que cumple con sus funciones</p>				

9	FACTOR RESPONSABILIDADES: Evalúa los fallos de responsabilidad fiscal y disciplinaria, así como la acción de control interno en tanto mecanismos de autorregulación.	2	Se cuenta con un procedimiento establecido de seguimiento a los procesos de responsabilidad fiscal a favor o en contra de la entidad.	Ley 734 de 2002, ley 1474 de 2011.	5	5%	100%	100%
		3	La ESE cuenta con funcionarios sancionados con fallos de responsabilidad fiscal durante los últimos cinco años por detrimento al patrimonio de la entidad	Ley 610 de 2000 y Ley 1474 de 2011	5	5%	100%	
		4	La ESE cuenta con funcionarios sancionados con fallos de responsabilidad disciplinaria durante los últimos cinco años	Ley 734 de 2002 y Ley 1474 de 2011	5	5%	100%	
		5	La ESE realiza el proceso disciplinario en contra de los funcionarios a partir de denuncias, quejas, oficios, hallazgos de auditorías que tienen alcance disciplinario	Ley 734 de 2002, Ley 1474 de 2011 y Decreto 1716 de 2009	5	5%	100%	
					100%	96%		
			Se cuenta con un procedimiento establecido de seguimiento a los procesos de responsabilidad fiscal a favor o en contra de la entidad y se tiene implementado	Procedimiento de seguimiento a los procesos de responsabilidad fiscal a favor o en contra de la entidad				
			No se tienen funcionarios con fallos de responsabilidad fiscal durante los últimos cinco años por detrimento al patrimonio de la entidad	Soportes de implementación del procedimiento de seguimiento a los procesos de responsabilidad fiscal a favor o en contra de la entidad.				
			No se tienen funcionarios sancionados con fallos de responsabilidad disciplinaria durante los últimos cinco años por detrimento al patrimonio de la entidad	Indicadores del procedimiento de seguimiento a los procesos de responsabilidad fiscal a favor o en contra de la entidad.				
			El proceso disciplinario estandarizado a nivel de la organización se ajusta a los lineamientos normativos y se complementa con otros procesos de la ESE como PQRS y Auditorías	Base de datos de todo el personal donde se verifica fallas de responsabilidad fiscal durante los últimos 5 años				
				Base de datos de todo el personal donde se verifica fallas de responsabilidad disciplinaria durante los últimos 5 años				
				Planes de mejora individual Soportes de inicios de procesos disciplinarios				