

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA
E.S.E. HOSPITAL ALEJANDRO MAESTRE SIERRA

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

VIGENCIA 2026

Aprobado y suscrito por:
Dra. MELISSA VEGA BARRIOS
Gerente General

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO

CAMPO	INFORMACIÓN
Nombre del Documento	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC 2026
Entidad	E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra
NIT	819.001.122-3
Dirección	Calle 7ª N° 9-378, El Dificil, Ariguaní, Magdalena
Teléfonos	3205699724 / 3205660421
Correos institucionales	gerencia@hospitalariguani.gov.co juridica@hospitalariguani.gov.co
Sitio web	hospitalariguani.gov.co
Redes sociales	@hospitalalejandromaestre (Instagram) Hospital Alejandro Maestre Sierra (Facebook)
Municipio y categoría	Ariguaní (El Dificil), Magdalena – Municipio categoría sexta
Nivel de Complejidad	Primer Nivel de Atención – Baja Complejidad
Gerente General	Dra. Melissa Vega Barrios
Elaborado por	Oficina Asesora de Planeación / Control Interno
Vigencia del plan	Enero – Diciembre 2026
Periodicidad de seguimiento	Cuatrimstral: 30 abril, 31 agosto, 31 diciembre de 2026
Marco normativo principal	Ley 1474/2011 – Decreto 124/2016 – Decreto 612/2018

Contenido

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	2
1. PRESENTACIÓN	5
2. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA E.S.E. HOSPITAL ALEJANDRO MAESTRE SIERRA	6
2.1 Misión	6
2.2 Visión	6
2.3 Principios Institucionales	6
2.4 Principios Orientadores de la Administración	6
2.5 Información Institucional	7
2.6 Servicios de Salud Habilitados	7
3 MARCO NORMATIVO	8
4 OBJETIVOS DEL PLAN	10
4.1 Objetivo General	10
4.2 Objetivos Específicos	10
5 METODOLOGÍA	11
4.1 Seguimiento	11
6 COMPONENTE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	12
6.1 Marco Conceptual	12
6.2 Política de Administración del Riesgo de Corrupción	12
6.1 Consulta y Divulgación	14
6.2 Monitoreo y Revisión	14
6.3 Seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción	14
6.6 Mapa de Riesgos de Corrupción 2026	15
7. COMPONENTE 2: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	18
7.1. Objetivo y Marco Conceptual	18
7.2. Fases de la Estrategia de Racionalización	18
7.3. Inventario de Trámites y Servicios Institucionales	19
8. COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA	20
8.1. Marco Conceptual	20
8.2. Objetivos de la Rendición de Cuentas	20
8.3. Contenidos Mínimos de la Rendición de Cuentas	20
8.4. Actividades de Rendición de Cuentas 2026	21
8.4.1. Eje de Información	21
8.4.2. Eje de Diálogo	21
9. COMPONENTE 4: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO	23

9.1. Desarrollo Institucional para el Servicio al Ciudadano	23
9.2. Cultura de Servicio al Ciudadano en los Servidores Públicos	23
9.3. Fortalecimiento de los Canales de Atención	24
9.4. Gestión de PQRSD	25
10. COMPONENTE 5: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	26
10.1. Marco Conceptual y Normativo.....	26
10.2. Importancia del Acceso a la Información	26
10.3. Actividades para la Transparencia y Acceso a la Información	26
10.4. Obligaciones de Transparencia Activa – Artículo 9 de la Ley 1712 de 2014	27
10.5. Transparencia Pasiva	27
11. COMPONENTE 6: INICIATIVAS ADICIONALES	28
11.1. Fortalecimiento del Código de Integridad y Cultura de la Legalidad.....	28
11.2. Recomendaciones Generales Anticorrupción	28
11.3. Articulación Comunitaria – Contexto Rural de Ariguaní	29
11.4. Plan Anual de Auditorías Internas 2026.....	29
12. CRONOGRAMA CONSOLIDADO DE IMPLEMENTACIÓN PAAC 2026	30
13. RESPONSABLES Y MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	32
13.1. Responsables por Componente	32
13.2. Coordinador General del PAAC	32
13.3. Mecanismos de Seguimiento	32
14. CONCLUSIONES	33

1. PRESENTACIÓN

La E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra, ubicada en la Calle 7ª N° 9-378 del municipio de Ariguaní (El Dificil), departamento del Magdalena, elabora el presente documento dando cumplimiento a lo ordenado en la Ley 1474 de 2011 —Estatuto Anticorrupción—, la cual estableció normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad de las medidas de control de la gestión pública, y en especial lo establecido en el artículo 73, que textualmente dispone:

"Artículo 73. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. Dicha estrategia contemplará, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias antitrámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano."

Dicha norma se encuentra reglamentada por el Decreto 124 del 26 de enero de 2016 y el Decreto 612 de 2018, que integra los planes institucionales y estratégicos en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), señalando la metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, contenida en el documento "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2", cuya metodología fue actualizada en 2019 incorporando las acciones de transparencia y acceso a la información pública.

Lo anterior confirma la obligación legal que tiene la E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra no solo de elaborar y aplicar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, sino la de mantenerlo actualizado cada año conforme lo exijan las necesidades de prevenir las acciones potencialmente generadoras de corrupción, para erradicar este flagelo que tanto daño le genera a la administración pública y a la confianza ciudadana en las instituciones.

El presente plan fue construido de manera participativa con los líderes de las diferentes áreas de la institución, tomando como base la experiencia acumulada en los planes de vigencias anteriores y los lineamientos más recientes del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). La Dra. Melissa Vega Barrios, Gerente General, lo suscribe y adopta como instrumento rector de la estrategia institucional de integridad y servicio al ciudadano para la vigencia 2026.

2. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA E.S.E. HOSPITAL ALEJANDRO MAESTRE SIERRA

2.1 Misión

Prestar servicios de salud con calidad, oportunidad y calidez humana a la población del municipio de Ariguaní y su área de influencia, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con un equipo humano comprometido, una gestión eficiente y transparente, y una vocación permanente por la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la seguridad del paciente.

2.2 Visión

Ser para el año 2027 la E.S.E. pública de referencia en la subregión centro del Magdalena, reconocida por una gestión transparente, financieramente sostenible y por la excelencia en la atención a sus comunidades, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida y al bienestar de la población de Ariguaní.

2.3 Principios Institucionales

- **Solidaridad:** Es el ejercicio de dirigir la prestación de nuestros servicios preferentemente a la población más pobre y vulnerable del municipio y su área de influencia.
- **Confidencialidad:** Guardamos la información institucional y de los usuarios con la reserva que exige la ley y la ética médica.
- **Eficiencia:** La mejor utilización de los recursos humanos, tecnológicos, materiales y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población usuaria.
- **Equidad:** Atención al usuario en la medida en que lo determinen sus necesidades particulares en salud, las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los recursos institucionales disponibles.
- **Integridad:** Actuamos con honestidad, rectitud y coherencia en el ejercicio de nuestras funciones públicas.
- **Transparencia:** Garantizamos el acceso a la información pública y rendimos cuentas permanentes a la ciudadanía y los entes de control.

2.4 Principios Orientadores de la Administración

- **Economía:** Los procedimientos se adelantan en el menor tiempo posible y con la menor cantidad de recursos de quienes intervienen en ellos.
- **Celeridad:** Las autoridades tendrán el impulso de oficio de los procedimientos.
- **Eficacia:** Los procedimientos deben lograr su finalidad, removiendo de oficio los obstáculos puramente formales.
- **Imparcialidad:** Los procedimientos deben asegurar y garantizar los derechos de todas las personas sin ningún género de discriminación.
- **Publicidad:** Las autoridades darán a conocer sus decisiones mediante las comunicaciones, notificaciones o publicaciones que ordena la ley.
- **Contradicción:** Los interesados tendrán oportunidad de conocer y de controvertir las decisiones emitidas por la administración.

