



# Red Salud Armenia E.S.E.

PA' CUIDAR DE TODOS

Políticas Institucionales



## POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

|                             |                                       |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| <b>PROCESO</b>              | Direccionamiento Estratégico          |
| <b>NOMBRE</b>               | Política de administración del riesgo |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-008                          |

### 1. Aprobación

|                | Cargo                                   | Fecha              |
|----------------|---|--------------------|
| <b>Elaboró</b> | Planeación                              | Febrero 10 de 2021 |
| <b>Aprobó</b>  | Comité Institucional de control interno | Febrero 25 de 2021 |

### 2. Normatividad que soporta la política

- Constitución política de Colombia, artículo 209: Establece que la administración pública, en todos sus órdenes tendrá un control interno que se ejercerá en todos los términos que señale la Ley.
- Ley 87 de 1993, Artículo 6, Responsabilidad del control interno. El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente.
- Decreto 1537 de 2001 artículo 4, define la administración de riesgos como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas, para lo cual se establecerán y aplicaran políticas de administración del riesgo.
- Decreto 2641 de 2012 en su artículo 1, señala como metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de que trata el artículo 73 de la ley 1474 de 2011, la establecida en el Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano.
- Decreto 648 de 2017, Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentaria Único del Sector de la Función Pública
- Decreto 1499 de 2017, Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” de la Función Pública, versión 5 de 2020.

| 3. Alineación con el direccionamiento estratégico |   |
|---|---|
| Plataforma estratégica                            | La Política de Gestión del Riesgo se articula con la visión... En el año 2024 será reconocido por la calidad y la calidez en la prestación de los servicios de salud en el municipio, contando con un capital humano competente y comprometido con la ética, le eficiencia y la mejora continua                                   |
| Objetivo Estratégicos                             | Esta política se articula con todos los objetivos estratégicos del Direccionamiento estratégico: ...Prestar servicios de salud con calidad y humanización, centrados en el usuario y su familia orientados a la satisfacción de sus necesidades, que contribuya a la sostenibilidad económica y administrativa de la organización |

| 4. Política  |
|--|
| <p>Red Salud Armenia ESE gestionará en sus procesos los riesgos inherentes a: el direccionamiento estratégico, posibles actos de corrupción, lavado de activos y financiación del terrorismo, jurídicos, de seguridad digital, ambientales, de seguridad y salud en el trabajo, de emergencias y desastres, de seguridad del paciente, colectivos e individuales, enmarcados en una cultura de calidad y calidez, promoviendo la identificación e implementación de controles para minimizar la probabilidad de ocurrencia y/o mitigar sus consecuencias, fomentando la cultura de autocontrol para alcanzar un mejor desempeño de los procesos institucionales.</p> |

| 5. Objetivos   |   |   |               |
|--|---|---|---------------|
| Objetivo a alcanzar  | Indicador de evaluación                           |   |               |
|  | Nombre del indicador                              | Formula   | Periodicidad  |
| Gestionar y administrar los controles de los riesgos identificados | Proporción de controles de los riesgo gestionados | N. de controles gestionados / Total, de controles programados implementar* 100% | Cuatrimestral |

## 6. Definiciones para el entendimiento de la política

**Apetito de riesgo:** Es el nivel de riesgo que la entidad puede aceptar, relacionado con sus Objetivos, el marco legal y las disposiciones de la Alta Dirección y del Órgano de Gobierno. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar.

**Capacidad de riesgo:** Es el máximo valor del nivel de riesgo que una Entidad puede soportar y a partir del cual se considera por la Alta Dirección y el Órgano de Gobierno que no sería posible el logro de los objetivos de la Entidad.

**Nivel de riesgo:** Es el valor que se determina a partir de combinar la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente dañino y la magnitud del impacto que este evento traería sobre la capacidad institucional de alcanzar los objetivos. En general la fórmula del Nivel del Riesgo poder ser Probabilidad \* Impacto, sin embargo, pueden relacionarse las variables a través de otras maneras diferentes a la multiplicación, por ejemplo, mediante una matriz de Probabilidad – Impacto.

**Riesgo:** Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales. Nota: Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos.

## 7. Despliegue

El despliegue estará a cargo de los diferentes líderes de los procesos donde se incorporaron los controles de los riesgos, junto con control interno, a través del plan de comunicaciones.

## 8. Implementación

Se realizara en toda la organización bajo el liderazgo de la alta dirección, el comité institucional de control interno, los responsables de los diferentes procesos, servidores públicos.

## 9. Control de cambios

| Versión | Fecha                | Ítem Modificado | Justificación           |
|---------|----------------------|-----------------|-------------------------|
| 1       | Diciembre 12 de 2019 |                 | Creación de la política |
| 2       | Febrero 25 de 2021   | 1,2,3,4,5,6,7,8 | Ajustes normativos      |



## POLITICA DE ATENCIÓN HUMANIZADA

|                             |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| <b>PROCESO</b>              | Mejoramiento continuo           |
| <b>NOMBRE</b>               | Política de Atención Humanizada |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-006                    |

### 1. Aprobación

|                | <b>Cargo</b>                       | <b>Fecha</b> |
|----------------|------------------------------------|--------------|
| <b>Elaboró</b> | Líder programa atención humanizada | 15/03/2021   |
| <b>Aprobó</b>  | Comité de gerencia                 |              |

### 1. Normatividad que soporta la política

- Constitución política de Colombia de 1994 Art. 48.
- Decreto 1011 de 2006,
- Documento CONPES 3446 de 2006, "Lineamientos para una Política Nacional de la Calidad", en el ítem correspondiente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y su relación con el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología, previó adelantar un mecanismo para el reconocimiento internacional a través del proceso de acreditación de la International Society for Quality in Healthcare (ISQUA), para la entidad acreditadora del Sistema de Acreditación en Salud.
- Ley 1164 de 2007, La presente ley tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.
- Ley 1438 de 2011, en el artículo 118, establece la acreditación como requisito para que la Superintendencia Nacional de Salud pueda desconcentrar y delegar sus funciones en las entidades departamentales y distritales de salud.
- Decreto 903 de 2014, El presente decreto tiene por objeto dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, así como definir reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales
- Resolución 2082 de 2014, tiene por objeto dictar disposiciones encaminadas a fijar los lineamientos generales que permitan la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. E incorpora el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario versión 3.0.

- Resolución 5096 de 2018 por medio de la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario versión 3.1.

## 2. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |  |
|------------------------|--|
| Plataforma estratégica | La política de humanización se articula con la MISION de la ESE "Prestar servicios de salud humanizados como prestador primario, aportando al desarrollo de la región a través de las prácticas formativas y las buenas prácticas clínicas de investigación en salud". |
| Objetivo Estratégicos  | Prestar servicios de salud con calidad y humanización, centrados en el usuario y su familia orientados a la satisfacción de sus necesidades, que contribuya a la sostenibilidad económica y administrativa de la organización  |

## 3. Política

"Quiero poner mis manos al servicio de nuestros usuarios"

Red Salud Armenia E.S.E, comprometida con la calidad y humanización durante la atención, brinda un trato amable, privado, respetando la dignidad del usuario y su familia, basados en el cumplimiento de los deberes y derechos de los pacientes y sus colaboradores.

## 4. Objetivos

| Objetivo a alcanzar  | Indicador de evaluación  |   |              |
|--|--|---|--------------|
|  | Nombre del indicador   | Formula   | Periodicidad |
| Medir el grado de satisfacción del usuario en cuanto al respeto a sus derechos durante la atención | Porcentaje de satisfacción del usuario en cuanto al respeto a sus derechos durante la atención | $\frac{\text{N. de usuarios que calificaron bueno y muy bueno el cumplimiento al respeto de los derechos}}{\text{N. de usuarios que respondieron a la pregunta de satisfacción del usuario en cuanto al respeto a sus derechos durante la atención}}$ | Trimestral   |

### 5. Definiciones para el entendimiento de la política

**Atención en Salud:** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (Decreto 1011 de 2006).

**Autocuidado:** comprende todo lo que hacemos por nosotros mismos para establecer y mantener la salud, prevenir y manejar la enfermedad. (OMS, 1998).

**Calidad de la Atención de Salud:** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (Decreto 1011 de 2006).

### 6. Despliegue

Se dará cumplimiento plan de trabajo anual que se defina del programa de atención humanizada de la ESE.

### 7. Implementación

Se lograra a través del trabajo en equipo con los colaboradores de la organización, en cabeza de la líder del programa de atención humanizada, y se medirá su cumplimiento a través de sus indicadores.

### 8. Control de cambios

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación           |
|---------|------------|-----------------|-------------------------|
| 1       | 29/11/2017 |                 | Creación de la Política |
| 2       | 15/03/2021 | 1,2,3,4,5,6,7   | Actualización normativa |





## POLITICA DE AUSTERIDAD DEL GASTO

|                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|
| <b>PROCESO</b>              | Direccionamiento y gerencia      |
| <b>NOMBRE</b>               | Política de Austeridad del Gasto |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-018                     |

### 1. Aprobación

|                | <b>Cargo</b>                              | <b>Fecha</b>       |
|----------------|---|--------------------|
| <b>Elaboró</b> | Subgerente de Planificación Institucional | 6 de abril de 2020 |
| <b>Aprobó</b>  | Gerencia                                  | 4 de mayo de 2021  |

### 1. Normatividad que soporta la política

**Decreto 26 de 1998:** Por el cual se dictan normas de austeridad en el gasto público

**Decreto 1737 de 1998:** Por el cual se expiden medidas de austeridad y eficiencia y se someten a condiciones especiales la asunción de compromisos por parte de las entidades públicas que manejan recursos del Tesoro Público.

**Decreto 2209 de 1998:** Por el cual se modifican parcialmente los Decretos 1737 y 1738 del 21 de agosto de 1998.

**Decreto 085 de 1999:** Por el cual se adiciona el artículo 8° del Decreto número 1737 del 21 de agosto de 1998.

**Decreto 212 de 1999:** Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1737 del 21 de agosto de 1998.

**Decreto 476 de 2000:** Por el cual se modifica el artículo 18 del Decreto 26 de 1998.

**Decreto 984 de 2012:** Por el cual se modifica el artículo 22 del Decreto 1737 de 1998.

### 2. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |  |
|------------------------|--|
| Plataforma estratégica | La política de austeridad del gasto se alinea con la visión institucional <i>“En el año 2024 será reconocida por la calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud en el Municipio, contando con un capital humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua”</i> . |
| Objetivos Estratégicos | La política de austeridad del gasto se alinea con el objetivo específico N° 2 <i>“Mantener el equilibrio financiero a través del uso eficiente de los recursos”</i> .  |

### 3. Política

Red Salud Armenia ESE, encaminado al uso eficiente de los recursos, se compromete a mejorar su gestión administrativa y ambiental, permitiendo el uso de los recursos públicos y la generación de resultados eficientes, a través de la implementación de medidas de austeridad del gasto relacionadas con: el ahorro y uso eficiente de los servicios públicos, control de los gastos asociados a la nómina y personal contratado, viáticos y viajes, impresos y publicaciones, uso de vehículos, suministros, papelería y materiales.

