



HOSPITAL DE USAQUÉN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Mejoramos su Calidad de Vida

CODIGO DE ETICA Y BUEN GOBIERNO

**AREA FUNCIONAL
GERENCIA
2011**

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

DOCUMENTO CONTROLADO

HOSPITAL DE USAQUEN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Mejoramos su Calidad de Vida

Grupo de Trabajo Dra. Marina Obando
 Dr. Juan Francisco Ortega
 Dr. Jorge Reyes Murillo
 Dr Edgar Zamudio
 Dra. Sandra Medina
 Dr. Carlos Agon
 Dra. Tamara Vanin

Coordinadores Seguimiento y Control - Guillermo Cerón
 Gerencia - Nelson Malaver Montaña

Derechos reservados a favor de
HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL E.S.E.

APROBADO POR
DR. NELSON MALAVER MONTAÑA
Gerente

REVISADO POR
ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR
DE CONTROL INTERNO, LIDER DE
CALIDAD Y MEJORAMIENTO
CONTINUO

ELABORADO POR
SUBGERENCIAS, ATENCION AL
USUARIO, DESARROLLO
HUMANO, PLANEACION,
JURIDICA, CONTROL INTERNO,
CALIDAD

ACTUALIZACIÓN

NOMBRE DEL DOCUMENTO	VERSIÓN	FECHA DE EMISIÓN		
CODIGO DE ETICA Y BUEN GOBIERNO	05	22	06	2011

HISTORIA DE ACTUALIZACIONES

VERSIÓN ANTERIOR	ELABORADO POR:	REVISADO POR:	MOTIVO DE LA ACTUALIZACIÓN	HOJAS A REEMPLAZAR	FECHA ACTUALIZACION	FUNCIONARIO QUE ACTUALIZÓ
1	CONTROL INTERNO, ATENCION AL USUARIO	DR. GABRIL CASTILLA	Creación del documento		2007	Dr. Marina Obando y Rene Luque
2	CONTROL INTERNO	DR. GABRIL CASTILLA	Ajustes al documento		2008	Rene Luque
3	CALIDAD	DRA MARIA ANDREA ABELLO	Revisión y Actualización		2009-2010	Liceth Merchan
4	GESTION HUMANA, ATENCION AL USUARIO, SUBGERENCIA DE SERVICIOS, PLANEACIÓN, SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y DINANCIERA, JURÍDICA, CALIDAD, CONTROL INTERNO	DR. GUILLERMO CERON - DR. NELSON MALVER MONTAÑA	Revisión y ajustes del documento con la nueva plataforma estratégica y Políticas institucionales		30/09/2010	Drs. Juan Francisco ortega Marina Obando Jorge Reyes Murillo, Sandra Medina, Edgar Zamudio, Carlos Agon , Tamara Vanin, Guillermo Cerón
5	PLANEACIÓN	DR. GUILLERMO CERON - DR. NELSON MALVER MONTAÑA	Clasificación de las políticas		22/06/2011	Drs. Sandra Medina Liceth Merchán

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

TABLA DE CONTENIDO

1. **Capítulo I. GENERALIDADES.** Define la estructura organizacional y el alcance que se pretende lograr en la aplicación del Código.
2. **Capítulo II. PLATAFORMA ESTRATÉGICA.** Establece los lineamientos generales de la planeación sobre la que se soporta la gestión del Hospital.
3. **Capítulo III. NORMAS DE AUTORREGULACIÓN Y BUEN GOBIERNO.** Define los parámetros para una gestión fundada en el buen gobierno como base para la interacción con la comunidad y los usuarios.
4. **Capítulo IV. CODIGO DE ETICA.** Establece reglas claras que rigen la conducta del personal al servicio del Hospital, respetuosos de la dignidad humana.
5. **Capítulo V. DECÁLOGO DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE.** Son los postulados básicos que propenden por la humanización en la atención de los pacientes.
6. **Capítulo VI. GESTORES DE ETICA.** Se refiere al fortalecimiento de la autorregulación institucional a través de la conformación de Equipos Sembradores de Ética, cuyo propósito es fomentar comportamientos éticos del personal al servicio del Hospital.
7. **Capítulo VII. DEFENSOR DEL USUARIO.** Reglamenta la figura del Defensor del Ciudadano como garante de la protección de los derechos de los usuarios en su interacción con el Hospital.
8. **Capítulo VIII. IMPLEMENTACIÓN DEL CODIGO DE ETICA Y BUEN GOBIERNO**
Se refiere a los elementos y procedimientos necesarios para hacer funcional el Código y lograr su aplicación, seguimiento y evaluación.