2.5 Información Institucional

DATO	INFORMACIÓN
Dirección física	Calle 7ª N° 9-378, vía Plato, El Difícil – Ariguani, Magdalena
Teléfonos de contacto	3205699724 / 3205660421 / Área asistencial: 3137309365
Correo gerencia	gerencia@hospitalariguani.gov.co
Correo jurídica	juridica@hospitalariguani.gov.co
Sitio web institucional	hospitalariguani.gov.co
Instagram	@hospitalalejandromaestre
Facebook	hospital alejandro maestre sierra

2.6 Servicios de Salud Habilitados

La E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra tiene habilitados los siguientes servicios de salud de primer nivel de atención, de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS):

- Consulta externa de medicina general
- Consulta externa de odontología general
- Atención de urgencias de baja complejidad (24 horas)
- Hospitalización de baja complejidad
- Atención del parto de baja complejidad
- Laboratorio clínico de baja complejidad
- Imagenología básica (radiología simple)
- Programas de Promoción y Prevención (PyP) en el marco de las RIAS
- Vacunación (Plan Ampliado de Inmunización – PAI)
- Transporte asistencial básico
- Rehabilitación básica (fisioterapia)

3. MARCO NORMATIVO

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra para la vigencia 2026 tiene sustento en el siguiente marco jurídico:

NORMA	DESCRIPCIÓN
Const. Política de 1991	Artículos 23, 90, 122 al 129, 183, 184, 209 y 270. Principios de la función administrativa y responsabilidad de los servidores públicos.
Ley 100 de 1993	Sistema General de Seguridad Social en Salud. Creación de las Empresas Sociales del Estado como categoría especial de entidad pública.
Ley 80 de 1993	Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.
Ley 190 de 1995	Preservación de la moralidad en la Administración Pública y erradicación de la corrupción administrativa.
Ley 489 de 1998	Organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional. Principios de la función administrativa.
Ley 610 de 2000	Proceso de responsabilidad fiscal de los servidores públicos y particulares que manejen fondos del Estado.
Ley 734 de 2002	Código Disciplinario Único. Deberes, derechos, impedimentos, inhabilidades y conflictos de interés de los servidores públicos.
Ley 850 de 2003	Veedurías ciudadanas. Mecanismos de participación y control social.
Ley 962 de 2005	Racionalización de trámites y procedimientos administrativos.
Ley 1122 de 2007	Modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1150 de 2007	Eficiencia y transparencia en la Ley 80 de 1993. Modificaciones a la contratación pública.
Ley 1437 de 2011	Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA).
Ley 1438 de 2011	Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1474 de 2011	Estatuto Anticorrupción. Artículo 73: obligatoriedad del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC).
Decreto 019 de 2012	Supresión o reforma de regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios en la Administración Pública.
Ley 1712 de 2014	Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional.
Ley 1755 de 2015	Regula el Derecho Fundamental de Petición y el derecho de acceso a información de los ciudadanos.
Ley 1757 de 2015	Promoción y protección del derecho a la participación democrática y al control social.

Decreto 1081 de 2015	Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República. Capítulo sobre PAAC.
Decreto 124 de 2016	Sustituye el capítulo 13, título 1, parte 2, libro 2 del Decreto 1081/2015. Metodología PAAC.
Decreto 1499 de 2017	Modifica el Decreto 1083 de 2015 en lo relacionado con el MIPG.
Decreto 612 de 2018	Integración de planes institucionales y estratégicos. PAAC como parte del MIPG.
Ley 2014 de 2019	Sanciones para los delitos de corrupción pública y privada.
Circular 100-08 DAFP	Lineamientos metodológicos para la elaboración del PAAC vigencias 2023 y ss.

4. OBJETIVOS DEL PLAN

4.1 Objetivo General

Implementar en la E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra la Estrategia de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano, en cumplimiento de la normatividad vigente, desarrollando los objetivos de gestión institucional a través de lineamientos y políticas de eficiencia, eficacia y transparencia en la ejecución de la misión empresarial y la prestación del servicio público de salud.

4.2 Objetivos Específicos

- Fundamentar los mecanismos necesarios y metodológicos que permitan desarrollar una cultura de respeto por la acción y los bienes públicos en todos los servidores públicos y contratistas de la ESE.
- Implantar criterios, herramientas y acciones generales para la identificación y prevención de riesgos de corrupción que se puedan presentar al interior de la institución en el desarrollo de sus funciones misionales, de apoyo y estratégicas.
- Facilitar el acceso de los usuarios a los servicios habilitados, simplificando, estandarizando, optimizando y, en la medida de las capacidades institucionales, automatizando los trámites existentes de manera eficiente y transparente.
- Implementar una estrategia de rendición de cuentas permanente, proactiva y bidireccional que garantice la participación ciudadana y la transparencia en la gestión de los recursos públicos.
- Crear mecanismos efectivos para la resolución de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD), y para la aplicación de encuestas de satisfacción que permitan conocer y evaluar la gestión institucional.
- Garantizar el cumplimiento de las obligaciones de transparencia activa y pasiva de la Ley 1712 de 2014, asegurando la publicación oportuna y completa de la información institucional en el sitio web.
- Mejorar la calidad, accesibilidad y agilidad de los trámites y servicios prestados por la ESE con la finalidad de satisfacer de forma ágil y eficiente las necesidades del usuario interno y externo.

5. METODOLOGÍA

La metodología utilizada para la formulación del presente PAAC 2026 consistió en construirlo a partir del texto del documento "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – Versión 2" (Presidencia de la República, DAFP y DNP), el cual sirvió de guía permanente. Se aplicaron las instrucciones metodológicas definidas en dicha estrategia, cumpliendo las exigencias del Decreto 124 de 2016 y el Decreto 612 de 2018, incorporando en cada componente la situación específica de la institución y proponiendo las acciones que se adelantarán para el logro de los objetivos.

El plan fue construido de forma participativa, con la intervención de los líderes de las siguientes áreas: Gerencia General, Oficina Asesora de Planeación, Control Interno, Área Jurídica, Subdirección Administrativa y Financiera, Talento Humano, Área Asistencial y SIAU. Se tomó como insumo fundamental el análisis de los resultados del PAAC de la vigencia anterior, los hallazgos de auditorías internas y externas, y el análisis de las PQRSD recibidas. El presente plan cuenta con seis (6) componentes autónomos e independientes, con parámetros y soporte normativo propio, los cuales se definen así:

- Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción
- Componente 2: Racionalización de Trámites
- Componente 3: Rendición de Cuentas a la Ciudadanía
- Componente 4: Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano
- Componente 5: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información
- Componente 6: Iniciativas Adicionales

2.1 Seguimiento

Se realizará seguimiento cuatrimestral al plan, con cortes en fechas 30 de abril, 31 de agosto y 31 de diciembre de 2026. Los seguimientos se efectuarán en cada proceso, apoyándose en la cultura del autocontrol, y serán verificados por la Oficina de Control Interno. Los informes de seguimiento se publicarán en el sitio web institucional dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a cada corte.