### 4. Objetivos

| Objetivo a alcanzar   | Indicador de evaluación                     |  |              |
|---|---|--|--------------|
|   | Nombre del indicador                        | Formula  | Periodicidad |
| Racionalizar los gastos de la entidad con el fin de dar cumplimiento a la misión institucional. | Proporción ejecución presupuestal de gastos | $\frac{\text{Gastos ejecutados en el período}}{\text{Gastos proyectados en el período}} * 100$ | Trimestral   |

### 5. Definiciones para el entendimiento de la política

**Política de Austeridad:** Es la política económica basada en la reducción del gasto público.  
**Gasto público:** Es el total de gastos realizados por el sector público, en la adquisición de bienes y servicios  
**Austeridad:** Hace referencia a una política económica basada en la sencillez, moderación y reducción del gasto público de tal forma que no afecten el funcionamiento de las entidades del sector gobierno y contribuya a la eficiencia y transparencia administrativa  
**Eficacia:** Se refiere al cumplimiento de las determinaciones de la administración.  
**Eficiencia:** hace relación a la elección de los medios más adecuados para el cumplimiento de los objetivos de la administración.  
**Optimización:** Mejoramiento del estado actual de una actividad, proceso o elemento, para obtener resultados superiores al estado anterior.

### 6. Despliegue

Esta política se desplegará en toda la organización a través del plan de comunicaciones.

## 7. Implementación

Esta política se implementará bajo la responsabilidad de la subgerencia de planificación institucional y el apoyo de los líderes de procesos de la organización. Su seguimiento estará a cargo de la oficina de control interno.

## 8. Control de cambios

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación                |
|---------|------------|-----------------|------------------------------|
| 1       | 27/02/2015 |                 | Creación de la Política      |
| 2       | 04/05/2021 | 3,4,5,6,7       | Actualización de la Política |



## POLÍTICA DE CALIDAD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>PROCESO</b>              | Gestión de la Calidad                         |
| <b>NOMBRE</b>               | Política de calidad y prestación de servicios |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-019                                  |

### 1. Aprobación

|                | Cargo            | Fecha      |
|----------------|------------------|------------|
| <b>Elaboró</b> | Equipo Directivo | 15/06/2021 |
| <b>Aprobó</b>  | Gerente          |            |

### 1. Normatividad que soporta la política

**Constitución Política de Colombia de 1991**, artículo 49 el derecho a la salud

**Ley 100 de 1993**. Ministerio de Salud. Por esta ley se crea el Sistema de Seguridad Social Integral (SGSSI).

**Ley 715 de 2001**. Esta Ley crea el Sistema General de Participación.

**Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud**: El Ministerio de la Protección Social, mediante la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, estableció los lineamientos estratégicos que orientan la prestación de dichos servicios

**Decreto 1011 de 2006**: El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención de salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

**Ley 1438 de 2011**: Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### 2. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |  |
|------------------------|--|
| Plataforma estratégica | Misión.. <i>Prestar servicios de salud humanizados como prestador primario, aportando al desarrollo de la región a través de las prácticas formativas y las buenas prácticas clínicas de investigación en salud.</i> |
|------------------------|--|

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Objetivo Estratégicos | Objetivo general:... <i>Prestar servicios de salud con calidad y humanización, centrados en el usuario y su familia orientados a la satisfacción de sus necesidades, que contribuya a la sostenibilidad económica y administrativa de la organización.</i> |
|-----------------------|--|

**3. Política**  
 Prestar servicios humanizados de salud, con oportunidad, accesibilidad, seguridad, continuidad y pertinencia, logrando la satisfacción de clientes internos y externos, promoviendo el mejoramiento continuo y la responsabilidad social.

| 4. Objetivos   |  |   |              |
|--|--|---|--------------|
| Objetivo a alcanzar  | Indicador de evaluación  |   |              |
|  | Nombre del indicador   | Formula   | Periodicidad |
| Propender por una atención en los servicios ambulatorios con oportunidad                       | Oportunidad en asignación de citas de primera vez  | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido y la fecha para la cual es asignada la cita en el período / Número total de citas asignadas en la institución durante el mismo período | Mensual      |
| Gestionar la accesibilidad de los usuarios que requieran los servicios de urgencias            | Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II en el servicio de urgencias | Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el paciente es clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico / número total de pacientes clasificados como Triage 2 en un periodo determinado   | Mensual      |
| Velar por la satisfacción del cliente externo durante la prestación de los servicios en la ESE | Satisfacción global  | Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS / Número total de pacientes encuestados por la IPS * 100   | Trimestral   |

**5. Definiciones para el entendimiento de la política**

**Oportunidad:** Estados operativos de los servicios y opciones terapéuticas que en un momento dado puede llegar a precisar un usuario.

**Seguridad:** Conjunto de medidas estructurales, organizativas y protocolarias encaminadas a reducir el riesgo de que el paciente pueda sufrir algún evento adverso durante la atención sanitaria.

**Continuidad:** Posibilidad de recibir las intervenciones requeridas de manera fluida y secuencial, sin interrupciones innecesarias.

**Pertinencia:** Es la garantía de que los usuarios reciban, en todo momento, los servicios que requieran para tratar su patología con las mayores garantías de éxito.

### 6. Despliegue

El despliegue de la política se realizara a través del plan de comunicaciones de la ESE.

### 7. Implementación

Su implementación estará lidera por la subgerencia científica y el acompañamiento de la oficina de calidad dirigido a toda la organización.

### 8. Control de cambios

| Versión | Fecha               | Ítem Modificado | Justificación                              |
|---------|---------------------|-----------------|--|
| 1       | 10/12/2018          |                 | Creación de la Política                    |
| 2       | 15 de Junio de 2021 | 2,3,4,5,6,7     | Actualización de la plataforma estratégica |



## POLITICA DE COMUNICACIONES

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>PROCESO</b>              | Tecnología, Información y comunicación |
| <b>NOMBRE</b>               | Política de comunicaciones             |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-010                           |

### 1. Aprobación

|                | Cargo                                     | Fecha      |
|----------------|---|------------|
| <b>Elaboró</b> | Líder de Comunicaciones                   | 07/07/2021 |
| <b>Aprobó</b>  | Subgerente de Planificación Institucional |            |

### 1. Normatividad que soporta la política

**Ley 1712 de 2014:** “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.”

Modelo integrado de planeación y gestión –MIPG, de la función pública.

### 2. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |  |
|------------------------|--|
| Plataforma estratégica | La política de comunicaciones se articula con la visión de la ESE “En el año 2024 será reconocida por la calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud en el Municipio, contando con un capital humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua”. |
| Objetivo Estratégicos  | Objetivo específico N.3: Mejorar el sistema de información y tecnología de la organización<br>Principio organizacional N.4: Comunicación.  |

**3. Política**

***“La comunicación, fundamental para alcanzar los metas organizacionales”***

Red Salud Armenia ESE, se compromete a gestionar las comunicaciones internas y externas de manera óptima y oportuna, con el objetivo de garantizar el logro de los propósitos misionales, para ello la comunicación tendrá un carácter estratégico y estará orientada al fortalecimiento de los objetivos institucionales, la identidad corporativa, la disposición organizacional, la socialización de la información, el sentido de pertenencia y el posicionamiento de la institución.

**4. Objetivos**

| Objetivo a alcanzar   | Indicador de evaluación  |   |              |
|---|--|---|--------------|
|   | Nombre del indicador   | Formula   | Periodicidad |
| Lograr eficiencia en los canales de comunicación de la organización | Eficiencia de los canales de comunicación internos y externos de la organización | No. de personas encuestadas que respondieron de manera acertada a la estrategia de comunicación implementada / Total de personas encuestadas para la evaluación de los canales de comunicación externos | Semestral    |

**5. Definiciones para el entendimiento de la política**

**Fuente:** Shannon llamó ese elemento la “fuente de información”, el cual “produce un mensaje o secuencia de mensajes que serán comunicados para ser recibidos por la terminal”.



**Emisor:** Shannon llamó este elemento como “emisor”, el cual, “opera en cierta forma en el mensaje para producir una señal adecuada para la transmisión en el canal.” En Aristóteles este elemento es el “hablante”.

**Canal:** Para Shannon el canal es “meramente el medio usado para transmitir la señal del emisor al receptor”.

**Receptor:** Para Shannon el receptor “Realiza la operación inversa previamente hecha por el transmisor, reconstruyendo el mensaje de la señal.”

## 6. Despliegue

Se presentará anualmente el plan de comunicaciones a la alta dirección.

## 7. Implementación

Ejecución del plan estratégico de comunicaciones a través del plan de comunicaciones anual a las diferentes partes interesadas.

## 8. Control de cambios

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación                |
|---------|------------|-----------------|------------------------------|
| 1       | 21/12/2017 |                 | Creación de la política      |
| 2       | 07/07/2021 | 3,4,5,6,7       | Actualización de la política |



## POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL CONFLICTO DE INTERÉS

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>PROCESO</b>              | Gestión Jurídica                                    |
| <b>NOMBRE</b>               | Política de administración de conflictos de interés |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-021  |

### 1. Aprobación

|                | Cargo                                 | Fecha      |
|----------------|---------------------------------------|------------|
| <b>Elaboró</b> | Profesional de apoyo oficina Jurídica | 21/07/2021 |
| <b>Aprobó</b>  |                                       |            |

### 2. Normatividad que soporta la política

- Constitución Política de Colombia: Artículo 6, Artículo 123, inciso 3, Artículo 209.
- Ley 1437 de 2011, Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo: Artículo 3. Principios, Artículo 11 - Conflictos de interés y causales de impedimento y recusación, Artículo 113. Causales de impedimento y recusación, Artículo 130. Causales.
- Código Único Disciplinario Ley 734 del 2002 - Artículo 40
- Consejo de Estado. Radicación 11001-03-25-000-2005-00068-00 C.P. César Palomino Cortés.
- Acuerdo 06 del 2.010 – Red Salud Armenia ESE: Capítulo VII –Ética Empresarial - Artículo 33: Conflictos de Interés.

### 3. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |   |
|------------------------|---|
| Plataforma estratégica | Red Salud Armenia ESE, se alinean con la misión... <i>"contando con un capital humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua"</i> . |
| Objetivo Estratégicos  | Esta política es consecuente con el objetivo No. 5...Fortalecer la gestión organizacional con el propósito de satisfacer las  |

### 4. Política

Red Salud Armenia ESE se compromete a prevenir, manejar, divulgar y resolver los conflictos de interés entre hacia los grupos de interés, con el objetivo de fortalecer la cultura organizacional, el comportamiento ético, los valores institucionales, el respeto a la integridad de las personas, el comportamiento transparente, la credibilidad y la confianza.

| 5. Objetivos  |   |   |              |
|---|---|---|--------------|
| Objetivo a alcanzar   | Indicador de evaluación                         |   |              |
|   | Nombre del indicador                            | Formula   | Periodicidad |
| Administrar los conflictos identificados con el fin de fortalecer la cultura organizacional | Declaraciones de conflicto de interés gestionas | N. de acciones ejecutadas del plan de intervención cuando se identifican conflictos de interés / Total de conflictos de interés identificados | Trimestral   |

**6. Definiciones para el entendimiento de la política**  
**Conflicto de intereses:** Situación en virtud de la cual una persona, en razón del cargo que ocupa o por las actividades que ejerce y/o desarrolla dentro de entidad, debe tomar una decisión o realizar una acción que puede favorecerlo a él o a terceros allegados a él, en contra de los intereses de la entidad.