APROBADO POR
DR. NELSON MALAVER MONTAÑA
Gerente

REVISADO POR
ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR
DE CONTROL INTERNO, LIDER DE
CALIDAD Y MEJORAMIENTO
CONTINUO

ELABORADO POR
SUBGERENCIAS, ATENCION AL
USUARIO, DESARROLLO
HUMANO, PLANEACION,
JURIDICA, CONTROL INTERNO,
CALIDAD

CAPITULO I. GENERALIDADES

1.1. INTRODUCCION

EL CODIGO DE ETICA Y BUEN GOBIERNO son normas autoimpuestas que mas allá del acatamiento de carácter jurídico se establece como un mecanismo autoregulatorio de alcance ético y que sirve para orientar el desarrollo de la organización, el relacionamiento con los demás actores del sistema, y en particular con los usuarios de nuestros servicios, mediante la definición de los valores, principios, marco normativo ético que determinan el comportamiento de la organización y sus miembros, su forma de organización y operación y las relaciones de gobierno aplicables, en este Código rige la conducta y las relaciones de trabajo y de prestación de servicios desde la perspectiva ética; involucra las relaciones de todos los empleados y personal al servicio del **Hospital de Usaquén** I Nivel Empresa Social del Estado y su interacción con los órganos de Control, la Comunidad y con nuestros Usuarios.

Este Código promueve pautas de comportamiento de alcance ético, autodefinidas y autoaceptadas, cuyo fin se concreta en asegurar la mejor y mas eficiente prestación del servicio y los derroteros trazados de salud, teniendo por referente el fin del SGSSS y los derroteros trazados por la ley 1122 de 2007, el código de ética y buen gobierno es una herramienta para la mejora continua y para asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud con esquemas de fortalecimiento del talento humano y de atención al usuario.

1.2 DEFINICIONES

Código de Buen Gobierno: Documento que compila los compromisos éticos de la alta dirección respecto a la gestión, íntegra, eficiente, transparente, en su labor de dirección y/o gobierno, que a manera de disposiciones voluntarias de autorregulación son promulgadas ante los diversos públicos y grupos de interés con el fin de generar confianza en los clientes externos como internos.

Código de ética: Es el documento que compendia las disposiciones referentes para gestionar la ética en el día a día de la entidad. Esta conformado por los principios, valores y directrices que en coherencia con el código de buen gobierno, todo empleado de la entidad debe observar en el ejercicio de sus funciones.

Ética Pública: Son las pautas que orientan la gestión de aquellas personas que desempeñan una función pública. Se refiere a las disposiciones internas de quienes dispensan servicios públicos para cumplir cabalmente con los postulados y mandatos de la constitución y la ley acerca de cómo debe ejercerse dicha función en términos de eficiencia, integralidad, transparencia y orientación hacia el bien común.

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

Políticas: Directrices y orientaciones por la cual la alta dirección define el marco de actuación con la cual se orientará la gestión del servicio, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y propósitos.

Principios: Causa fundamental o verdad universal: lo inherente a cualquier cosa, explicación última del ser de algo.

Principios Éticos: Creencias básicas sobre la forma correcta de relacionarnos interna y externamente, desde las cuales se rige el sistema de valores éticos al cual el servidor o el grupo de trabajo.

Valores: Formas de ser y de actuar de las personas que son altamente deseables como atributos o cualidades nuestras y de los demás, por cuanto posibilitan la construcción de una convivencia gratificante.

1.3 RESEÑA HISTÓRICA

En 1990 se crea como establecimiento público Distrital con Personería Jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio adscrito a la Secretaría Distrital de Salud, el Hospital de Usaquén I Nivel de Atención y se le asigna la función de sustentar administrativamente el Sistema Local de Salud - SILOS.

Siete años más tarde, el 17 de diciembre, mediante Acuerdo 17, el Concejo Distrital oficializa la creación de Empresas Sociales del Estado, entre ellas el Hospital de Usaquén, entendida como una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden Distrital y sometida al régimen jurídico establecido en la Ley 100 de 1993. Esta transformación en Empresa Social del Estado implicaba asumir diversos compromisos basados en procesos eficientes en prestación de servicios, manejo gerencial y participación ciudadana que buscan satisfacer los requerimientos del entorno obteniendo rentabilidad social financiera.