6. COMPONENTE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

6.1 Marco Conceptual

- **Gestión del Riesgo de Corrupción:** Es el conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo de corrupción.
- **Riesgo de Corrupción:** Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
- **Corrupción:** Uso del poder para desviar la gestión de lo público hacia el beneficio privado (DAFP). Es inadmisibles para la E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra la materialización de cualquier riesgo de corrupción, pues lesionaría la imagen, credibilidad, solidez y transparencia de la entidad.
- **Causa:** Medios, circunstancias, situaciones o agentes generadores del riesgo.
- **Impacto:** Las consecuencias o efectos que puede generar la materialización del riesgo de corrupción en la entidad.
- **Probabilidad:** Oportunidad de ocurrencia de un riesgo.
- **Mapa de Riesgos de Corrupción:** Documento con la información resultante de la gestión del riesgo de corrupción.

6.2 Política de Administración del Riesgo de Corrupción

Dentro de las actividades contenidas en la política de administración de riesgos de corrupción de la E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra, se incluyen las siguientes acciones:

- **Evitar el riesgo:** Tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Es siempre la primera alternativa, se logra cuando al interior de los procesos se generan cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de adecuados controles y acciones.
- **Reducir el riesgo:** Implica tomar medidas encaminadas a disminuir la probabilidad (medidas de prevención) y el impacto (medidas de protección) de materialización.
- **Establecer e implementar un sistema de administración del riesgo,** adoptando las guías del DAFP y la guía para la gestión del riesgo de corrupción de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.
- **Identificar los factores internos y externos** que puedan convertirse en eventos adversos que afecten el normal desarrollo de la gestión eficaz de los procesos.
- **Analizar la probabilidad de materialización de los riesgos de corrupción.**
- **Valorar los riesgos y seleccionar los métodos para su tratamiento y monitoreo.**
- **Garantizar el mejor manejo de los recursos,** el cumplimiento de los objetivos de los procesos y el logro de los propósitos institucionales.
- **Capacitar y entrenar al talento humano de la entidad para una efectiva administración del riesgo.**
- **Definir estrategias de comunicación y divulgación de la administración del riesgo en la entidad.**

Para fortalecer el compromiso de la alta gerencia en este apartado del plan, he ampliado y tecnificado el texto, estructurándolo en torno a la responsabilidad estratégica y la sostenibilidad del sistema de integridad:

- **Asignación Estratégica de Talento Humano:** La alta dirección se compromete a designar personal idóneo y capacitado para liderar las acciones de prevención, detección y respuesta ante riesgos de corrupción. Esto incluye el fortalecimiento de la Oficina de Control Interno y la participación activa de los líderes de proceso, asegurando que la gestión del riesgo no sea una tarea aislada, sino una responsabilidad compartida y articulada en todos los niveles jerárquicos de la E.S.E.
- **Garantía de Recursos Presupuestales:** El Hospital Alejandro Maestre Sierra priorizará dentro de su Plan Financiero Anual las partidas necesarias para la ejecución de actividades de sensibilización, capacitación técnica y auditorías externas. La asignación de estos recursos es fundamental para transformar la política de papel en acciones concretas que mitiguen la probabilidad de ocurrencia de hechos que afecten el patrimonio y la imagen institucional.
- **Fortalecimiento de la Infraestructura Tecnológica:** Se dispondrá de las herramientas digitales y sistemas de información requeridos para mejorar la transparencia en la contratación, la gestión de suministros y la atención al usuario. La inversión en tecnología busca automatizar controles, reducir la discrecionalidad en la toma de decisiones y facilitar el acceso ciudadano a la información pública, conforme a las leyes de transparencia vigentes.
- **Seguimiento, Evaluación y Mejora Continua:** La alta dirección liderará ciclos de revisión periódica para medir la efectividad de los controles implementados. Mediante indicadores de gestión y el análisis de los mapas de riesgo de corrupción, se evaluará el impacto de la política, permitiendo realizar ajustes oportunos que garanticen una administración transparente, eficiente y orientada a la protección de los recursos destinados a la salud de la comunidad de Ariguaní.

6.3. Consulta y Divulgación

Para la elaboración del presente mapa de corrupción se extendió a los diferentes líderes de las áreas de la entidad la estrategia para la construcción del plan anticorrupción y atención al ciudadano, la guía para la gestión del riesgo de corrupción y la guía para la gestión del riesgo del DAFP. El proyecto del plan anticorrupción incluyendo el mapa de riesgo de corrupción se publicará en la página web institucional (hospitalariguani.gov.co) y en las carteleras de comunicaciones de la entidad, con el propósito de garantizar la participación de los diferentes actores: usuarios, personal interno, entidades externas y comunidad en general.

6.4. Monitoreo y Revisión

El mapa de riesgos de corrupción señala los diferentes líderes responsables de los procesos que presentan riesgos de corrupción, los cuales revisan de manera periódica con periodicidad trimestral el mapa de riesgos, la eficacia y eficiencia de los controles, los eventos que se presenten que generen riesgos emergentes, y los cambios en las condiciones descritas en el mapa.

6.5. Seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción

Se realizará seguimiento cuatrimestral a los controles implementados para evitar la materialización de los riesgos de corrupción. Dichos seguimientos se efectuarán en cada proceso, apoyándose en la cultura del autocontrol, y serán verificados por parte de la Oficina de Control Interno en cuanto a la eficacia de los controles implementados: 30 de abril, 31 de agosto y 31 de diciembre de 2026.

6.6. Mapa de Riesgos de Corrupción 2026

A continuación, se presenta el Mapa de Riesgos de Corrupción de la E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra, actualizado para la vigencia 2026. Este se consolida como una herramienta técnica de control preventivo, diseñada para blindar la gestión pública institucional frente a posibles conductas que afecten la transparencia. Este mapa identifica riesgos críticos en los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, destacando que la mayoría de las amenazas se encuentran en una escala de probabilidad "Posible". La estrategia institucional adoptada es la de "Evitar el riesgo", priorizando controles de tipo preventivo que atacan las causas raíz, como la falta de plataformas digitales, la debilidad en la planeación contractual y la ausencia de una supervisión rigurosa en áreas sensibles. Se incorporan los riesgos históricos identificados en vigencias anteriores y los riesgos emergentes identificados en el proceso participativo de formulación del presente plan:

PROCESO	RIESGO DE CORRUPCIÓN	CAUSAS	EFFECTOS / IMPACTO	PROBABILIDAD	TIPO DE CONTROL	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	RESPONSABLE	INDICADOR DE SEGUIMIENTO
Estratégico	Ausencia o deficiencia de canales de información pública y rendición de cuentas	Falta de plataformas digitales actualizadas; carencia de plan de comunicaciones; escasa difusión de los mecanismos de participación ciudadana.	Ciudadanía desinformada; imposibilidad de control social; incumplimiento Ley 1712 de 2014; daño reputacional.	Posible	Preventivo	Evitar el riesgo	Alta Dirección / Comunicaciones / TIC	Porcentaje de uso de los canales de información / Número de ítems publicados en sitio web
	Cientelismo en la toma de decisiones administrativas e institucionales	Presiones externas (políticas, familiares o de grupos de interés) sobre la Gerencia o los funcionarios; débil separación entre política y administración.	Pérdida de imparcialidad en decisiones; favorecimiento indebido; deterioro de la imagen institucional; sanciones disciplinarias.	Posible	Preventivo	Evitar el riesgo	Alta Dirección / Gerencia	Control de contratación / Número de quejas por favoritismo registradas y atendidas
De Apoyo (Jurídico)	Demora deliberada en procesos para obtener caducidad, prescripción o terminación anormal del proceso	Gestión jurídica deficiente; archivo desorganizado de procesos; falta de alertas tempranas para términos procesales.	Pérdida de pretensiones en litigios; daño patrimonial a la ESE; posibles sanciones disciplinarias al asesor jurídico.	Posible	Preventivo	Evitar el riesgo	Asesor Jurídico	Organización y control de procesos jurídicos activos / Número de términos vencidos
Misional (Farmacia)	Descargue de medicamentos e insumos del sistema sin ser efectivamente despachados a los pacientes	Débiles controles en el proceso de dispensación; ausencia de órdenes de despacho físicas; falta de doble verificación.	Pérdida o desvío de medicamentos e insumos; afectación en la atención al paciente; detrimento patrimonial; responsabilidad penal.	Posible	Preventivo	Evitar el riesgo	Coordinador Médico / Regente de Farmacia	Órdenes de despacho verificadas / Inventarios físicos periódicos vs. sistema