**7. Despliegue**  
 Esta política se desplegará en toda la Entidad, a través del plan de comunicaciones

**8. Implementación**  
 La definición de estrategias, la implementación de las mismas será liderada desde el área de control interno con el apoyo de los diferentes procesos de la organización.

| 9. Control de cambios |            |                 |                         |
|-----------------------|------------|-----------------|-------------------------|
| Versión               | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación           |
| 1                     | 21/07/2021 |                 | Creación de la Política |
|                       |            |                 |                         |



## POLITICA DE CONTROL INTERNO

|                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| <b>PROCESO</b>              | Gestión de Control Interno |
| <b>NOMBRE</b>               | Política Control Interno   |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-005               |

### 1.. Aprobación

|                | Cargo   | Fecha             |
|----------------|---|-------------------|
| <b>Elaboró</b> | Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno | <b>31/05/2021</b> |
| <b>Aprobó</b>  | Gerente                                       |                   |

### 1. Normatividad que soporta la política

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

**Decreto 1599 de 2005:** Por medio del cual se dispone la implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI.

**Decreto 943 del 2014:** Se adopta la actualización del modelo donde se determinan las generalidades y la estructura necesaria para establecer, implementar y fortalecer el Sistema de Control interno en las entidades del estado.

**Decreto 1499 de 2017:** Nuevo modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, articula el nuevo Sistema de Gestión, que integra los anteriores sistemas de Gestión de Calidad y de Desarrollo Administrativo, con el Sistema de Control Interno.

**Decreto 338 de 2019:** Por el cual se modifica el Decreto 1086 de 2015 Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno y se crea la Red Anticorrupción.

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

**Decreto 215 de 2017:** Por el cual se definen criterios para la generación, presentación y seguimiento de reportes del Plan Anual de Auditoría, y se dictan otras disposiciones.

### 2. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |  |
|------------------------|--|
| Plataforma estratégica | La política de Control Interno se articula con la visión de la ESE desde el enfoque... <i>"En el año 2024 será reconocida por la calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud en el Municipio"</i> . |
|------------------------|--|

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Objetivo Estratégicos | <p>Objetivo estratégico N. 1: <i>Brindar servicios de salud, cumpliendo con los atributos de la calidad y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas.</i></p> <p>Objetivo estratégico N. 2: <i>Mantener el equilibrio financiero a través del uso eficiente de los recursos.</i></p> <p>Objetivo estratégico N. 5: <i>Fortalecer la gestión organizacional con el propósito de satisfacer las necesidades de los grupos de interés.</i></p> |
|-----------------------|---|

**3. Política**

Red Salud Armenia E.S.S bajo la responsabilidad de la alta dirección, se compromete a apropiarse del Sistema de Control Interno Institucional como herramienta de control para la gestión, que permita el alcance efectivo y eficiente de los objetivos institucionales; promoviendo la aplicación permanente de los principios orientadores del Modelo Estándar de Control Interno: Autocontrol, Autogestión y Autorregulación.

| 4. Objetivos  |  |  |               |
|---|--|--|---------------|
| Objetivo a alcanzar   | Indicador de evaluación  |  |               |
|   | Nombre del indicador   | Formula  | Periodicidad  |
| Gestionar la implementación de los controles definidos en el mapa de riesgos institucional. | Porcentaje de cumplimiento de la implementación de los controles definidos en el mapa de riesgos | No. de controles implementados del mapa de riesgos / Total, de controles programados implementar del mapa de riesgos | Cuatrimestral |

**5. Definiciones para el entendimiento de la política**

**Sistema de control interno:** Esquema de organización y conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos se realicen de acuerdo a las normas constitucionales y legales vigentes y dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas y objetivos previstos en la Ley 87 de 1993.

**MECI:** Modelo Estándar de Control Interno, actualizado en función de la articulación de los Sistemas de Gestión y de Control Interno, es el marco conceptual en el que se basa el Sistema de Control Interno y considera los siguientes elementos: Ambiente de Control, Evaluación del Riesgos}, Actividades de Control, Información y Comunicación y Actividades de Monitoreo.

**Autocontrol:** En el marco del sistema de control interno, se entiende por autocontrol la capacidad que deben desarrollar todos y cada uno de los servidores públicos de la organización, independientemente de su nivel jerárquico, para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.

**Autorregulación:** Se refiere a la capacidad de la organización para desarrollar y aplicar métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno, dentro del marco de las disposiciones legales aplicables.

**Autogestión:** Apunta a la capacidad de la organización para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento.

**6. Despliegue**

La política será desplegada a través del plan de comunicaciones de la organización.

**7. Implementación**

Su implementación será lidera por la oficina de control interno a todos los procesos, áreas y servicios de la Entidad, independiente del nivel de operación o jerarquía al que corresponda.

**8. Control de cambios**

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación           |
|---------|------------|-----------------|-------------------------|
| 1       | 31/05/2021 |                 | Creación de la política |
|         |            |                 |                         |



## POLITICA DE DEFENSA JURÍDICA

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <b>PROCESO</b>              | Gestión Jurídica             |
| <b>NOMBRE</b>               | Política de defensa jurídica |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-005                 |

### 1. Aprobación

|                | <b>Cargo</b>                               | <b>Fecha</b> |
|----------------|--|--------------|
| <b>Elaboró</b> | Oficina Jurídica                           | 21/07/2021   |
| <b>Aprobó</b>  | Comité de Conciliación y defensa judicial. |              |

### 1. Normatividad que soporta la política

- Constitución Política de Colombia: Artículo 90
- Ley 446 de 1.998
- Ley 640 de 2.001: Por la cual se modifican normas relativas a la conciliación y se dictan otras disposiciones
- Ley 1474 de 2011 Modificada por la Ley 1952 de 2019: “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.”
- Ley 1755 de 2015. “Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”.
- Ley 1285 del 2.009.
- Decreto 1716 de 2009 “Por el cual se reglamenta el artículo 13 de la Ley 1285 de 2009, el artículo 75 de la Ley 446 de 1998 y del Capítulo V de la Ley 640 de 2001” compilado en el Decreto 1069 de 2015 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho.
- Decreto 1089 del 2.015: Decreto Único Reglamentario Sector Justicia y del Derecho.
- Circular Externa No. 05 de fecha 27 de septiembre de 2019. Expedida por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, por medio de la cual establece los lineamientos para el seguimiento a la formulación e implementación de las políticas de prevención del daño antijurídico.
- Resolución No. 341 del 19 de septiembre del 2.019 de Red Salud Armenia ESE “Por medio del cual se deroga la Resolución 106 de marzo 30 de 2.017 y se crea el Comité de Conciliación y Defensa Judicial de Red Salud Armenia ESE y se dictan otras disposiciones”. No. 1. Artículo Quinto – Funciones del Comité.

**2. Alineación con el direccionamiento estratégico**

|                        |   |
|------------------------|---|
| Plataforma estratégica | Se alinea con la visión... <i>...comprometido por la ética, la eficiencia y la mejora continua.</i>       |
| Objetivo Estratégico   | Se alinean con el objetivo No. 3 <i>Mejorar el sistema de información y tecnología de la organización</i> |

**3. Política**

Red Salud Armenia ESE se compromete a la búsqueda continua de las falencias administrativas o misionales que generen situaciones susceptibles de litigio identificando posibles errores en la aplicación de los procesos y procedimientos definidos en la Entidad, con el proposito de reducir situaciones que generen hechos que vulneren el régimen jurídico en ejercicio de la práctica médica o por actuaciones administrativas que surjan por la prestación de los servicios de salud.

Así mismo, se propende porque los procesos judiciales en los que sea parte, se resuelvan dentro de la legalidad en los términos judiciales y en beneficio de los intereses de la Entidad; integrando aspectos relevantes, de naturaleza preventiva, para evitar la ocurrencia o disminuir los efectos dañinos del debate extrajudicial o judicial, lo que redundará en el fortalecimiento de la defensa jurídica de la ESE.

**4. Objetivos**

| Objetivo a alcanzar   | Indicador de evaluación  |  |              |
|---|--|--|--------------|
|   | Nombre del indicador   | Formula  | Periodicidad |
| Identificar el origen de las situaciones o hechos que generan promotores de un proceso judicial.  | Porcentaje de identificación de las situaciones o hechos que generan promotores de un proceso judicial | $\frac{\text{N. de situaciones o hechos con identificación del origen}}{\text{Total de situaciones o hechos presentados en el periodo evaluado}}$        | Semestral    |
| Informar a las subgerencias de la organización los posibles orígenes de las situaciones o hechos presentados, con el fin de que sé que implementen acciones de mejoramiento para disminuir su incidencia. | Notificación del origen para su gestión  | $\frac{\text{N. de orígenes de situaciones o hechos reportados a las subgerencias}}{\text{Total de orígenes identificados durante el periodo evaluado}}$ | Semestral    |

**5. Definiciones para el entendimiento de la política**

Comité de Conciliación: El Comité de Conciliación es una instancia administrativa que actúa como sede de estudio, análisis y formulación de políticas sobre prevención del daño antijurídico y defensa de los intereses de la entidad. Igualmente **decidirá, en**



cada caso específico, sobre la procedencia de la conciliación o cualquier otro medio alternativo de solución de conflictos, con sujeción estricta a las normas jurídicas sustantivas, procedimentales y de control vigentes, evitando lesionar el patrimonio público. La decisión de conciliar tomada en los términos anteriores, por sí sola, no dará lugar a investigaciones disciplinarias, ni fiscales, ni al ejercicio de acciones de repetición contra los miembros del Comité. (Artículo 2.2.4.3.1.2.2 del DUR 1069 de 2.015).

**Daño antijurídico:** Lesión a un derecho o bien jurídico o interés legítimo que los ciudadanos no están obligados a soportar.

**Proceso Judicial:** Es la sucesión de fases jurídicas concatenadas realizadas conforme al orden trazado por la ley, el juez, las partes y los terceros en ejercicio de los poderes, derechos, facultades y cargas que les atribuye la ley procesal o en cumplimiento de los deberes y obligaciones que la misma les impone, cursadas ante órgano jurisdiccional.

**Situación o hecho:** Conjunto de factores o circunstancias que afectan a alguien o algo en un determinado momento.

**6. Despliegue**

Esta política se desplegará en toda la Entidad, a través del plan de comunicaciones.

**7. Implementación**

El Comité de Conciliación y Defensa Jurídica se encargara de realizar los trámites necesarios para que la Entidad disponga de los recursos necesarios para la implementación de esta política, haciendo parte de la planeación operativa anual de la entidad, así como de su planeación estratégica, a través de la divulgación a las áreas de la Entidad cuya misión esté relacionada con los hechos generadores del daño, donde cada servidor público y/o contratista involucrado debe conocerla.