Entre 1997 y 2000 el Hospital se ve inmerso en el proceso de modernización institucional y de la mano de la Secretaría Distrital de Salud y el Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital inició el Proyecto de Fortalecimiento Estructural, el cual culminó en diciembre de 2001 dejando una entidad acorde a las necesidades que implica cumplir con su misión. Por otra parte se dio un giro a la orientación gerencial a través de la reformulación de la plataforma estratégica y de las políticas institucionales pretendiendo abrirse paso a una dinámica participativa soportada en procesos de autogestión.

En el periodo comprendido entre los años 2001 y 2009, el hospital se destacó como una institución pionera en procesos de salud pública y salud mental. Desafortunadamente cambios en la legislación y cambios frecuentes en el cuerpo directivo desembocaron en

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

un proceso de debilitamiento financiero, disminución de la planta de personal, y obsolescencia de la plataforma tecnológica.

A partir de enero de 2010 el hospital ha entrado en una época de consolidación, simplificación de procesos, renovación de su plataforma tecnológica, cumplimiento de los estándares más altos de calidad, y enfoque en la satisfacción de los usuarios, lo cual ha plasmado en siete estrategias de desarrollo a saber:

1. Aumentar los ingresos institucionales.
2. Implementar las herramientas gerenciales que permitan controlar el funcionamiento de la institución y el cumplimiento de las metas.
3. Realizar una gestión integral del Talento Humano.
4. Actualizar y rediseñar los procesos y procedimientos del Hospital.
5. Gestionar el fortalecimiento del Sistema de Información.
6. Implementar programas que mejoren la Calidad de los servicios.
7. Elevar los niveles de satisfacción de los usuarios.

1.4 NATURALEZA JURIDICA

El Hospital de Usaquén I Nivel Empresa Social del Estado fue creado mediante el Acuerdo No. 17 de 1997 "Por el cual se transforman los Establecimientos Públicos Distritales prestadores de servicios de salud como Empresa Social del Estado (...) se crea El Hospital de Usaquén I Nivel E.S.E. dotado de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, según los artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993.

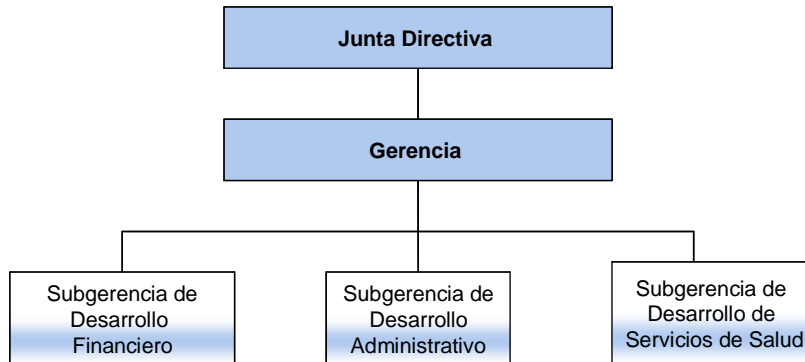
Somos uno de los 22 Hospitales que conforman la Red Pública Hospitalaria del Distrito Capital y estamos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud.