De Apoyo (Contractual)	Procesos contractuales con expedientes incompletos, estudios previos deficientes o sin justificación suficiente	Falta de planeación contractual; desconocimiento de requisitos; presión para contratar sin cumplir formalidades; ausencia de supervisión.	Incumplimiento de la Ley 80/1993; observaciones de entes de control; posibles sanciones disciplinarias y fiscales; contratos viciados.	Posible	Preventivo	Evitar el riesgo	Profesional Administrador / Jurídica	Porcentaje de contratos con expediente completo / Número de observaciones en auditorías
De Apoyo (Contractual)	Fracionamiento irregular de contratos para eludir modalidades de selección más rigurosas	Ausencia de plan anual de adquisiciones; falta de supervisión cruzada; desconocimiento del marco normativo de contratación.	Violación de la Ley 80; posibles sanciones de la Contraloría y Procuraduría; pérdida de recursos públicos; detrimento patrimonial.	Posible	Preventivo	Evitar el riesgo	Profesional Administrador / Jurídica / Control Interno	Supervisión de actos contractuales / Plan de adquisiciones publicado y actualizado
De Apoyo (Contractual)	Sobrecostos en contratos y favorecimiento indebido a determinados contratistas	Ausencia de estudios de mercado rigurosos; comité de contratación sin independencia; presiones externas sobre el proceso de selección.	Detrimento patrimonial; pérdida de recursos públicos; responsabilidad fiscal y penal de los funcionarios implicados.	Posible	Preventivo	Evitar el riesgo	Profesional Administrador / Comité de Contratación	Supervisión de actos contractuales / Porcentaje de contratos con estudio de mercado
De Apoyo (Financiero/Contable)	Archivos contables con vacíos en la información, registros incompletos o alterados	Deficiencias en el sistema contable; falta de supervisión del profesional financiero; errores no identificados oportunamente.	Información financiera no confiable; incumplimiento de normas contables públicas; posibles sanciones de la Contraloría.	Posible	Preventivo	Evitar el riesgo	Profesional Administrador / Área Financiera	Supervisión periódica del archivo y manejo contable / Número de inconsistencias detectadas
De Apoyo (Financiero)	No registro o registro inadecuado de ingresos y egresos devolutivos y de tesorería	Debilidad en controles de caja; ausencia de segregación de funciones en tesorería; falta de arqueos periódicos y conciliaciones bancarias.	Pérdida o apropiación indebida de recursos; detrimento patrimonial; responsabilidad fiscal y penal; daño reputacional.	Posible	Preventivo	Evitar el riesgo	Profesional Administrador / Tesorería	Supervisión periódica del archivo y manejo contable / Número de arqueos realizados
De Apoyo (Gestión Documental)	Deficiencias en el manejo documental y de archivo: pérdida, deterioro o alteración de documentos	Ausencia de Tablas de Retención Documental actualizadas; falta de controles de acceso a archivos; personal no capacitado en gestión documental.	Pérdida de memoria institucional; obstaculización de investigaciones; incumplimiento del Archivo General de la Nación; posibles sanciones.	Posible	Preventivo	Evitar el riesgo	Profesional Administrador / Gestión Documental	Actualización de archivos / TRD aprobada / Número de capacitaciones en gestión documental

Gestión de Talento Humano	Irregularidades en los procesos de selección, vinculación y promoción del talento humano	Falta de transparencia en convocatorias; incumplimiento de perfiles de cargo; influencias indebidas en decisiones de vinculación.	Vinculación de personal no idóneo; deterioro en calidad del servicio de salud; sanciones disciplinarias; quejas de usuarios.	Posible	Preventivo	Evitar el riesgo	Jefe de Talento Humano / Gerencia	% de procesos de selección documentados y publicados / % cumplimiento de perfiles
Misional (Asistencial)	Cobros irregulares a usuarios por servicios que deben ser gratuitos o cubiertos por el aseguramiento	Desconocimiento de los derechos de los usuarios; tarifas no publicadas; falta de formación en ética del talento humano asistencial.	Vulneración de derechos de usuarios; quejas ante la Superintendencia de Salud; daño reputacional; posibles sanciones.	Rara	Preventivo	Evitar el riesgo	Coordinador Médico / SIAU / Talento Humano	Tasa de PQRS por cobros irregulares / Número de capacitaciones en derechos de usuarios

En el ámbito estratégico y contractual, el mapa pone especial énfasis en mitigar el clientelismo y las presiones externas en la toma de decisiones, así como en evitar el fraccionamiento de contratos y los sobrecostos. Para ello, se han definido indicadores de seguimiento precisos, como el control de la contratación y la publicación actualizada del Plan Anual de Adquisiciones. Al involucrar directamente a la Alta Dirección, la oficina Jurídica y Control Interno, la institución busca asegurar que cada proceso de selección y vinculación de personal se realice bajo principios de meritocracia y cumplimiento estricto de los perfiles de cargo, evitando así el deterioro de la calidad en el servicio de salud por falta de idoneidad.

Por otra parte, la gestión del riesgo en los procesos misionales y financieros (como el manejo de farmacia, la tesorería y la atención asistencial) se orienta a proteger el patrimonio de la ESE y los derechos de los usuarios. El control sobre el descargue de medicamentos y el registro de ingresos de tesorería mediante arqueos y conciliaciones bancarias son medidas fundamentales para prevenir el detrimento patrimonial. Finalmente, el mapa subraya la importancia de la gestión documental y la transparencia informativa, cumpliendo con la Ley 1712 de 2014 para garantizar que la ciudadanía de Ariguaní cuente con canales de rendición de cuentas efectivos que fortalezcan la confianza en la administración hospitalaria.

7. COMPONENTE 2: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

7.1 Objetivo y Marco Conceptual

La estrategia de racionalización de trámites tiene como objetivo facilitar el acceso a los servicios que brinda el Hospital Alejandro Maestre Sierra. Para ello la entidad debe simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y, en la medida de sus capacidades tecnológicas, automatizar los trámites existentes, cumpliendo los lineamientos del Decreto 019 de 2012 y la Guía de Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano del DAFP.

Para efectos del presente componente, se establecen las siguientes diferencias conceptuales:

Servicio:

Toda aquella acción que realiza el particular ante la E.S.E. para obtener un beneficio, iniciar procedimientos o una consulta, sin que medie una obligación de hacerlo.

Trámite:

Cualquier solicitud o entrega de información que los particulares, sean personas físicas o jurídicas, realicen ante la ESE, ya sea para cumplir una obligación, obtener un beneficio, servicio o resolución. Un trámite se caracteriza porque: (i) hay una actuación del usuario; (ii) tiene soporte normativo; (iii) el usuario ejerce un derecho o cumple una obligación; (iv) hace parte de un proceso misional de la entidad; (v) se solicita ante una entidad pública; y (vi) es oponible por el usuario.