**8. Control de cambios**

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación                 |
|---------|------------|-----------------|-------------------------------|
| 1       |            |                 |                               |
| 2       | 21/07/2021 | 1,2,3,4,5,6,7   | Ajustes relacionados con MIPG |



## POLITICA DE DOCENCIA SERVICIO

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>PROCESO</b>              | Gestión de estudios e investigación en salud |
| <b>NOMBRE</b>               | Política Docencia Servicio                   |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-011                                 |

### 1. Aprobación

|                | <b>Cargo</b>                      | <b>Fecha</b> |
|----------------|-----------------------------------|--------------|
| <b>Elaboró</b> | Líder convenios Docencia servicio | 31/05/2021   |
| <b>Aprobó</b>  | Junta directiva                   |              |

### 1. Normatividad que soporta la política

**Ley 1164 de octubre 03 de 2007** del Congreso de la República, por la cual se dictan disposiciones del Talento Humano

**Decreto 2376 del 1° de julio 2010.** Por la cual se regula la relación docencia – servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud.

**Decreto 903 del 13 de mayo de 2014** del ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se dictan disposiciones con el Sistema Único de Acreditación.

**Acuerdo 0153 del 30 de octubre de 2012.** Por el cual se definen las condiciones de la relación docencia servicio para emitir el concepto técnico previo y los requisitos para la obtención y renovación del registro de los programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano en el área de auxiliares de la salud y se dictan otras disposiciones.

### 2. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |   |
|------------------------|---|
| Plataforma estratégica | La Política Docencia - servicio se soporta el la Línea estratégica No. 6 “impulsando la academia” |
|------------------------|---|

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Objetivo Estratégicos | <p>Objetivo estratégico Fortalecer la gestión de la organización para alcanzar el reconocimiento como escenario de práctica formativa con altos estándares de calidad.</p> <p>El reconocimiento a nivel tanto local como departamental y nacional se alcanzará desarrollando efectivamente el componente definido para lograrlo: Responsabilidad social, en la formación del talento humano.</p> |
|-----------------------|--|

**3. Política**

Red Salud Armenia E.S.E., se compromete en fortalecer la gestión de la organización para desarrollar los procesos institucionales mediante el vínculo funcional resultante de la relación docencia - servicio con las instituciones de educación y formación del talento humano en salud de pregrado y posgrado como parte del crecimiento del conocimiento y la educación y como un aporte al logro de altos estándares de calidad en la atención en salud.

**4. Objetivos**

| Objetivo a alcanzar   | Indicador de evaluación   |  |              |
|---|---|--|--------------|
|   | Nombre del indicador  | Formula  | Periodicidad |
| Fortalecer el proceso de docencia servicio obteniendo mejora en la satisfacción del personal que realiza prácticas formativas de las diferentes sedes y servicios de Red Salud Armenia E.S.E. | Porcentaje de satisfacción de las prácticas formativas en la ESE. | No. de encuestas satisfactorias/ Total encuestas aplicadas | Semestral    |

**5. Definiciones para el entendimiento de la política**

**Relación docencia - servicio:** Vínculo funcional que se establece entre instituciones educativas y otras organizaciones, con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de escenarios de práctica en salud.

**Práctica formativa**, al conjunto de actividades y espacios a través de los cuales el talento humano en formación, vive una experiencia inmediata y directa de su ejercicio profesional, mediante la prestación de un servicio a la comunidad en las condiciones reales en las que se desenvolverá como futuro profesional.

### 6. Despliegue

Esta política se desplegará en toda la organización a través del plan de comunicaciones.

### 7. Implementación

Se implementará bajo la responsabilidad del líder de docencia servicios a las partes interesadas de los convenios realizados, así mismo, los funcionarios y/o colaboradores de la organización conocerán la política.

### 8. Control de cambios

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación           |
|---------|------------|-----------------|-------------------------|
| 1       | 26/01/2017 |                 | Creación de la política |
| 2       | 31/05/2021 | 3,4,5,6,7       | Ajustes a la política   |



## POLITICA DE GESTIÓN AMBIENTAL

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>PROCESO</b>              | Gestión de Ambiente y Recursos Físicos |
| <b>NOMBRE</b>               | Política de Gestión Ambiental          |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-007                           |

### 1. Aprobación

|                | Cargo   | Fecha      |
|----------------|---|------------|
| <b>Elaboró</b> | Líder de Gestión Ambiental                                | 04/08/2021 |
| <b>Aprobó</b>  | Integrantes Comité de residuos peligrosos y no peligrosos |            |

### 1. Normatividad que soporta la política

Resolución número 1164 DE 2002. Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares.

### 2. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |   |
|------------------------|---|
| Plataforma estratégica | La política de Gestión Ambiental se articula con la visión de la ESE desde el enfoque... "contando con un capital humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua".   |
| Objetivo Estratégicos  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Objetivo estratégico N.1: <i>Brindar servicios de salud, cumpliendo con los atributos de la calidad y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas.</i></li> <li>Objetivo estratégico N.2: <i>Mantener el equilibrio financiero a través del uso eficiente de los recursos.</i></li> </ul> |

### 3. Política

Como aporte a la protección al medio ambiente, Red Salud Armenia ESE, se compromete a velar por el cumplimiento de la legislación ambiental vigente relacionada con la prestación de servicios en salud, a fin de mitigar y compensar los impactos ambientales negativos propios de dicha actividad, así como contribuir al desarrollo sostenible de los recursos naturales, que permita satisfacer las necesidades ambientales actuales, a través de la minimización de la generación de residuos, fortalecimiento de una cultura de uso eficiente y ahorro del agua, energía y papel.

### 4. Objetivos

| Objetivo a alcanzar   | Meta  | Indicador de evaluación  |  |              |
|---|---|--------------------------|--|--------------|
|   |   | Nombre del indicador     | Formula  | Periodicidad |
| Dar cumplimiento a la Resolución número 1164 DE 2002. Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares. | Establecer los resultados obtenidos en la labor de gestión interna de residuos hospitalarios y similares. | Indicador de destinación | Cantidad de residuos sometidos a desactivación de alta eficiencia, incineración, reciclaje, disposición en rellenos sanitarios, u otros sistemas de tratamiento dividido entre la cantidad total de residuos que fueron generados. | Mensual      |
|   | Establecer los resultados obtenidos en la labor de gestión interna de residuos hospitalarios y similares. | Indicador de beneficios  | Se cuantifican los beneficios obtenidos económicamente por el aprovechamiento y gestión integral de residuos, tales como ingresos por reciclaje.   | Mensual      |

### 5. Definiciones para el entendimiento de la política

**Gestión ambiental:** planificar y ejecutar eficientemente el uso y manejo de los recursos naturales, incluyendo el seguimiento y el monitoreo para tomar decisiones oportunas orientadas a mitigar, corregir y prevenir problemas ambientales.

**Gestión Integral:** Conjunto articulado de acciones política normativas, operativas, financieras y administrativas para el manejo de los residuos, desde su generación hasta su aprovechamiento, tratamiento o disposición final.

**Impacto ambiental:** alteración del medio ambiente provocada directa o indirectamente por un proyecto o una actividad.

**Medio ambiente:** sistema formado por elementos naturales y artificiales que están interrelacionados y que son modificados por la acción humana.

**PGIRASA:** Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades

**Recurso natural:** componente biótico y abiótico que representa la fuente básica de provisión de materias primas, natural y no transformada, que son necesarias para la existencia humana (plantas, animales, minerales, agua, aire).

**Sistema de Gestión Ambiental:** Combinación de procesos que permiten a una entidad la reducción de impactos ambientales y el aumento de la eficiencia de sus recursos físicos, técnicos y de talento humano.

**6. Despliegue**

Esta política se desplegará en toda la organización con el liderazgo del área de Gestión Ambiental y acompañamiento de los integrantes del Comité de Residuos peligrosos y no peligrosos.

**7. Implementación**

Esta política se implementará bajo el programa de Gestión Ambiental.

**8. Control de cambios**

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación               |
|---------|------------|-----------------|-----------------------------|
| 1       | 10/12/2018 |                 | Creación de la política     |
| 2       | 22/06/2021 |                 | Actualización del documento |
| 3       | 04/08/2021 | 2, 3, 4, 5,6, 7 | Actualización del documento |



## POLITICA GESTIÓN PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO PÚBLICO

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>PROCESO</b>              | Gestión financiera  |
| <b>NOMBRE</b>               | Política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-002  |

### 1. Aprobación

|                | Cargo                        | Fecha      |
|----------------|------------------------------|------------|
| <b>Elaboró</b> | Financiera                   | 24/05/2021 |
| <b>Aprobó</b>  | Subgerencia de Planificación |            |

### 1. Normatividad que soporta la política

Decreto 111 de 1996: Decreto 115 DE 1996.  
Decreto 1068 de 2015: Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público.  
Decreto 2411 de 2019 (art.131).

### 2. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |  |
|------------------------|--|
| Plataforma estratégica | Se encuentra alineado con la visión esperando que para el 2024, seamos reconocidos por la eficiencia y la mejora continua.   |
| Objetivo Estratégicos  | Objetivo estratégico: Mantener el equilibrio financiero de la entidad, a través de una adecuada planeación de la ejecución presupuestal con miras a garantizar el cumplimiento de los planes, programas y objeto misional de la Institución. |



### 3. Política

Red Salud Armenia ESE, a través de la alta dirección, se compromete a realizar una planeación que garantice la armonización entre el plan estratégico y el presupuesto, velando por una adecuada ejecución presupuestal dentro del marco legal aplicable. Para ello, se requiere de una planeación estratégica presupuestalmente viable y sostenible, y un efectivo y permanente control administrativo, seguimiento y evaluación, para así obtener una eficiente ejecución del gasto público.

### 4. Objetivos

| Objetivo a alcanzar  | Indicador de evaluación                     |  |              |
|--|---|--|--------------|
|  | Nombre del indicador                        | Formula  | Periodicidad |
| Monitorear el uso eficiente de la ejecución del gasto para el cumplimiento de la planeación estratégica. | Proporción ejecución presupuestal de gastos | $\frac{\text{Gastos ejecutados en el período}}{\text{Gastos proyectados en el período}} * 100$ | Mensual      |

### 5. Definiciones para el entendimiento de la política

**Política financiera:** Constituye el compromiso de la alta dirección de Red salud con el manejo responsable y comprometido de los recursos, que define su alcance y compromete a toda la organización.

**Alta dirección:** Persona o grupo de personas que dirigen y controlan una empresa.

**Indicadores Financieros:** Medidas verificables de la disponibilidad y acceso a recursos, políticas y organización con que cuenta la empresa para atender todas las necesidades que se requieren para el funcionamiento de la Entidad.

**Indicadores de resultado:** Medidas verificables de los cambios alcanzados en el periodo definido, teniendo como base la programación hecha y la aplicación de recursos propios del programa o del sistema de gestión.

## 6. Despliegue

Esta política se realiza a través del plan de comunicación de la organización.

## 7. Implementación

Esta política se implementa a través de una planeación estratégica viable y sostenible de los objetivos estratégicos y de la ejecución presupuestal a través de la toma de decisiones óptimas, garantizando la prestación de los servicios y la sostenibilidad financiera.