1.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y FUNCIONAL

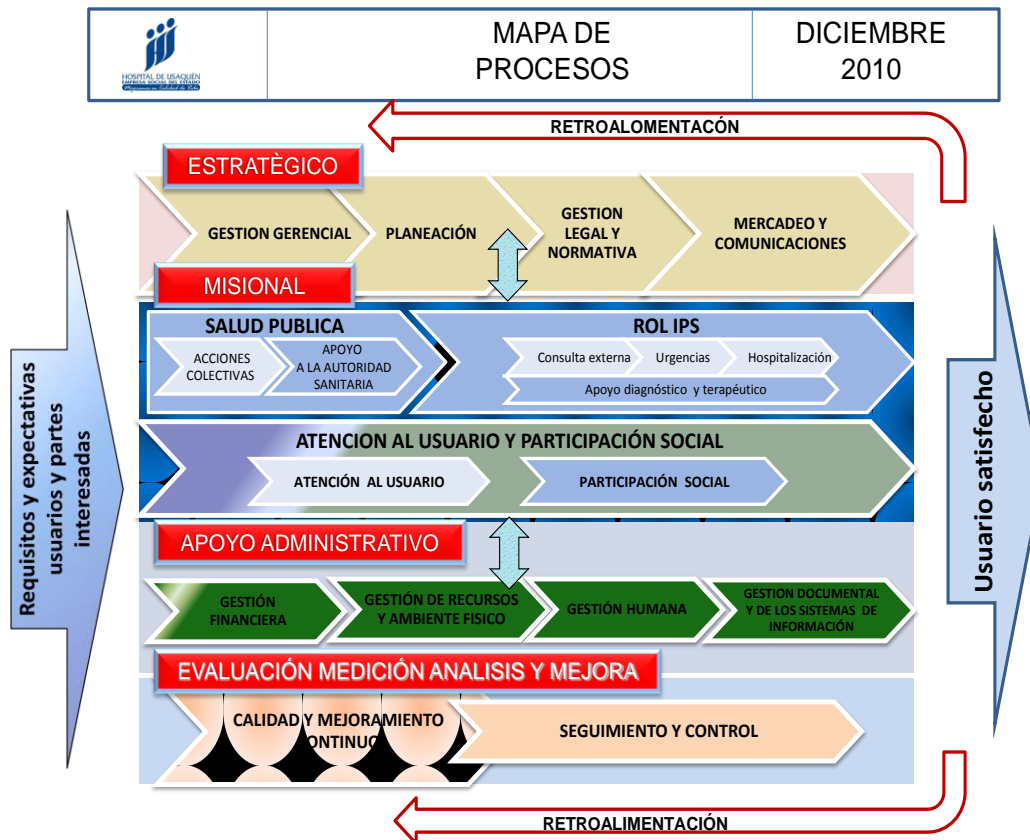
Nuestra Estructura Organizacional se compone de una Junta Directiva, la Gerencia y sus Dependencias y una Revisoría Fiscal independiente; funcionalmente estamos organizados en tres Territorios conformados por UPAS, UBAS y el CAMI los cuales se encuentran distribuidos 9 sedes a lo largo y ancho de la Localidad de Usaquén.

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

Estructura Orgánica: El Acuerdo de Junta Directiva 004 de 2007, definió la Estructura Orgánica de la entidad de la siguiente manera:



Nuestra estructura funcional se basa en la gestión por procesos la cual representamos por medio de nuestro mapa, el cual se relaciona a continuación:



<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

1.6. AMBITO DE APLICACIÓN

La condición de Empresa Social del Estado tiene una doble connotación, puesto que nos indica que debemos cumplir con una misión social que para los efectos implica atender la población pobre y vulnerable de la localidad de Usaquén, pero a la vez por ser una Empresa nos exige la autosostenibilidad económica para garantizar la supervivencia.

Así las cosas, debemos centrar la gestión del Hospital en torno a la organización de procesos y servicios enfocados a atender las necesidades y dar un trato digno a nuestros usuarios, creando un clima de confianza y legitimidad que nos permita lograr su fidelización. Al mismo tiempo nuestros procesos deben ejecutarse de acuerdo a principios de eficiencia, eficacia y efectividad, para asegurar la generación de los recursos que mantengan viable al hospital en el tiempo.

Entonces al hablar de un obrar ético nos referimos a la totalidad de los funcionarios de la institución quienes deben aportar al logro de la razón de ser de la institución, en los dos grandes enfoques mencionados.

Por lo anterior, el presente Código de Ética y Buen Gobierno es de obligatorio cumplimiento para todos los servidores públicos (planta y contrato) al servicio del Hospital en todos los niveles y dependencias.

APROBADO POR
DR. NELSON MALAVER MONTAÑA
Gerente

REVISADO POR
ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR
DE CONTROL INTERNO, LIDER DE
CALIDAD Y MEJORAMIENTO
CONTINUO

ELABORADO POR
SUBGERENCIAS, ATENCION AL
USUARIO, DESARROLLO
HUMANO, PLANEACION,
JURIDICA, CONTROL INTERNO,
CALIDAD

**CAPITULO II. PLATAFORMA ESTRATÉGICA 2010 - 2012
(ACUERDO No. 011-2010)**

1. MISIÓN

“Somos una Empresa Social de Estado, que contribuye a garantizar el ejercicio del derecho a la salud, y por ende a mejorar la calidad de vida de la comunidad de la localidad de Usaquén y del Distrito Capital, desarrollando de manera participativa servicios de baja complejidad, individuales, colectivos y multisectoriales, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.”