Otro Procedimiento Administrativo:

Conjunto de acciones que realiza el usuario de manera voluntaria para obtener un producto o servicio. Se caracterizan porque generalmente no tienen costo y no son obligatorios para el usuario.

7.2 Fases de la Estrategia de Racionalización

- **Identificación de trámites:** La entidad identifica todos los trámites y procedimientos administrativos (misionales, estratégicos, de apoyo y de evaluación/seguimiento) con el fin de evaluar su pertinencia, importancia y valor para el usuario, e inscribirlos en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT).
- **Priorización de trámites a intervenir:** Una vez elaborado el inventario, se identifican los que requieren mejorarse para garantizar la efectividad institucional y la satisfacción del usuario.
- **Racionalización de trámites:** La ESE Hospital Alejandro Maestre Sierra efectuará el proceso para reducir la carga de los trámites identificados, elaborando estrategias jurídicas, administrativas y tecnológicas.
- **Interoperabilidad:** La institución avanzará en el proceso de gobierno en línea, con el propósito de facilitar el intercambio de información con otras entidades y la entrega de servicios de manera más eficiente a los ciudadanos.

7.3 Inventario de Trámites y Servicios Institucionales

N°	TRÁMITE / SERVICIO	TIPO	ÁREA RESPONSABLE	TIEMPO ACTUAL	META DE RACIONALIZACIÓN 2026
1	Asignación de citas – consulta externa medicina general y odontología	Servicio / Trámite	Admisiones / SIAU	Presencial: 15-40 min. / Telefónica: disponible	Fortalecer línea telefónica; reducir tiempo a máx. 20 min.; publicar horarios en sitio web y carteleras.
2	Atención de urgencias y clasificación triage	Servicio misional	Servicio de Urgencias	Inmediato al ingreso	Estandarizar protocolo de triage con tiempos máximos definidos por categoría (I, II, III, IV).
3	Acceso a programas de Promoción y Prevención (PyP / RIAS)	Servicio misional	Área de PyP / Coordinador Médico	Variable según programa	Publicar calendario de PyP en carteleras y sitio web; eliminar requisitos innecesarios para acceso.
4	Expedición de copia de historia clínica	Trámite formal	Archivo Clínico / Admisiones	3 a 10 días hábiles	Reducir a máximo 5 días hábiles; establecer procedimiento documentado con formato de solicitud.
5	Radicación y respuesta de PQRS	Servicio / Derecho fundamental	SIAU / Jurídica / Secretaría Gerencia	Respuesta: 15 días hábiles	Implementar número de radicado único; notificar al usuario; publicar formato en sitio web.
6	Autorización de servicios y referencias a mayor complejidad	Trámite misional	Facturación / Médico tratante	2 a 8 horas (variable)	Estandarizar flujo con formato único de referencia y tiempos máximos definidos según urgencia.
7	Facturación y liquidación de copagos y cuotas moderadoras	Trámite financiero	Facturación / Caja	15 a 30 minutos	Publicar tarifas vigentes en carteleras y sitio web; establecer proceso de apelación claro.
8	Inscripción a programas de control (prenatal, crónicas, HTA, DM)	Servicio misional	Área de PyP	Variable	Elaborar cartilla con requisitos simplificados; publicar en carteleras y distribuir en corregimientos.
9	Solicitud de certificados médicos (incapacidades, aptitud)	Servicio / Trámite	Consultorio médico / Admisiones	2 a 5 días hábiles	Establecer tiempo máximo de 3 días hábiles y formato estandarizado de solicitud.
10	Atención en consulta de vacunación (PAI)	Servicio misional	Área de vacunación / PyP	Inmediata o por cita	Publicar jornadas de vacunación extramural en corregimientos con anticipación mínima de 15 días.

8. COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS A LA CIUDADANÍA

8.1 Marco Conceptual

La Política de Rendición de Cuentas a los Ciudadanos, establecida en el Documento CONPES 3654 de 2010, se orienta a consolidar una cultura de apertura de la información, transparencia y diálogo entre el Estado y los ciudadanos. En su acepción general, la rendición de cuentas es la obligación de un actor de informar y explicar sus acciones a otro u otros que tienen el derecho de exigirla, debido a la presencia de una relación de poder, y la posibilidad de imponer algún tipo de sanción por un comportamiento inadecuado o de premiar un comportamiento destacado.

El proceso de rendición de cuentas por parte de la E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra trae consigo beneficios y oportunidades de mejora en la gestión pública. Al tener un proceso sólido de rendición de cuentas, la entidad puede ser percibida como más transparente, elevando sus niveles de credibilidad y confianza ciudadana. Para la ciudadanía, un buen proceso de rendición de cuentas le permite estar informada desde la fuente principal sobre la gestión y los resultados de la institución, ejerciendo de mejor manera su derecho de participación a través del control social.

8.2. Objetivos de la Rendición de Cuentas

- Mejorar los atributos de la información que se entrega a los ciudadanos: comprensible, actualizada, oportuna, disponible y completa.
- Fomentar el diálogo y la retroalimentación entre la E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra y los ciudadanos, para lo cual la entidad no solo informa, sino que también explica y justifica la gestión pública.
- Garantizar la participación de la ciudadanía, la asociación de usuarios y las veedurías en el seguimiento a la gestión institucional.

8.3. Contenidos Mínimos de la Rendición de Cuentas

En cumplimiento de los lineamientos del DAFP, la E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra incluirá en su estrategia de rendición de cuentas los siguientes temas y aspectos mínimos:

- Presupuesto: Ejecución presupuestal (apropiaciones iniciales y finales, % ejecutado en ingresos y gastos) y estados financieros.
- Cumplimiento de metas: Plan de acción vigente (objetivos, estrategias, proyectos, metas, responsables) y programas en ejecución.
- Gestión: Informes de gestión misional y de gobierno; gestión del talento humano; eficiencia administrativa; gestión financiera; metas e indicadores de gestión.
- Contratación: Relación y estado de los procesos de contratación; número y valor de contratos terminados y en ejecución.
- Impactos de la gestión: Cambios concretos en la salud de la población de Ariguaní como resultado de los servicios prestados.
- Acciones de mejoramiento: Planes de mejora derivados de auditorías, PQRSD y jornadas de rendición de cuentas.

8.4. Actividades de Rendición de Cuentas 2026

8.4.1 Eje de Información

La E.S.E. desarrollará las siguientes actividades de información para la ciudadanía:

- Publicación trimestral de informe financiero en el tablero de comunicaciones de la entidad y en la página web institucional (hospitalariguani.gov.co).
- Publicación trimestral del presupuesto y sus modificaciones en el tablero de comunicaciones y en la página web de la institución.
- Publicación de la contratación de la E.S.E. en la cartelera de comunicaciones, página web de la entidad y en el SECOP II.
- Publicación de informe de seguimiento de los planes de mejoramiento suscritos por la entidad.
- Publicación del informe pormenorizado de control interno en cartelera y página web.
- Difusión de información sobre la ejecución de programas institucionales en la emisora municipal de Ariguaní.
- Informe semestral de percepción del usuario frente a la satisfacción por la prestación del servicio, publicado en tablero de comunicaciones y página web.