## 8. Control de cambios

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado   | Justificación                               |
|---------|------------|-------------------|---|
| 1       | 5/11/2019  |                   | Creación de la política                     |
| 2       | 24/05/2021 | 2, 3, 4, 5, 6 y 7 | Ajustes de requerimiento de mejora continua |



## POLITICA DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

|                             |                                      |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| <b>PROCESO</b>              | Gestión de la tecnología             |
| <b>NOMBRE</b>               | Política de gestión de la tecnología |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-013                         |

### 1. Aprobación

|                | Cargo                             | Fecha      |
|----------------|-----------------------------------|------------|
| <b>Elaboró</b> | Líder de gestión de la tecnología | 14/05/2021 |
| <b>Aprobó</b>  |                                   |            |

### 1. Normatividad que soporta la política

**Ley 100 de 1993**, del Congreso de la República de Colombia, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Definió la importancia de la TECNOLOGÍA BIOMÉDICA en la accesibilidad, costos y calidad en la prestación de los servicios de salud, para lo cual se establecieron las competencias y responsabilidades de los distintos Actores del Sistema.

**Ley 1438 de 2011** Política de dispositivos médicos

**Ley 1751 de 2015** Ley estatutaria de salud

**Decreto 2092 de 1986** Introducción al Régimen Sanitario.

**El decreto 677 de 1995** en su artículo 3º contempla “corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud, ejercer la inspección vigilancia y control sanitario y de calidad a los medicamentos “y el artículo 103 establece que corresponde al Ministerio de salud, al INVIMA a las Direcciones Seccionales y Distritales de Salud o a las entidades que hagan sus veces, ejercer la inspección, vigilancia y control de los establecimientos y productos de qué trata el presente Decreto

**Decreto 4725 de 2005** del Ministerio de la Protección Social, por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.

**Decreto 1011 de 2006** “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”

## 2. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |  |
|------------------------|--|
| Plataforma estratégica | Esta política se articula con la visión de la ESE desde el enfoque... "contando con un capital humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua". |
| Objetivo Estratégicos  | Objetivo estratégico N. 5: Fortalecer la gestión Organizacional con el propósito de satisfacer las necesidades de los grupos de interés.   |

## 3. Política

Con el fin de contribuir en la satisfacción de las necesidades de los usuarios y sus familias, favoreciendo los resultados y la seguridad del paciente, Red Salud Armenia ESE, se compromete a implementar una gestión adecuada de la tecnología desde la planeación, selección, adquisición, instalación, puesta en funcionamiento y disposición final, de acuerdo a la evaluación de costo beneficio, utilidad y costo efectividad, buscando el mayor aprovechamiento tecnológico con el uso eficiente de los recursos.

## 4. Objetivos

| Objetivo a alcanzar  | Indicador de evaluación   |   |              |
|--|---|---|--------------|
|  | Nombre del indicador  | Formula   | Periodicidad |
| Mantener los recursos tecnológicos dentro de los términos de calidad, seguridad y satisfacción del usuario | Oportunidad en la realización de los mantenimientos correctivos de equipos biomédicos | Tiempo transcurrido entre la solicitud del mantenimiento correctivo y la realización del mismo / Total, de mantenimientos correctivos solicitados | Semestral    |
|  | Porcentaje de cumplimiento de los mantenimientos preventivos de equipos biomédicos    | N. de mantenimientos preventivos realizados / Total, de mantenimiento preventivos programados   | Semestral    |

## 5. Definiciones para el entendimiento de la política

**Tecnología Biomédica:** Es el resultado de la aplicación de los principios y técnicas de la ingeniería al campo de la medicina. Se dedica fundamentalmente al diseño y construcción de productos sanitarios y tecnologías sanitarias tales como los equipos médicos, las prótesis, equipos médicos, dispositivos de diagnóstico.

**Seguridad:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

### 6. Despliegue

Esta política se desplegará en cumplimiento al plan de comunicaciones.

### 7. Implementación

La implementación de la política será liderada por el responsable de la gestión de la tecnología dirigida a toda la organización.

### 8. Control de cambios

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación           |
|---------|------------|-----------------|-------------------------|
| 1       | 14/05/2021 |                 | Creación de la Política |
|         |            |                 |                         |



### POLITICA INSTITUCIONAL DEL SARLAFT

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>PROCESO</b>              | Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT |
| <b>NOMBRE</b>               | Política SARLAFT  |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-004  |

#### 1. Aprobación

|                | Cargo                        | Fecha               |
|----------------|------------------------------|---------------------|
| <b>Elaboró</b> | Subgerencia de Planificación | 31 de mayo del 2021 |
| <b>Aprobó</b>  | Junta Directiva              |                     |

#### 1. Normatividad que soporta la política

**Circular externa 009 de 2016 de la Supersalud:** Por medio del cual se imparten instrucciones relativas al sistema de administración del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo (SARLAFT)

**Ley 526 de 1999:** Por medio de la cual se crea la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF)

**Ley 599 de 2000,** Código Penal Colombiano: Tipificación de delitos en los cuales tiene origen el Lavado de Activos y la financiación del terrorismo.

Y demás normatividad vigente.

#### 2. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |  |
|------------------------|--|
| Plataforma estratégica | Red Salud Armenia E.S.E., está comprometida con la lucha contra el lavado de activos y la financiación del terrorismo por lo tanto dará estricto cumplimiento a las políticas y a las normas que le apliquen... <i>"contando con un capital humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua"</i> . |
| Objetivo Estratégicos  | Corresponde a los elementos de la cultura organizacional que fomentan la gestión del SARLAFT como; políticas, principios, valores y conductas orientadas hacia el control. Así mismo, la estructura organizacional que soporta el SARLAFT y el régimen de sanciones o incentivos.  |

### 3. Política

Red Salud Armenia E.S.E., establece los lineamientos para la prevención y control del riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo, con el fin de minimizar la posibilidad de que la Entidad a través de las actividades que lleva a cabo en el desarrollo de sus operaciones, introduzca recursos provenientes de lavado de activos, financie el terrorismo o sea utilizada indirectamente como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento de cualquier forma de dinero y otros bienes provenientes de actividades ilícitas.

El cumplimiento de los objetivos institucionales, está sujeto al cumplimiento de las normas de prevención y control de LA/FT, por ende todas las operaciones, negocios y contratos, se ajustarán a las políticas, manuales y procedimientos dispuestos y a las normas que regulen sobre las fuentes de riesgo de LA/FT.

### 4. Objetivos

| Objetivo a alcanzar   | Indicador de evaluación  |   |              |
|---|--|---|--------------|
|   | Nombre del indicador   | Formula   | Periodicidad |
| Evitar o detectar incumplimientos normativos relacionados con SARLAFT | Investigaciones por entes de control, sanciones, tutelas       | N. de Investigaciones por entes de control relacionas con SARLAFT | Semestral    |
|   | Oportunidades de mejora identificadas por los entes de control | N. de oportunidades identificadas relacionas con SARLAFT          | Semestral    |

### 5. Definiciones para el entendimiento de la política

**Contraparte:** Personas naturales o jurídicas con las cuales la empresa tiene vínculos de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden. Es decir; accionistas, socios, empleados, clientes y proveedores de bienes y servicios.

**Debida diligencia:** Actuar con el cuidado que sea necesario para reducir la posibilidad de llegar a ser considerado culpable por negligencia y de incurrir en las respectivas responsabilidades administrativas, civiles o penales.

**Gestión del riesgo de LA/FT:** Comprende la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras acciones existentes que actúan para minimizar el riesgo LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realice la empresa.

**Oficial de Cumplimiento:** Es la máxima persona encargada del cumplimiento del SARLAFT, es un funcionario encargado de verificar el cumplimiento de los manuales y políticas de procedimiento de la Entidad, así como de la implementación del SARLAFT.

**Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF:** Es una unidad administrativa especial, de carácter técnico, adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, creada por la Ley 526 de 1999, modificada por la Ley 1121 de 2006, que tiene como objetivo la prevención y detección de operaciones que puedan ser utilizadas para el lavado de activos o la financiación del terrorismo.

### 6. Despliegue

Se realizara a través del Plan de comunicaciones.

### 7. Implementación

Esta política será implementada con el liderazgo del oficial de cumplimiento a través del plan de trabajo establecido en la vigencia.

### 8. Control de cambios

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación                |
|---------|------------|-----------------|------------------------------|
| 1       | 30/06/2017 |                 | Creación de la Política      |
| 2       | 31/05/2021 | 2,3,4,5,6,7     | Actualización de la Política |





## POLITICA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>PROCESO</b>              | Gestión del talento Humano.                                    |
| <b>NOMBRE</b>               | Política de Prevención de Consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas. |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-016   |

### 1. Aprobación

|                | Cargo            | Fecha            |
|----------------|------------------|------------------|
| <b>Elaboró</b> | Líder de SG-SST. | 09 de Julio 2021 |
| <b>Aprobó</b>  |                  |                  |

### 1. Normatividad que soporta la política

**Resolución 1075 de marzo 24 de 1992:** Por la cual se reglamentan actividades en materia de Salud Ocupacional.

**Resolución 4225 de mayo 29 de 1992 :** Por la cual se adoptan unas medidas de carácter sanitario al Tabaquismo.

Ley 1335 de 2009:

**Resolución 089 de 2019:** Por la cual se adopta la política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas

### 2. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |  |
|------------------------|--|
| Plataforma estratégica | La política de SG – SST se articula con la Misión de la ESE desde el enfoque....” <i>preventivo y de gestión del riesgo.</i> ”   |
| Objetivo Estratégicos  | Objetivo estratégico N 4: <i>Promover la gestión del capital humano en cada una de las etapas de la vida laboral, reflejado en la mejora continua de la cultura y el clima organizacional.</i> |

### 3. Política

Con el fin de promover, prevenir y fomentar el bienestar de los trabajadores, visitantes, usuarios y su familia, Red Salud Armenia E.S.E. prohíbe el consumo de alcohol, tabaco y drogas en las instalaciones de la organización, ya que esto genera impactos negativos sobre la sociedad, el ambiente de trabajo y en las personas en su seguridad y condiciones de trabajo, debido a sus factores de riesgo asociado. Así mismo, se compromete a implementar campañas de estilo de vida y trabajo saludable en la organización, y apoyar la rehabilitación individual y social del trabajador que lo requiera.

### 4. Objetivos

| Objetivo a alcanzar  | Indicador de evaluación  |  |              |
|--|--|--|--------------|
|  | Nombre del indicador   | Formula  | Periodicidad |
| Gestionar el bienestar de los trabajajes, visitantes, usuarios y su familia a través de un ambiente libre de consumo de tabaco alcohol y drogas. | Porcentaje de cumplimiento de campañas de estilo de vida y trabajo saludable | $\frac{\text{N. de actividades realizadas de estilo de vida y trabajo saludable}}{\text{Total, de actividades programadas de estilo de vida y trabajo saludable}}$ | Semestral    |

### 5. Definiciones para el entendimiento de la política

**Abuso del consumo de bebidas alcohólicas:** Todo consumo por frecuencia y/o cantidad que conlleve a la pérdida del dominio propio del individuo bien sea de manera temporal o definitiva.

**Abuso de Sustancias Psicoactivas (SPA):** Un modelo problemático de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente, en situaciones en las que es físicamente peligroso.

**Fomento de estilos de vida saludables:** Conjunto de actividades, intervenciones y programas dirigidos a las personas, cuyo objeto es orientar el desarrollo o fortalecimiento de actitudes y hábitos que favorezcan la salud y el bienestar de la población.