2. VISIÓN

“En 2012 seremos una organización reconocida a nivel distrital por prestar servicios de salud humanizados y seguros; logrando la satisfacción de nuestros usuarios y usuarias, sus familias y nuestra comunidad; garantizando nuestra rentabilidad social, sostenibilidad y progresividad financiera.”

3. VALORES ETICOS

Por Valores Éticos se entienden aquellas formas de ser y de actuar de las personas basadas en el respeto por la dignidad humana y que permiten la construcción de una convivencia gratificante.

Respeto. Tratar humanamente a las personas, reconociendo sus diferencias y considerándolas como sujetos de derechos; por ello, excluimos el maltrato, la discriminación, la agresión, la indiferencia y el desconocimiento.

Compromiso. Entregar lo mejor de nosotros mismos para el logro de la misión del Hospital, de manera constante, consciente y responsable.

Transparencia. Desarrollar nuestras funciones, de tal manera que estemos en todo momento en capacidad de pasar el escrutinio, de la sociedad, nuestros compañeros y los entes de control.

Sentido de Pertenencia: Entender el impacto de cada una de nuestras acciones en el ambiente de trabajo y el desempeño del hospital; porque con ellas determinamos el futuro de la institución y nuestra población objeto.

4. PRINCIPIOS

Los Principios del Buen Gobierno se refieren a las normas o ideas fundamentales que rigen el pensamiento y la conducta del individuo en el ejercicio de sus actividades

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

laborales y de prestación de servicios, principios que se reflejan en el fundamento jurídico de la organización, orientan la interpretación de las normas y son la base de la estructura formal de la Institución.

Integralidad. Propendemos por la articulación de respuestas sectoriales e intersectoriales, según las necesidades de nuestra comunidad. Creamos paquetes de servicios que incluyan la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, los cuidados curativos, la rehabilitación y el soporte físico, psicológico y social, de acuerdo con los problemas de salud de la población.

Servicio Humanizado y Seguro. Prestamos servicios caracterizados por la sensibilidad frente a las necesidades e inquietudes de todas las personas, incluidos nosotros mismos y nuestros compañeros, ejecutando acciones dirigidas a mitigar el riesgo.

Participación Social. Buscamos impactar sobre los determinantes de la salud, fortaleciendo la respuesta y gestión social organizada de los ciudadanos y ciudadanas, reconociendo las necesidades sociales y apoyando la movilización para la exigibilidad del derecho a la salud.

5. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Optimizar la gestión financiera y la contención de gasto del hospital para lograr un flujo de ingresos, que garanticen su rentabilidad social, su operación y su proyección futura.
2. Desarrollar de manera participativa y multidisciplinaria servicios y proyectos de salud novedosos que den respuesta a las necesidades e la comunidad.
3. Gestionar la consolidación del Sistema de Información Integrado de la institución.
4. Conformar un Sistema de Gestión, basado en el usuario y su seguridad, que integre los enfoques de Modelo Estándar de Control Interno (MECI), Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), Sistema de Gestión Documental (SGD), Sistema de Gestión Ambiental (SGA), Sistema de Salud Ocupacional (SSO).
5. Fomentar en los servidores públicos de la entidad una cultura basada en la Gestión del Talento Humano, la Seguridad del Paciente, la Humanización y el respeto de los derechos de los usuarios en la prestación de Servicios.

APROBADO POR
DR. NELSON MALAVER MONTAÑA
Gerente

REVISADO POR
ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR
DE CONTROL INTERNO, LIDER DE
CALIDAD Y MEJORAMIENTO
CONTINUO

ELABORADO POR
SUBGERENCIAS, ATENCION AL
USUARIO, DESARROLLO
HUMANO, PLANEACION,
JURIDICA, CONTROL INTERNO,
CALIDAD

6. POLÍTICAS INSTITUCIONALES

POLÍTICAS ESTRATÉGICAS

Las políticas estratégicas se encuentran reglamentadas mediante el acuerdo 011 del 2011, Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Institucional del Hospital de Usaquén E.S.E 2010 – 2012.