8.4.2 Eje de Diálogo

- Difusión de información institucional a través de medios radiales (emisora municipal de El Dificil/Ariguaní).
- Rendición pública de cuentas a la ciudadanía y a la Asociación de Usuarios del Hospital, como mínimo una (1) vez al año en audiencia pública, con convocatoria amplia con mínimo quince (15) días de anticipación.
- Espacios de diálogo con representantes de la comunidad, líderes de Juntas de Acción Comunal y asociaciones de usuarios: mínimo dos (2) reuniones al año.
- Publicación de memoria y actas de las jornadas de rendición de cuentas en el sitio web institucional.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	RESPONSABLE	META	FECHA / PERIODICIDAD
Publicar informe anual de gestión 2024	Elaboración, aprobación y publicación en sitio web del informe de resultados de la gestión 2024.	Informe publicado: Sí/No	Planeación / Gerencia	1 informe	Febrero 2026
Publicar ejecución presupuestal	Publicación trimestral del presupuesto e informe de ejecución en cartelera y sitio web.	N° de informes publicados	Área Financiera / TIC	4 informes/año	Trimestral
Publicar contratación en SECOP II	Garantizar publicación de contratos en SECOP II dentro de los 3 días siguientes a su suscripción.	% contratos publicados en SECOP II	Jurídica / Contratación	100%	Permanente
Realizar Audiencia Pública de Rendición de Cuentas	Organizar y ejecutar audiencia pública con convocatoria amplia, participación ciudadana y acta de compromisos.	Audiencia realizada / N° asistentes / Acta elaborada	Planeación / SIAU / Gerencia	1 audiencia	Junio 2026
Publicar informe de satisfacción del usuario	Elaborar y publicar semestral el informe de PQRSD y satisfacción de usuarios.	Informe publicado / Índice de satisfacción	SIAU / Calidad	2 informes/año	Julio y diciembre
Difundir información en emisora local	Publicar cuñas informativas sobre la gestión institucional en la emisora municipal de Ariguaní.	N° de apariciones en medios locales	Comunicaciones / Gerencia	Mínimo 4/año	Trimestral
Publicar avance cuatrimestral del PAAC	Elaborar y publicar en sitio web los informes de seguimiento al PAAC 2026.	N° informes publicados / % avance por componente	Control Interno / Planeación	3 informes/año	Abril, agosto, diciembre

9. COMPONENTE 4: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

9.1 Desarrollo Institucional para el Servicio al Ciudadano

En cumplimiento de la política liderada por el programa nacional de servicio al ciudadano del Departamento Nacional de Planeación (DNP), el Hospital Alejandro Maestre Sierra instituye estrategias para mejorar la calidad y accesibilidad de los trámites y servicios, satisfaciendo las necesidades de la ciudadanía del municipio de Ariguaní y su área de influencia. Las acciones de desarrollo institucional para el servicio al ciudadano comprenden:

- Socializar y difundir el portafolio de servicios de la institución a todos los clientes internos y externos, a través de la emisora radial municipal, carteleras de comunicaciones y la oficina SIAU.
- Comunicar anticipadamente la totalidad de requisitos para la atención mediante la emisora radial, carteleras y la oficina de atención al usuario, evitando que los ciudadanos realicen múltiples visitas por requisitos faltantes.
- Informar y difundir ampliamente el horario de prestación de servicios en la entidad para evitar la insatisfacción de los usuarios por desconocimiento de los horarios de atención.
- Medir trimestralmente, a través de encuestas, la satisfacción del ciudadano en relación con los trámites y servicios prestados, conociendo las expectativas, necesidades, inconformidades e intereses de la comunidad.
- Mantener actualizadas las carteleras de comunicaciones y la página web con información sobre: derechos y deberes de los usuarios, descripción de procedimientos, trámites, servicios y horarios de acceso a los programas, y nombre y cargo del funcionario que recepciona las PQRSD.
- Trabajar en conjunto con el representante de los usuarios ante la Junta Directiva en la implementación de los programas que se diseñen para optimizar la atención al ciudadano.
- Establecer la atención preferencial a personas en situación de discapacidad, niños y niñas, mujeres gestantes y adultos mayores en todas las áreas de la institución.

9.2 Cultura de Servicio al Ciudadano en los Servidores Públicos

- Llevar a cabo capacitación semestral a todos los funcionarios y contratistas de la institución con el fin de que desarrollen competencias y habilidades para el servicio humanizado y el buen trato al usuario.
- Como incentivo, publicar en la cartelera de comunicaciones el nombre del funcionario que durante el mes haya mostrado la mejor actitud y trato hacia los usuarios (reconocimiento mensual).

9.3 Fortalecimiento de los Canales de Atención

En cumplimiento del plan de comunicación institucional, se divulgará a través del espacio radial, carteleras y página web los mecanismos de participación ciudadana disponibles: asociación de usuarios, comité de ética institucional y veedurías ciudadanas. Los canales de atención disponibles son los siguientes:

CANAL	DESCRIPCIÓN Y DATOS DE CONTACTO	HORARIO	RESPONSABLE
Presencial – SIAU	Atención directa en el Servicio de Información y Atención al Usuario, sede principal. Calle 7ª N° 9-378, El Dificil – Ariguaní, Magdalena.	Lunes a viernes: 7:00 a.m. – 5:00 p.m.	SIAU / Secretaría Gerencia
Presencial – Urgencias	Atención de urgencias y emergencias en el servicio de urgencias del hospital.	24 horas / 7 días a la semana	Médico de turno / Urgencias
Telefónico – Área asistencial	Línea móvil celular: 3137309365 (área asistencial).	Disponible en horario de atención	Área Asistencial
Telefónico – Gerencia	Línea móvil gerencia: 3205699724 / 3205660421.	Lunes a viernes: 8:00 a.m. – 5:00 p.m.	Secretaría Gerencia
Correo electrónico – Gerencia	gerencia@hospitalariguaní.gov.co	Respuesta máx. 3 días hábiles	Secretaría Gerencia
Correo electrónico – Jurídica	juridica@hospitalariguaní.gov.co	Respuesta según términos de ley (PQRSD: 15 días hábiles)	Área Jurídica / SIAU
Sitio web institucional	hospitalariguaní.gov.co – formulario de PQRSD en línea, consulta de información y trámites.	Disponible 24/7	TIC / SIAU
Buzones físicos	Buzones ubicados en las áreas administrativas, de urgencias y consulta externa. Apertura en presencia del representante de usuarios.	Revisión semanal	SIAU / Representante usuarios
Instagram	@hospitalalejandromaestre	Monitoreo permanente	Comunicaciones
Facebook	Hospital Alejandro Maestre Sierra	Monitoreo permanente	Comunicaciones

9.4 Gestión de PQRSD

La E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra diseñará y establecerá un mecanismo efectivo para la gestión y archivo de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias, el cual permita un efectivo seguimiento del requerimiento y la respuesta oportuna. El proceso estandarizado es:

- Recepción por cualquiera de los canales disponibles.
- Radicación con número único de seguimiento y confirmación al usuario (cuando se cuente con datos de contacto).
- Clasificación de la PQRSD y asignación al área competente.
- Trámite interno por la dependencia responsable dentro de los términos legales.
- Respuesta al usuario: 15 días hábiles para peticiones de información; 10 días para quejas y reclamos.
- Registro, análisis y publicación mensual de estadísticas de PQRSD.

La oficina SIAU y la Secretaría de Gerencia elaborarán y publicarán semestralmente el informe de PQRSD recibidas, tramitadas y resueltas. Los buzones físicos de la institución se abrirán periódicamente en presencia de representantes de los usuarios.