**Fumar:** El hecho de estar en posición de control de un producto de tabaco encendido independientemente de que el humo se esté inhalando o exhalando en forma activa.

**Lugar de trabajo:** Todos los lugares utilizados por las personas durante su empleo o trabajo incluyendo todos los lugares conexos o anexos y vehículos que los trabajadores utilizan en el desempeño de su labor. Esta definición abarca aquellos lugares que son residencia para unas personas y lugar de trabajo para otras.

**6. Despliegue**

Esta política se dará a conocer a todos los grupos de interés a través del plan de comunicaciones de la organización.

**7. Implementación**

Esta política se implementara en toda la organización con el liderazgo del área de SG-SST y acompañamiento del COPASST.

**8. Control de cambios**

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación           |
|---------|------------|-----------------|-------------------------|
| 1       | 22/04/2016 |                 | Creación de la Política |
| 2       | 09/07/2021 | 3,4,5,6,7       | Ajustes a la Política   |



## POLITICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>PROCESO</b>              | Gestión de las TIC                      |
| <b>NOMBRE</b>               | Política de Racionalización de Tramites |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-014                            |

### 1. Aprobación

|                | Cargo                            | Fecha      |
|----------------|----------------------------------|------------|
| <b>Elaboró</b> | Líder de Sistemas de Información | 14/05/2021 |
| <b>Aprobó</b>  |                                  |            |

### 1. Normatividad que soporta la política

**Ley 962 de 2005.** Por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y las entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos.

**Decreto 019 de 2012.** Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.

**Ley 1712 de 2014.** Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional.

### 2. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |   |
|------------------------|---|
| Plataforma estratégica | La política de Racionalización de Tramites se articula con la visión de la ESE desde el enfoque... <i>"contando con un capital humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua"</i> . |
| Objetivo Estratégicos  | Objetivo estratégico N. 5: Fortalecer la gestión Organizacional con el propósito de satisfacer las necesidades de los grupos de interés.  |

### 3. Política

La gerencia de Red salud Armenia E.S.E. y sus colaboradores se comprometen a simplificar, estandarizar y automatizar los trámites y procesos administrativos promoviendo el uso de las Tics, facilitando el acceso de la ciudadanía a la información sobre trámites y a su ejecución por medios electrónicos, respetando el HABEAS DATA y promoviendo la confianza en el ciudadano.

### 4. Objetivos

| Objetivo a alcanzar  | Indicador de evaluación  |   |              |
|--|--|---|--------------|
|  | Nombre del indicador   | Formula   | Periodicidad |
| Gestionar los trámites requeridos en línea o parcialmente en línea con el fin de satisfacer las necesidades de los grupos de interés | Porcentaje de trámites y OPAS en línea y/o parcialmente en línea | N. de trámites y OPAS gestionados en línea y/o parcialmente en línea / Total de trámites y OPAS inscritos | Trimestral   |

### 5. Definiciones para el entendimiento de la política

**Automatización:** Es el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, para apoyar y optimizar los procesos que soportan los tramites.

**OPAS:** Otros procesos administrativos

**Procedimiento Administrativo:** Conjunto de actos expedidos en ejercicio de la función administrativa para la realización de las tareas del estado con miras a la obtención de un resultado final que es una decisión administrativa definitiva.

**Simplificación:** Rediseño, supresión o fusión de trámites, procesos y procedimientos, integran más de una entidad del Estado.

**Sistema Único de Información de Tramites (SUIT):** Es un sistema electrónico de administración de información de trámites y servicios de la Administración Pública Colombiana que opera a través del Portal del Estado Colombiano, administrado per el Departamento Administrativo de la Función Pública per mandato legal, en alianza estratégica con el Ministerio de Comunicaciones -Programa Gobierno en Línea.

**Tramite:** Conjunto o serie de paces o acciones reguladas por el Estado, que deben efectuar los usuarios para adquirir un derecho o cumplir con una obligación prevista o autorizada por la ley, El tramite se inicia cuando ese particular active el aparato público a través de una petición o solicitud expresa y termina (como tramite) cuando la administración pública se pronuncia sobre este, aceptando o denegando la solicitud.

### 6. Despliegue

Esta política se desplegará en toda la organización a través del plan de comunicaciones de la ESE.

### 7. Implementación

Esta política se implementará a toda la organización bajo la responsabilidad del líder de sistemas de información, y el seguimiento a través del comité de gestión y desempeño.

### 8. Control de cambios

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación                |
|---------|------------|-----------------|------------------------------|
| 1       | 20/12/2018 |                 | Creación de la política      |
| 2       | 14/05/2021 | 4,5,6,7         | Actualización de la política |



## POLITICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS

|                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|
| <b>PROCESO</b>              | Direccionamiento estratégico     |
| <b>NOMBRE</b>               | Política de Rendición de cuentas |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-017                     |

### 1. Aprobación

|                | Cargo                        | Fecha      |
|----------------|------------------------------|------------|
| <b>Elaboró</b> | Líder de Comunicaciones      | 13/07/2021 |
| <b>Aprobó</b>  | Subgerencia de planificación |            |

### 1. Normatividad que soporta la política

#### Constitución Política de Colombia

Ley 489 de 1998,

**Conpes 3654 de 2010**, “por el cual se establece la Política de Rendición de Cuentas”

**Ley 1712 de 2014**, “por medio de la cual se crea la ley de transparencia y del derecho de acceso a la información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”

**Ley 489 de 1998**, Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional.

## 2. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |  |
|------------------------|--|
| Plataforma estratégica | La política de Rendición de cuentas se articula con la visión de la ESE <i>“En el año 2024 será reconocida por la calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud en el Municipio, contando con un capital humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua”</i> . |
| Objetivo Estratégicos  | Se alinea con el objetivo: <i>...Fortalecer la gestión Organizacional con el propósito de satisfacer las necesidades de los grupos de interés.</i>   |

## 3. Política

Con el fin de mantener una constante y fluida interacción con la ciudadanía de manera transparente y participativa; prestando un servicio de excelencia y facilitando la garantía del ejercicio de los derechos ciudadanos, a través de la entrega efectiva de servicios e información, Red Salud Armenia ESE, se compromete a rendir cuentas, buscando facilitar la evaluación y retroalimentación ciudadana sobre la gestión efectuada.

## 4. Objetivos

| Objetivo a alcanzar   | Indicador de evaluación                                 |  |              |
|---|---|--|--------------|
|   | Nombre del indicador                                    | Formula  | Periodicidad |
| Generar transparencia, confianza a los ciudadanos a través del control social a la administración de la ESE | Porcentaje de cumplimiento de la rendición de la cuenta | N. de rendiciones de la cuenta realizados / N. de rendiciones de la cuenta programados | Anual        |



### 5. Definiciones para el entendimiento de la política

**Rendición de Cuentas:** Es un espacio de interlocución entre los servidores públicos y la ciudadanía. Tiene como finalidad generar transparencia, condiciones de confianza entre gobernantes y ciudadanos y garantizar el ejercicio del control social a la administración, sirviendo además de insumo para ajustar proyectos y planes de acción para su realización.

### 6. Despliegue

El despliegue se realizara a través del plan de comunicaciones al cliente interno y ciudadanía en general.

### 7. Implementación

Sera liderada por el área de planeación y comunicaciones, el representante legal de la entidad será el responsable de efectuar la audiencia pública con el apoyo de los líderes de procesos de la organización.

### 8. Control de cambios

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación                |
|---------|------------|-----------------|------------------------------|
| 1       | 10/12/2018 |                 | Creación de la Política      |
| 2       | 13/07/2021 | 3,4,5,6,7       | Actualización de la política |



## POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

|                             |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| <b>PROCESO</b>              | Gestión de la Calidad           |
| <b>NOMBRE</b>               | Política Seguridad del Paciente |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-009                    |

### 1. Aprobación

|                | <b>Cargo</b>                              | <b>Fecha</b>            |
|----------------|---|-------------------------|
| <b>Elaboró</b> | Referente Programa Seguridad del Paciente | 14 de mayo de 2021      |
| <b>Aprobó</b>  | Comité de Seguridad del Paciente          | 16 de Diciembre de 2020 |

### 1. Normatividad que soporta la política

- Decreto 1011 de 2006, por medio del cual se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, establece como de obligatorio cumplimiento en el estándar de "Seguimiento a riesgos en la Prestación de Servicios", realizar un proceso de evaluación y seguimiento a los eventos adversos, entre otros riesgos inherentes al tipo de servicio que ofrecen las instituciones prestadoras de Servicios de Salud.
- Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, del Ministerio de la Protección Social en noviembre de 2008, desarrollados con el propósito de direccionar las políticas institucionales y el diseño de procesos de atención seguros.  
Resolución 2082 de 2014, dicta disposiciones para la operatividad del sistema único de Acreditación y define que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán implementar la etapa de preparación para la acreditación utilizando para el efecto los correspondientes manuales de acreditación adoptados por el Ministerio, entre los cuales se encuentran establecidos estándares de Seguridad del Paciente.
- Resolución 5095 de 2018 por el cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, versión 3.1

- Resolución 3100 de 2019, por la cual se definen los procedimientos para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y establece los estándares de procesos prioritarios, condiciones tecnológicas y científicas mínimas para la prestación de servicios de salud.

| 2. Alineación con el direccionamiento estratégico |  |
|---|--|
| Plataforma estratégica                            | La política de Seguridad del Paciente se articula con la visión de la ESE desde el enfoque... "será reconocida por la calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud en el Municipio." |
| Objetivo Estratégicos                             | Objetivo estratégico N. 1: <i>Brindar servicios de salud, cumpliendo con los atributos de la calidad y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas.</i>                 |

**3. Política**

Comprometidos con la seguridad del paciente, Red Salud Armenia ESE desarrolla acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos en la prestación de los servicios de salud, informando e involucrando al paciente y su familia en el proceso de atención, enmarcado en una cultura justa, transparente, preventiva y no punitiva, fomentando la responsabilidad y la mejora continua de los procesos a través de las siguientes líneas estratégicas: Aprendiendo a ser seguros , Seguridad por mi paciente, Agentes coordinados por la seguridad del paciente, La red te conecta, Vigilando los riesgos y Orientados en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, denominadas "A SALVO".

| 4. Objetivos   |  |   |              |
|--|--|---|--------------|
| Objetivo a alcanzar  | Indicador de evaluación                    |   |              |
|  | Nombre del indicador                       | Formula   | Periodicidad |
| Propender por la gestión oportuna de los eventos adversos reportados | Proporción de eventos adversos gestionados | Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados | Mensual      |

| 4. Objetivos   |   |  |              |
|--|---|--|--------------|
| Objetivo a alcanzar  | Indicador de evaluación                             |  |              |
|  | Nombre del indicador                                | Formula  | Periodicidad |
| Disminuir la incidencia de eventos adversos asociados a la atención en salud | Adherencia a los cinco momentos de higiene de manos | Sumatoria de ocasiones en que el personal asistencial que tiene contacto directo con el paciente realiza la higiene de manos correctamente para los cinco momentos, en el período / Sumatoria de ocasiones observadas que lo requieren para los cinco momentos | Trimestral   |

| 5. Definiciones para el entendimiento de la política   |
|--|
| <p><b>Acciones de reducción de riesgo:</b> Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.</p> <p><b>Atención en salud:</b> servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.</p> <p><b>Cultura de Seguridad:</b> El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente</p> <p><b>Enfoque de atención centrado en el usuario:</b> Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.</p> <p><b>Gestión clínica:</b> Conjunto de procesos administrativos y asistenciales, ordenados, articulados y sistemáticos, para la atención adecuada, eficiente, efectiva y oportuna de los pacientes.</p> <p><b>Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud:</b> La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.</p> <p><b>Seguridad del Paciente:</b> es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.</p> |

**6. Despliegue**

Se realizara a través del plan de comunicaciones de la ESE.