➤ **Política del Desarrollo Humano**

El desarrollo Humano del hospital apunta a la consolidación de una cultura organizacional favorable a la implementación de programas de Seguridad del Paciente, Humanización del Servicio y el respeto por los derechos de los pacientes, respondiendo a las necesidades de los usuarios y usuarias, sus familias y la comunidad.

➤ **Política de Desarrollo Financiero:**

Todas las áreas del hospital se comprometerán con el aumento de los ingresos por la venta de servicios, junto con la disminución de los costos debidos a la ineficiencia y la no calidad.

➤ **Política de la Gestión de la Información**

La Gestión de la Información del hospital debe garantizar la transparencia y trazabilidad de la totalidad de los procesos, la seguridad y confidencialidad de los datos y la exactitud de los informes que emite.

➤ **Política de la Gestión Ambiental**

La Gestión Ambiental del hospital debe ser interiorizada por nuestros colaboradores y superar la normatividad existente. Aportando a la protección del medioambiente donde laboramos y donde vive nuestra comunidad.

POLÍTICAS OPERACIONALES

Para asegurar el desarrollo de las políticas estratégicas se definieron las siguientes políticas operacionales:

➤ **Política del Desarrollo Humano**

✓ **Políticas para la Gestión Ética**

El Hospital de Usaquén se compromete a luchar contra la corrupción, para lo cual creará compromisos tendientes a lograr este objetivo por parte de sus servidores públicos y contratistas.

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

En el marco de lo expuesto, la Entidad se compromete a capacitar a sus altos directivos y demás equipo humano (también a sus grupos de interés cuando lo crea conveniente) en políticas y acciones anticorrupción.

En el desarrollo de esta política de lucha anticorrupción, la Entidad vinculará a la ciudadanía por medio de los mecanismos de participación ciudadana para el control social de la gestión.

✓ ***Política del Talento Humano para la Gestión Ética***

El Hospital de Usaquén desarrollará el Sistema de Gestión por Competencias que busca adoptar los procedimientos de la gestión humana para elevar significativamente la productividad de los cargos de la Institución, de igual manera todas las actividades concernientes a la salud ocupacional de nuestros servidores, al bienestar social de los mismos y sus familias, como a los programas de capacitación.

Así mismo asumimos un compromiso frente a nuestros servidores a implementar acciones que garanticen su motivación y capacitación permanente y la compensación oportuna, como requisitos para el logro del mejoramiento continuo en nuestra organización.

✓ ***Política de Control Disciplinario***

El Hospital de Usaquén se compromete a impulsar prácticas de probidad y a luchar contra la corrupción en el servicio público, propiciando actividades de capacitación a los servidores de la institución en hábitos de buen servicio y en acciones anticorrupción, así mismo, vinculará a la ciudadanía por medio de los mecanismos de participación ciudadana dispuestos para el control social de la gestión

✓ ***Política de Control Interno***

El Hospital de Usaquén se compromete a implementar y aplicar el Modelo de Control Interno que la norma legal defina para la entidad, así como velar por su cumplimiento por parte de todos los servidores de la entidad, observando los principios que allí se establezcan, de la misma forma, se compromete a mantener unas relaciones armónicas con los Órganos de Control.

✓ ***Política de Salud Ocupacional***

La Gerencia manifiesta su interés y compromiso en lo que respecta al diseño, implementación y mantenimiento permanente del Programa de Salud Ocupacional a fin de generar en todos los niveles de la organización procesos que propendan por la mejora continua de las condiciones de calidad de vida, salud e integridad de los servidores y usuarios, mediante una cultura de promoción y prevención de enfermedades profesionales, accidentes e incidentes de trabajo.

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

✓ ***Política de Emergencias***

El Gerente del HOSPITAL USAQUEN I NIVEL E.S.E. comprometido con la cultura de la prevención y la preparación en la gestión del riesgo y en congruencia con su modelo de atención en la prestación de servicios de salud que aporten al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios internos y externos de la localidad de Usaquén, aprueba el presente documento el cual representa el trabajo, la participación, y el compromiso del personal que conforman los grupos de apoyo, el Comité Hospitalario de Emergencias y la Brigada de Emergencias en el Hospital, con la confianza que contribuya a tomar las medidas necesarias en materia de prevención y/o actuación ante una emergencia, velando siempre por el bienestar de los Empleados, contratistas, visitantes y comunidad circundante.