ACCIÓN	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	RESPONSABLE	META	PLAZO
Capacitar al personal en atención humanizada	Jornadas de formación en humanización, derechos del usuario y comunicación asertiva.	N° capacitaciones / % personal capacitado	Talento Humano / SIAU	2/año; ≥80% personal	Marzo y sept. 2026
Implementar sistema de radicado PQRSD	Formulario con número único de radicado y registro en sistema de seguimiento.	% PQRSD con radicado / Tasa de respuesta oportuna	SIAU / TIC	100% con radicado; 95% respuesta oportuna	Primer trimestre
Publicar y actualizar Carta de Trato Digno	Actualización y publicación en cartelera y sitio web de compromisos de atención.	Carta publicada: Sí/No	SIAU / Comunicaciones	Publicada	Marzo 2026
Implementar encuesta de satisfacción	Encuesta aplicada en consulta externa, urgencias y hospitalización.	N° encuestas / Índice de satisfacción (%)	SIAU / Calidad	Índice ≥80%	Permanente; reporte sem.
Apertura de buzones con usuarios	Apertura periódica de buzones físicos en presencia del representante de los usuarios.	N° aperturas realizadas / N° sugerencias recibidas	SIAU / Rep. usuarios	Al menos 1/mes	Mensual
Publicar informe semestral de PQRSD	Consolidación y análisis semestral de PQRSD con tendencias y acciones correctivas.	Informe publicado: Sí/No	SIAU / Jurídica / Calidad	2 informes/año	Julio y dic. 2026

10. COMPONENTE 5: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

10.1 Marco Conceptual y Normativo

El componente se enmarca en las acciones para la implementación de la Ley de Transparencia y Acceso a Información Pública Nacional 1712 de 2014 y los lineamientos del primer objetivo del CONPES 167 de 2013 "Estrategia para el mejoramiento del acceso y la calidad de la información pública". 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 el cual toda persona puede acceder a la información pública en posesión o bajo el control de los sujetos obligados de la ley.

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

10.2 Importancia del Acceso a la Información

- Es una herramienta fundamental de participación democrática que permite a la ciudadanía controlar la corrupción y conocer los bienes y servicios a los que tiene derecho.
- Es un medio de empoderamiento de los ciudadanos: una sociedad bien informada es una sociedad que ejerce sus derechos plenamente y hace control efectivo sobre lo que le afecta.
- Es un derecho facilitador de otros derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud.
- Es la principal herramienta de los ciudadanos para combatir la corrupción.

10.3 Actividades para la Transparencia y Acceso a la Información

- Mostrar, publicitar y dar a conocer todas las acciones que lidere o ejecute la ESE en materia de gestión administrativa y misional, que permitan mejorar la democracia y el control social.
- Emitir información clara, completa, oportuna, confiable y sencilla de la operación y procedimientos de la entidad.
- Asegurar la comprensión de la gestión de la entidad por cualquier ciudadano, de manera que se logre generar confianza en la institución y prevenir la ocurrencia de hechos de corrupción.
- Fortalecer los sistemas de información electrónicos (sitio web: hospitalariguani.gov.co) con el fin de que sean efectivamente una herramienta para promover el acceso a la información pública.

10.4 Obligaciones de Transparencia Activa – Artículo 9 de la Ley 1712 de 2014

Nº	INFORMACIÓN A PUBLICAR	ESTADO ACTUAL	RESPONSABLE	PLAZO DE ACTUALIZACIÓN
1	Estructura orgánica, funciones y deberes de la entidad	Publicada – Requiere actualización con organigrama vigente	TIC / Planeación	Primer trimestre 2026
2	Normativa institucional: resoluciones, circulares, actos administrativos	Parcialmente publicada	Jurídica / TIC	Permanente
3	Presupuesto: plan de ingresos y gastos, ejecución presupuestal	Requiere publicación periódica	Financiero / TIC	Trimestral
4	Procesos de contratación: convocatorias y contratos suscritos en SECOP II	Publicada en SECOP II – Requiere completar histórico	Jurídica / Contratación	Permanente (máx. 3 días post-suscripción)
5	Planta de personal y manual de funciones y competencias	Publicada – Requiere actualización 2026	Talento Humano / TIC	Primer semestre 2026
6	Informes de gestión e informes de control interno pormenorizado	Parcialmente publicados	Control Interno / Planeación	Semestral
7	Portafolio de servicios habilitados (REPS)	Publicado – Verificar actualización	Calidad / TIC	Permanente
8	Mecanismos de PQRS: canales, procesos y respuestas	Publicado – Requiere fortalecer con formulario en línea	SIAU / TIC	Permanente
9	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC 2026)	A publicar: PAAC 2026 vigente	Control Interno / Planeación / TIC	Enero–febrero 2026
10	Plan de Desarrollo Institucional y Plan Operativo Anual 2026	A publicar PDI vigente y POA 2026	Planeación / TIC	Primer trimestre 2026
11	Tarifas de servicios y copagos vigentes	No publicada adecuadamente	Facturación / TIC / SIAU	Febrero 2026
12	Informes de evaluación de satisfacción de usuarios	Publicación parcial	SIAU / Calidad	Semestral

10.5 Transparencia Pasiva

La transparencia pasiva garantiza el derecho de cualquier persona de solicitar y recibir información pública de la entidad. La E.S.E. se compromete a: responder todas las solicitudes dentro de diez (10) días hábiles prorrogables; comunicar al solicitante cuando la información es reservada con indicación de los fundamentos jurídicos; mantener un registro de todas las solicitudes recibidas; y publicar en el sitio web la política de tratamiento de la información institucional.

11. COMPONENTE 6: INICIATIVAS ADICIONALES

11.1 Fortalecimiento del Código de Integridad y Cultura de la Legalidad

La E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra adoptará e implementará el Código de Integridad del Servidor Público del DAFP. La estrategia de sensibilización interna comprende:

- Promover los cinco valores del servicio público: honestidad, respeto, compromiso, diligencia y justicia.
- Identificar y prevenir los conflictos de interés en el ejercicio de las funciones institucionales.
- Establecer mecanismos de denuncia internos para servidores públicos que identifiquen irregularidades, garantizando confidencialidad y no represalia.
- Realizar jornadas de reflexión ética con el personal asistencial y administrativo al menos dos (2) veces al año.

11.2 Recomendaciones Generales Anticorrupción

Conforme a los lineamientos nacionales e internacionales en materia de integridad pública, la E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra adopta las siguientes recomendaciones generales:

- Identificar y mapear los riesgos de corrupción e implementar, aplicar y mejorar permanentemente políticas y prácticas que contrarresten la corrupción, el soborno y la extorsión.
- Garantizar que los líderes de la institución pongan el ejemplo de anticorrupción y den su compromiso, estímulo y veeduría para la implementación de las políticas anticorrupción.
- Apoyar al personal y representantes en sus esfuerzos para erradicar el soborno y la corrupción e incentivar el progreso.
- Habilitar y concientizar al personal sobre la corrupción y cómo contrarrestarla en sus actividades diarias.
- Asegurar que la remuneración del personal y representantes sea apropiada y limitada a servicios legítimos.
- Instituir y mantener un sistema efectivo de controles internos para contrarrestar la corrupción.
- Fomentar que el personal, socios, representantes y proveedores reporten violaciones de las políticas organizacionales, adoptando mecanismos que permitan reportar infracciones sin temor a represalias.
- Notificar a las autoridades legales relevantes sobre violaciones de la ley criminal.
- Enfrentar la corrupción influyendo en quienes tengan relaciones con la organización para que adopten políticas semejantes de anticorrupción.