**7. Implementación**

Esta política se implementará bajo el liderazgo del referente del programa de Seguridad del Paciente, a través de las líneas estratégicas descritas.

**8. Control de cambios**

| Versión | Fecha                  | Ítem Modificado  | Justificación   |
|---------|------------------------|------------------|---|
| 1       | 16 de octubre de 2014  |                  | Creación de la política   |
| 2       | 2 de diciembre de 2020 |                  | Se adicionan concepto relacionados con los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.                          |
| 3       | 14 de mayo de 2021     | 1,2,3,4,5,6,7,8. | Se actualiza la redacción de la política y se ajustan las líneas estratégicas, teniendo en cuenta el enfoque en el sistema único de acreditación. |



## POLITICA DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>PROCESO</b>              | Gestión de la tecnología                             |
| <b>NOMBRE</b>               | Política de seguridad y privacidad de la información |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-015   |

### 1. Aprobación

|                | Cargo                            | Fecha      |
|----------------|----------------------------------|------------|
| <b>Elaboró</b> | Líder de Sistemas de Información | 14/05/2021 |
| <b>Aprobó</b>  |                                  |            |

### 1. Normatividad que soporta la política

**Ley 527 de 1999:** Define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales y se establecen las entidades de certificación y se dictan otras disposiciones.

**Ley 1266 de 2008:** Dicta las disposiciones generales del habeas data y regula el manejo de la información contenida en las bases de datos personales, en especial la financiera, crediticia comercial, de servicios y provenientes de terceros países y se dictan otras disposiciones.

**Ley 1273 de 2009:** Modifica el Código Penal, se crea un nuevo bien jurídico tutelado denominado “de la protección de la información y de los datos” y se preservan integralmente los sistemas que utilicen las tecnologías de la información y las comunicaciones, entre otras disposiciones.

Ley 1431 de 2009: Reglamentada a través del Decreto Nacional 2573 de 2014, define los principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las tecnologías de la información y las comunicaciones TIC.

**Ley 1438 de 2011.** Capítulo VII. Calidad y Sistemas de Información. Artículo 107. Garantía de calidad y resultados en la atención en el Sistema General de Seguridad Social de Salud.

**Decreto 4110 de 2004** “Por el cual se reglamenta la ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública”. Actualizada como NTCGP 1000:2009

| <b>2. Alineación con el direccionamiento estratégico</b> |  |
|--|--|
| Plataforma estratégica                                   | Se articula con la visión de la ESE desde el enfoque... <i>"contando con un capital humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua"</i> . |
| Objetivo Estratégicos                                    | Objetivo estratégico N. 5: Fortalecer la gestión Organizacional con el propósito de satisfacer las necesidades de los grupos de interés.                                     |

**3. Política**

Red Salud Armenia E.S.E. se compromete a establecer los mecanismos necesarios para gestionar la seguridad y privacidad de la información en la entidad, implementando las siguientes prácticas: Proteger la información generada, procesada, transmitida o resguardada de la organización, con el fin de minimizar los impactos financieros, operativos o legales debido a un uso incorrecto de estos, proteger la información de las amenazas originas por parte del personal, proteger las instalaciones del procesamiento e infraestructura tecnológica que soporta los procesos críticos, implementar controles en el acceso a la información, sistemas y recursos de la red, garantizar a través de una adecuada gestión de los eventos de seguridad y las debilidades asociadas con los sistemas de información una mejora efectiva de su modelo de seguridad, garantizar el cumplimiento de las obligaciones legales, regulatorios y contractuales establecidas para el sistema de información.

| <b>4. Objetivos</b>  |  |   |              |
|--|--|---|--------------|
| Objetivo a alcanzar  | Indicador de evaluación  |   |              |
|  | Nombre del indicador   | Formula   | Periodicidad |
| Gestionar la implementación de las practicas asociadas a la policita de seguridad y privacidad de la información | Porcentaje de cumplimiento en la implementación de las practicas asociadas a la policita de seguridad y privacidad de la información | $\frac{\text{N. de ítem evaluados de las practicas asociadas a la policita de seguridad y privacidad de la información que presentan cumplimiento}}{\text{Total, de ítems evaluados de las practicas asociadas a la policita de seguridad y privacidad de la información}}$ | Mensual      |
|  | Oportunidad de respuesta a los requerimientos realizados relacionados con el sistema de información                                  | $\frac{\text{Sumatoria del tiempo transcurrido entre la solicitud del requerimiento y la respuesta al requerimiento}}{\text{Total de requerimientos solicitados en el mismo periodo de tiempo}}$  | Mensual      |
|  | Oportunidad de respuesta a los mantenimientos correctivos solicitados  | $\frac{\text{Sumatoria del tiempo transcurrido entre la solicitud del mantenimiento correctivo y la respuesta a este}}{\text{Total, mantenimientos correctivos solicitados en el mismo periodo de tiempo}}$   | Mensual      |

### 5. Definiciones para el entendimiento de la política

**Seguridad de información:** Es el conjunto de medidas preventivas y reactivas de las organizaciones y sistemas tecnológicos que permiten resguardar y proteger la información buscando mantener la confidencialidad, la disponibilidad e integridad de datos.

**Infraestructura tecnológica:** Conjunto de elementos para el almacenamiento de los datos de una empresa. En ella se incluye el hardware, el software y los diferentes servicios necesarios para optimizar la gestión interna y seguridad de información.

**Sistema de información:** Conjunto de componentes que interactúan entre sí con un fin común, ayudando a administrar, recolectar, recuperar, procesar, almacenar y distribuir información relevante para los procesos fundamentales y las particularidades de cada organización.

### 6. Despliegue

Esta política se desplegará en toda la organización a través del plan de comunicaciones.

### 7. Implementación

Esta política se implementará bajo la responsabilidad del líder de sistemas de información dirigido al cliente interno.

### 8. Control de cambios

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación           |
|---------|------------|-----------------|-------------------------|
| 1       | 01/06/2020 |                 | Creación de la Política |
| 2       | 14/05/2021 | 2,3,4,5,6,7     | Ajustes en la redacción |





## POLITICA DE SERVICIO AL CIUDADANO

|                      |                                    |
|----------------------|------------------------------------|
| PROCESO              | Gestión de atención a los usuarios |
| NOMBRE               | Política de servicio al ciudadano  |
| CODIGO DEL DOCUMENTO | ES-PL-PO-012                       |

### 1. Aprobación

|         | Cargo      | Fecha              |
|---------|------------|--------------------|
| Elaboró | Líder SIAU | 8 de Julio de 2021 |
| Aprobó  |            |                    |

#### 1. Normatividad que soporta la política

**La Circular Única de la Super salud 047 del 30 de noviembre del 007;** Título 7: Protección de los usuarios y la participación ciudadana.

**La Resolución número 00896 de 2009,** por la cual se crea, conforma y reglamenta el Sistema de Atención al Ciudadano.

**La Ley 1437 del 2011:** Por el cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. En el cual se tiene dentro del artículo 1: como finalidad “Proteger y garantizar los derechos y libertades de las personas, la primacía de los intereses generales...”

**La ley 1438 del 2011:** Por medio de la cual se Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Capítulo VIII, artículo 136... definición de la Política de Participación Social...”

#### 2. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |   |
|------------------------|---|
| Plataforma estratégica | Se articula con la visión de la ESE...”será reconocida por la calidad y la calidez en la prestación de los servicios de salud.” |
|------------------------|---|

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Objetivo Estratégicos | Objetivo estratégico N. 1: Brindar servicios de salud, cumpliendo con los atributos de calidad y orientados a la satisfacción de las de las necesidades de salud de las personas. |
|-----------------------|---|

**3. Política**

Red Salud Armenia ESE, en su objetivo de prestar servicios de calidad orientara sus esfuerzos a la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos, buscando apoyar la participación ciudadana en las decisiones de impacto de la institución en la búsqueda constante del cumplimiento de las prácticas de buen gobierno. Conforme a lo anterior, cada servidor o colaborador de la institución debe estar comprometido con entregar información veraz y oportuna de los diversos procedimientos, productos y servicios ofrecidos por la entidad, además de medir la satisfacción de los usuarios y recibir peticiones, quejas, reclamos y/o felicitaciones conforme a los términos establecidos por la ley y entregar respuesta oportuna al solicitante.

| 4. Objetivos  |  |   |              |
|---|--|---|--------------|
| Objetivo a alcanzar   | Indicador de evaluación                              |   |              |
|   | Nombre del indicador                                 | Formula   | Periodicidad |
| Mejorar la satisfacción de los usuarios durante la prestación de los servicios en salud | Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS | No. de usuarios que respondieron “muy buena” o “buena” a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?/Número de usuarios que respondieron la pregunta | Trimestral   |

**5. Definiciones para el entendimiento de la política**

**Participación ciudadana:** Proceso de discusión, negociación y concertación en el que se analizan y deciden conjuntamente con los ciudadanos problemas a atender, acciones a emprender, prioridades, maneras de ejecutar los programas y la definición de políticas públicas

**Petición:** Es una actuación por medio de la cual el usuario, de manera respetuosa, solicita a la empresa cualquier información relacionada con la prestación del servicio.

**Queja:** Es la manifestación verbal o escrita en la cual se pone en conocimiento, conductas irregulares en la prestación de un servicio.

**Reclamo:** Manifestación verbal o escrita de inconformidad presentada por una persona natural o jurídica sobre el incumplimiento en la prestación de un servicio o la atención inoportuna de una solicitud.

**Sugerencia:** Es una propuesta que formula un usuario o institución para el mejoramiento de los servicios.

## 6. Despliegue

Está dirigida al cliente interno y externo, a través del plan de comunicaciones de la organización

## 7. Implementación

Se implementara bajo la responsabilidad de la líder de atención al usuario a toda la organización.

## 8. Control de cambios

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación                      |
|---------|------------|-----------------|------------------------------------|
| 1       | 10/12/2018 |                 | Creación de la política            |
| 2       | 08/07/2021 | 3,4,5,6,7,8     | Se realizaron ajustes al documento |



## POLITICA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>PROCESO</b>              | Gestión del Talento Humano                                     |
| <b>NOMBRE</b>               | Política Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-001   |

### 1. Aprobación

|                | Cargo               | Fecha              |
|----------------|---------------------|--------------------|
| <b>Elaboró</b> | Líder de SG SST     | 14 de mayo de 2021 |
| <b>Aprobó</b>  | Integrantes COPASST | 14 e mayo de 2021  |

### 1. Normatividad que soporta la política

Decreto 1072 de 2015 capitulo 6 Artículo 2.2.4.6.5. Política de seguridad y salud en el trabajo (SST).