✓ ***Política de Infecciones Intrahospitalarias***

El Hospital Usaquén ESE y la alta gerencia dando cumplimiento a la normatividad vigente, busca identificar los factores de riesgo relacionados con las infecciones asociadas al cuidado de la salud con el fin de prevenirlas y controlarlas para así mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, minimizando la ocurrencia de los eventos adversos, fomentando el autocontrol, la corresponsabilidad en el usuario la familia y en la comunidad.

➤ **Política de Desarrollo Financiero:**

✓ ***Política de Contratación***

En el manejo de las relaciones comerciales y contractuales con proveedores y contratistas, El Hospital se ajustará a los principios de buena fe, transparencia, igualdad, responsabilidad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad, objetividad y publicidad; principios que son desarrollados a través de la libre competencia, capacidad de pago y experiencia, escogencia del mejor postor, información clara de las posibilidades comerciales y el respeto a las marcas y a la propiedad industrial.

Las decisiones de contratación deben basarse principalmente en el análisis de las condiciones técnicas, comerciales y económicas que sean más favorables para el Hospital. Al celebrar y ejecutar un contrato, el Hospital tendrá en consideración que con ello se persigue el cumplimiento de la continua y eficiente prestación del servicio público de salud y la efectividad de los derechos e intereses de los usuarios.

➤ **Política de la Gestión de la Información**

✓ ***Compromiso con la Comunicación Pública***

El Hospital de Usaquén se compromete a asumir la comunicación y la información como bienes públicos, a diseñar e implementar estrategias orientadas hacia el

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

fortalecimiento de la cultura, identidad e imagen institucional con el propósito de cumplir los objetivos misionales manteniendo una interacción constante con la comunidad, medios de comunicación y cliente interno, para lo cual las acciones comunicativas se efectuarán de acuerdo con los parámetros que establezcan los procesos comunicativos y el plan de comunicación de la entidad.

✓ **Compromiso con la Comunicación Organizacional**

La comunicación organizacional está orientada hacia la difusión de la plataforma estratégica, las políticas, el modelo de operación y la información generada al interior de la entidad con el propósito de comprender nuestra misión y contribuir al logro de nuestra visión.

✓ **Compromiso con la Divulgación de la Información.**

El Hospital de Usaquén se compromete a garantizar la difusión de información sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia, transparente y confiable hacia la comunidad en general, nuestros usuarios, órganos de control y otros grupos de interés

El Hospital de Usaquén se compromete a adelantar estrategias de rendición de cuentas a la ciudadanía, por medio de las cuales se responde públicamente por las funciones encomendadas, los recursos, los planes, programas y servicios asignados por la constitución y la ley.

En cuanto al derecho de petición, el Hospital de Usaquén se compromete a dar respuesta oportuna y de fondo a las peticiones planteadas por la comunidad, con el fin de que el acceso a la información sea eficaz.

✓ **Compromiso de Gobierno en Línea**

Con el fin de promover la transparencia y la integración de los usuarios con el Hospital, este se compromete mediante la democratización de la información a diseñar y mantener un portal WEB de acuerdo con las guías y normatividad del gobierno electrónico.

✓ **Política de Planeación de Informática**

El Hospital de Usaquén da cumplimiento a los procesos de planeación de sistemas del Distrito, los cuales permiten el fortalecimiento de los esquemas de coordinación tecnológica en la institución, contribuyendo con el desarrollo procesos continuos, ordenados, escalables y flexibles con enfoque en el servicio a la comunidad y la ciudadanía.

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

✓ **Política de Seguridad y Control de la Información**

Debido a la creciente utilización de las TIC, el Hospital de Usaquén contribuye al cumplimiento de la misión del Distrito y la prestación de servicios a la ciudadanía, haciendo evidente la exposición a ciertos riesgos que deben minimizarse para garantizar la seguridad de la información en aspectos tales como disponibilidad, confiabilidad, accesibilidad e integridad de la misma.

✓ **Política de Democratización de la Información**

El Hospital de Usaquén da cumplimiento mediante el uso de la tecnología actual, de los diferentes servicios de información y en especial con Internet, promoviendo el acceso a la información pública de interés del ciudadano, manteniendo los principios de privacidad establecidos.