11.3 Articulación Comunitaria – Contexto Rural de Ariguaní

Reconociendo las particularidades del municipio de Ariguaní como territorio predominantemente rural de sexta categoría con limitada conectividad y dispersión poblacional, la ESE implementará:

- Jornadas extramurales de salud en corregimientos del área de influencia, incluyendo información sobre derechos de los usuarios, canales de PQRSD y el PAAC.
- Articulación con Juntas de Acción Comunal (JAC) y líderes comunitarios para la difusión del PAAC y los compromisos institucionales en zonas rurales.
- Diseño y distribución de material informativo físico (cartillas, afiches, folletos) en lenguaje sencillo para distribución en corregimientos donde la conectividad es limitada.
- Buzón comunitario itinerante en corregimientos de mayor afluencia de usuarios de la ESE.

11.4 Plan Anual de Auditorías Internas 2026

Se elaborará, aprobará y ejecutará el Plan Anual de Auditorías Internas 2026, con énfasis en los procesos identificados como de mayor riesgo en el mapa de riesgos de corrupción. Se presentará trimestralmente el informe del Sistema de Control Interno a la Gerencia General y a la Junta Directiva.

12. CRONOGRAMA CONSOLIDADO DE IMPLEMENTACIÓN PAAC 2026

El siguiente cronograma presenta de manera consolidada las principales acciones del PAAC 2026 de la E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra, con su distribución temporal por trimestre:

Nº	ACCIÓN PRINCIPAL	RESPONSABLE	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.
1	Elaborar y publicar Plan Anual de Adquisiciones 2026	Admvo./Jurídica	✓			
2	Actualizar y publicar Mapa de Riesgos de Corrupción	Control Interno	✓			
3	Seguimiento cuatrimestral al Mapa de Riesgos	Control Interno / Líderes	✓	✓	✓	✓
4	Publicar PAAC 2026 en sitio web institucional	Planeación / TIC	✓			
5	Publicar directorio de trámites y servicios en sitio web	Planeación / SIAU	✓			
6	Implementar formulario de PQRSD con número de radicado	SIAU / TIC	✓			
7	Publicar informe de gestión anual 2024	Planeación / Gerencia	✓			
8	Publicar Carta de Trato Digno actualizada	SIAU / Comunicaciones	✓			
9	Actualizar módulo de transparencia del sitio web (Art. 9 Ley 1712)	TIC / Todas las áreas	✓			
10	Capacitar personal en atención humanizada y servicio al ciudadano	Talento Humano / SIAU	✓		✓	
11	Espacios de diálogo con JAC, comunidad y asociación de usuarios	SIAU / Gerencia		✓		✓
12	Realizar Audiencia Pública de Rendición de Cuentas	Planeación / Gerencia		✓		
13	Publicar ejecución presupuestal trimestral	Financiero / TIC	✓	✓	✓	✓
14	Publicar contratos en SECOP II oportunamente (permanente)	Jurídica / Contratación	✓	✓	✓	✓
15	Implementar y aplicar encuesta de satisfacción de usuarios	SIAU / Calidad	✓	✓	✓	✓
16	Apertura periódica de buzones con representante de usuarios	SIAU	✓	✓	✓	✓
17	Publicar informe de PQRSD semestral	SIAU / Jurídica		✓		✓
18	Adoptar e implementar Código de Integridad	Talento Humano / Gerencia	✓	✓		

19	Jornadas extramurales en corregimientos	SIAU / Gerencia		✓		✓
20	Difundir información en emisora municipal	Comunicaciones / Gerencia	✓	✓	✓	✓
21	Publicar boletín institucional trimestral	Comunicaciones / Planeación	✓	✓	✓	✓
22	Ejecutar Plan Anual de Auditorías Internas	Control Interno	✓	✓	✓	✓
23	Publicar informes de seguimiento cuatrimestral del PAAC	Control Interno / Planeación	✓		✓	✓
24	Autoevaluación ITA (Índice de Transparencia y Acceso)	Control Interno / TIC				✓

13. RESPONSABLES Y MECANISMOS DE SEGUIMIENTO

13.1 Responsables por Componente

N°	COMPONENTE	RESPONSABLE PRINCIPAL	RESPONSABLES DE APOYO
1	Gestión del Riesgo de Corrupción	Control Interno / Planeación	Líderes de proceso / Asesor Jurídico / Gerencia
2	Racionalización de Trámites	Planeación / Admisiones	SIAU / TIC / Comunicaciones / Jurídica
3	Rendición de Cuentas	Planeación / Gerencia	Control Interno / Comunicaciones / Área Financiera
4	Atención al Ciudadano	SIAU / Secretaría Gerencia	Jurídica / Calidad / Talento Humano / Todas las áreas
5	Transparencia y Acceso a la Información	TIC / Comunicaciones	Control Interno / Jurídica / Todas las áreas
6	Iniciativas Adicionales	Control Interno / Talento Humano	Comunicaciones / SIAU / Gerencia

13.2 Coordinador General del PAAC

El coordinador general del PAAC 2026 será el responsable de la Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra. Tendrá a su cargo: coordinar la formulación y actualización del plan; consolidar los reportes cuatrimestrales; elaborar los informes de seguimiento para la Gerencia y el sitio web; identificar dificultades de implementación y proponer ajustes; y articular el PAAC con el Plan Anual de Auditorías Internas.

13.3. Mecanismos de Seguimiento

- Cortes cuatrimestrales con fecha de corte: 30 de abril, 31 de agosto y 31 de diciembre de 2026.
- Reporte de responsables: cada responsable de componente reportará avance dentro de los diez (10) primeros días hábiles después del corte.
- Informe consolidado: Control Interno lo presentará a la Gerencia General dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes al corte.
- Publicación en sitio web: El informe de seguimiento se publicará en hospitalariguani.gov.co dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación por la Gerencia.
- Comité de seguimiento: Al menos un (1) Comité de Gerencia semestral dedicado al análisis del avance del PAAC.

14. CONCLUSIONES

Con la elaboración de esta valiosa herramienta institucional de orden legal, se persigue sanear a la E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra y ante todo librarla del mal que mayor daño le causa a su existencia: la corrupción.

Las acciones adoptadas por medio de este Plan buscan, de forma efectiva y oportuna, el mejoramiento institucional, el acercamiento de la entidad con sus usuarios y la comunidad del municipio de Ariguaní, consolidar la institución y darle efectividad a sus procesos y procedimientos, trayendo consigo los resultados esperados siempre que se haga su aplicación de manera correcta y apegada a los preceptos legales. Se espera obtener además la disminución de costos, tiempos y pasos innecesarios, mayor accesibilidad, aumento de la seguridad institucional, uso efectivo de las tecnologías de la información y plena satisfacción del usuario.

Las actividades programadas en desarrollo del Plan Anticorrupción, junto a un seguimiento próximo y permanente de su ejecución, deberán ayudar a obtener los mejores resultados y especialmente coadyuvar en la erradicación de los fenómenos de corrupción que facilitan la pérdida del patrimonio público, entendiendo que dichos recursos son y deben ser sagrados en su ejecución y aplicación. Los recursos públicos que administra la E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra son, en esencia, recursos de los ciudadanos de Ariguaní, y su manejo honesto, eficiente y transparente es la mejor forma de honrar la confianza depositada en la institución.

El compromiso de la Gerencia General de la E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra con la transparencia, la integridad y el servicio ciudadano está reflejado en este plan, y se renueva con la suscripción del presente documento.

Dra. MELISSA VEGA BARRIOS

Gerente General

E.S.E. Hospital Alejandro Maestre Sierra

NIT: 819.001.122-3

Calle 7ª N° 9-378 – El Dificil, Ariguaní, Magdalena

gerencia@hospitalariguan.gov.co | hospitalariguan.gov.co