Resolución 0312 de 2019 capitulo III Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificadas con riesgo I, II, III, IV, o V y de cincuenta (50) o menos trabajadores con riesgo IV o V. Artículo 16. Estándares Mínimos para empresas de más de 50 trabajadores. ITEM: Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.

### 2. Alineación con el direccionamiento estratégico

|                        |  |
|------------------------|--|
| Plataforma estratégica | La política de SG SST se articula con la visión de la ESE desde el enfoque... "contando con un capital humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua".     |
| Objetivo Estratégicos  | Objetivo estratégico N. 4: <i>Promover la gestión del capital humano en cada una de las etapas de la vida laboral, reflejado en la mejora continua de la cultura y el clima organizacional</i> |

### 3. Política

¡Prevenir, es trabajo de todos los días!

Red Salud Armenia E.S.E bajo la responsabilidad de la alta dirección, se compromete a dar continuidad en la implementación del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, involucrando a todos sus colaboradores y demás partes interesadas de la entidad, encaminado a promover, mantener y mejorar la prevención de riesgos laborales.

### 4. Objetivos

| Objetivo a alcanzar   | Indicador de evaluación   |  |              |
|---|---|--|--------------|
|   | Nombre del indicador  | Formula  | Periodicidad |
| Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles.   | Frecuencia de accidentalidad                                    | Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes/ Número de trabajadores en el mes | Mensual      |
| Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores, mediante la mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en la empresa. | Grado de cumplimiento del SG SST según resolución 0312 del 2019 | Resultado de la autoevaluación anual de cumplimiento de la resolución 0312 del 2019            | Anual        |

### 5. Definiciones para el entendimiento de la política

**Política de seguridad y salud en el trabajo:** Es el compromiso de la alta dirección de una organización con la seguridad y la salud en el trabajo, expresadas formalmente, que define su alcance y compromete a toda la organización.

**Alta dirección:** Persona o grupo de personas que dirigen y controlan una empresa.

**Indicadores de estructura:** Medidas verificables de la disponibilidad y acceso a recursos, políticas y organización con que cuenta la empresa para atender las demandas y necesidades en Seguridad y Salud en el Trabajo.

**Indicadores de proceso:** Medidas verificables del grado de desarrollo e implementación del SG-SST.

**Indicadores de resultado:** Medidas verificables de los cambios alcanzados en el periodo definido, teniendo como base la programación hecha y la aplicación de recursos propios del programa o del sistema de gestión.

### 6. Despliegue

Esta política se desplegará en toda la organización con el liderazgo del área de SG SST y acompañamiento del COPASST en cumplimiento del plan de trabajo establecido.

### 7. Implementación

Esta política se implementará bajo el programa de Seguridad y Salud en el Trabajo.

### 8. Control de cambios

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación           |
|---------|------------|-----------------|-------------------------|
| 1       | 14/05/2021 |                 | Creación de la política |
|         |            |                 |                         |



## POLITICA DEL TALENTO HUMANO

|                             |                                     |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| <b>PROCESO</b>              | Gestión del Talento Humano          |
| <b>NOMBRE</b>               | Política Gestión del talento humano |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-003                        |

### 1. Aprobación

|                | Cargo                                      | Fecha              |
|----------------|--|--------------------|
| <b>Elaboró</b> | P.U. Coordinadora de Talento Humano        | 24 de mayo de 2021 |
| <b>Aprobó</b>  | Subgerencia de Planificación Institucional | 24 e mayo de 2021  |

### 1. Normatividad que soporta la política

- Ley 909 de 2004, por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 4665 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Formación y Capacitación de empleados Públicos para el Desarrollo de Competencias. - Decreto 2539 de 2005, por el cual se establecen las competencias laborales generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerárquicos de las entidades a las cuales se aplican los Decretos-ley 770 y 785 del 2005.
- Decreto 1499 de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Circular Externa No 100-010-2014, del DAFP, donde entregan orientaciones en materia de capacitación y formación de los empleados públicos.
- Guía para la Formulación del Plan Institucional de Capacitación - PIC – DAFP marzo de 2012, con base en Proyectos de aprendizaje en equipo.
- Guía de Bienestar laboral y Clima organizacional – DAFP.
- Sistema de Estímulos - Orientaciones Metodológicas 2012 – DAFP.

**2. Alineación con el direccionamiento estratégico**

|                        |   |
|------------------------|---|
| Plataforma estratégica | <b>Visión:</b> “En el año 2024 será reconocida por la calidad y calidez en la prestación de los servicios de salud en el Municipio, contando con un capital humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua”. |
| Objetivo Estratégicos  | Objetivo estratégico N. 4: <i>Promover la gestión del capital humano en cada una de las etapas de la vida laboral, reflejado en la mejora continua de la cultura y el clima organizacional</i>  |

**3. Política**

” Mejorando el Bienestar de nuestros colaboradores”

Red Salud Armenia ESE en acompañamiento de las empresas tercerizadas promoverá en sus colaboradores la mejora continua para obtener la transformación cultural a través del área de Gestión del Talento Humano y las etapas de la vida laboral planeación, ingreso, desarrollo y retiro; aportando al mejoramiento de sus capacidades y conocimientos en cumplimiento de la plataforma estratégica.

**4. Objetivos**

| Objetivo a alcanzar   | Indicador de evaluación                  |  |              |
|---|--|--|--------------|
|   | Nombre del indicador                     | Formula  | Periodicidad |
| Lograr la satisfacción de los colaboradores durante su vida laboral | Porcentaje de Satisfacción clima laboral | $\frac{\text{N. de personas que calificaron muy satisfactorio y satisfactorio el clima laboral}}{\text{Total de colaboradores encuestados}}$ | Anual        |

**5. Definiciones para el entendimiento de la política**

- **Aprendizaje en equipo:** Es el proceso de alinearse y desarrollar la capacidad de un grupo para crear resultados esperados por los miembros o de la empresa.
- **Bienestar Laboral:** Son las medidas que implementa la entidad para mejorar la calidad de vida y la comodidad de los colaboradores.



- **Transformación cultural:** Es el cambio que se produce en las personas, como perciben los lineamientos de la alta gerencia y como se acoplan al trabajo en equipo.

## 6. Despliegue

Esta política se desplegará a todos los Servidores Públicos, Contratistas y Personal tercerizado de la entidad, por la P.U. Coordinadora de Talento y acompañamiento del área de Comunicaciones en cumplimiento del plan de trabajo establecido.

## 7. Implementación

Esta política se implementará con el liderazgo de la coordinación de talento humano en desarrollo del Plan Estratégico de Talento Humano.

## 8. Control de cambios

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación  |
|---------|------------|-----------------|--|
| 1       | 6/04/2020  |                 |  |
| 2       | 24/05/2021 | 2,3,4,5,6,7     | Se amplió el alcance de la política para todo el capital humano que labora en la ESE |



**POLITICA DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN**

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>PROCESO</b>              | Gestión de la tecnología, información y comunicación                                    |
| <b>NOMBRE</b>               | Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción |
| <b>CODIGO DEL DOCUMENTO</b> | ES-PL-PO-022  |

**1. Aprobación**

|                | <b>Cargo</b>         | <b>Fecha</b> |
|----------------|----------------------|--------------|
| <b>Elaboró</b> | Líder Comunicaciones | 22/07/2021   |
| <b>Aprobó</b>  | Gerente              |              |

**1. Normatividad que soporta la política**

Ley 1712 del 2012: Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.

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

Decreto 1499 de 2017: Nuevo modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, articula el nuevo Sistema de Gestión, que integra los anteriores sistemas de Gestión de Calidad y de Desarrollo Administrativo, con el Sistema de Control Interno.

**2. Alineación con el direccionamiento estratégico**

|                        |   |
|------------------------|---|
| Plataforma estratégica | La política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción se articula con la visión de la ESE desde el enfoque... "contando con un capital humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua". |
|------------------------|---|

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Objetivo Estratégicos | <p>Objetivo estratégico N. 2: <i>Mantener el equilibrio financiero a través del uso eficiente de los recursos.</i></p> <p>Objetivo estratégico N. 3: <i>Mejorar el sistema de información y tecnología de la organización.</i></p> <p>Objetivo estratégico N. 5: <i>Fortalecer la gestión organizacional con el propósito de satisfacer las necesidades de los grupos de interés.</i></p> |
|-----------------------|---|

**3. Política**

Red Salud Armenia ESE comprometida con la garantía al derecho de los usuarios y grupos de Interés al acceso a la información pública, de manera transparente, y a la prevención y lucha contra la corrupción, divulgando de manera oportuna, adecuada y veraz la información pública a través de las siguientes estrategias: Transparencia activa, transparencia pasiva y la gestión de la información, buscando la disminución de oportunidades para la corrupción y facilitando su detección.

| 4. Objetivos  |  |  |              |
|---|--|--|--------------|
| Objetivo a alcanzar   | Indicador de evaluación  |  |              |
|   | Nombre del indicador   | Formula  | Periodicidad |
| Velar por el cumplimiento del acceso a la información pública de la ESE con el fin de disminuir los riesgos de corrupción | Solicitudes recibidas  | N. de solicitudes de acceso a la información recibidas   | Trimestral   |
|   | Solicitudes trasladadas a otras entidades                                | N. de solicitudes que fueron trasladadas a otras entidades   | Trimestral   |
|   | Oportunidad de la respuesta de las solicitudes de información realizadas | Sumatoria del tiempo transcurrido entre la solicitud de la información y la respuesta entregada al solicitante / Total de solicitudes realizadas en el periodo | Trimestral   |
|   | Solicitudes negadas de acceso de información                             | N. de solicitudes a los que se les negó el acceso a la información   | Trimestral   |

## 5. Definiciones para el entendimiento de la política

**Transparencia:** Principio que hace referencia a que toda actuación y gestión se haga de manera pública, y que cualquier persona interesada pueda obtener información con oportunidad, suficiencia y claridad.

**Transparencia Activa:** Obligación que tienen las entidades públicas de divulgar activamente la información pública sin que medie solicitud alguna, para garantizar el ejercicio del derecho fundamental de acceder a la información pública.

**Transparencia Pasiva:** Obligación que tienen las entidades públicas de responder de buena fe, de manera adecuada, veraz, oportuna y gratuita a las solicitudes de acceso a la información pública, lo que a su vez conlleva la obligación de producir o capturar dicha información.

**Información.** Se refiere a un conjunto organizado de datos contenido en cualquier documento que los sujetos obligados generen, obtengan, adquieran, transformen o controlen.

## 6. Despliegue

El despliegue se realizara a través del plan de comunicaciones de la entidad

## 7. Implementación

Sera liderado por el líder de comunicaciones, quien realizara capacitaciones, seguimiento y evaluación de las estrategias que se implementen para garantizar el cumplimiento de la política.

## 8. Control de cambios

| Versión | Fecha      | Ítem Modificado | Justificación                |
|---------|------------|-----------------|------------------------------|
| 1       | 10/12/2018 |                 | Creación de la Política      |
| 2       | 22/07/2021 | 3,4,5,6,7       | Actualización de la Política |