✓ **Política de Calidad de la Información**

El Hospital de Usaquén brinda servicios de información, datos, software, hardware y contenidos, los cuales se encuentran enmarcados en procesos que conlleven al cumplimiento de las especificaciones de presentación, diferenciación, fiabilidad, conformidad, duración, estética, utilidad y asistencia aplicables en cada caso.

✓ **Política de Racionalización del Gasto de la Información**

El Hospital de Usaquén racionaliza la utilización de tecnologías de información y comunicaciones de manera que se rentabilicen plenamente las inversiones y se eviten altos costos en el desarrollo de proyectos, en la duplicidad de sistemas de información; generando una mecánica de cooperación interinstitucional actuando no como entidad independiente sino integralmente como Distrito de manera que se genere valor agregado para las instituciones y se ofrezca un servicio eficiente a los ciudadanos.

✓ **Política de Información**

El hospital de Usaquén concibe que la información es uno de sus activos más importantes, por lo tanto dispondrá de los recursos y mecanismos tecnológicos suficientes, necesarios y de mejores prácticas para la captura, almacenamiento y procesamiento de la misma, asegurando en todo momento su integridad, disponibilidad y confidencialidad. Esta política se materializa por medio del cumplimiento que se le dé al reglamento del uso saludable de la información y su tecnología, el cual se encuentra compuesto por temáticas, las cuales se nombran a continuación:

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

❖ **Medio Ambiente en el Manejo de la Información:** El Hospital de Usaquén da cumplimiento a los siguientes lineamientos que contribuyen al uso saludable de la tecnología disponible para la institución, a los cuales se debe dar cumplimiento en la ejecución de las actividades concernientes a cada servidor. Estos son:

- Se prohíbe ingerir alimentos, fumar o hacer uso de cualquier elemento que dañe los equipos de cómputo institucionales.
- Deben mantener el escritorio o mesa de trabajo limpio: libre de humedad, líquidos y equipos o materiales que produzcan electrostática. Recordando que la información almacenada en medios magnéticos al igual que la documental es sensible a estos agentes y puede sufrir pérdida y/o deterioro.
- Cualquier alteración o modificación de la estructura física de la Red (cableado estructurado) no se podrán hacer sin la coordinación y autorización de la oficina de sistemas.
- El centro de cómputo o áreas que la entidad considere críticas, deben ser lugares de acceso restringido y solo podrá ingresar el personal autorizado.
- Toda persona que se encuentre dentro del HOSPITAL DE USAQUEN deberá portar su identificación en lugar visible.
- Las centrales de conexión o centros de cableado deben ser catalogados como zonas de alto riesgo, con limitación y control de acceso.
- Se prohíbe el uso de la red regulada de energía para conectar equipos eléctricos diferentes a su equipo de cómputo, como, cargadores de celulares, grabadoras, electrodomésticos, fotocopiadoras y en general cualquier equipo que genere sobre tensiones de energía eléctrica.

❖ **Uso del Correo Electrónico**

El Hospital de Usaquén da cumplimiento a los siguientes lineamientos que contribuyen al uso saludable del correo electrónico institucional:

- El correo electrónico debe usarse de manera profesional y cuidadosa dada su facilidad de envío y redirección.
- Se prohíbe el envío de mensajes publicitarios, racistas, religiosos, obscenos, comerciales o políticos con o sin ánimo de lucro a otros usuarios que pertenezcan a la red.
- Los mensajes de correo electrónico deben ser borrados una vez que la información contenida en ellos ya no sea de utilidad, previo respaldo de los mensajes que se determinen de interés o importantes para su permanencia.
- Los correos no leídos, pasados 60 días serán borrados sin previo aviso.
- El tamaño máximo permitido de archivos adjuntos anexos es de 1 MB. En caso que sea necesario enviar información de mayor volumen, se debe comprimir en múltiples volúmenes. (Archivos comprimidos y particionados en tamaños iguales o inferiores a 1,2 MB)

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

- Para evitar la propagación de virus, pornografía y publicidad no deseada. Se prohíbe el reenvío de correos masivos (Cadenas).
- Todo contenido activo y sospechoso en correo electrónico no detectado por el firewall y/o los filtros Anti Spam, debe ser removido durante la recepción sin ser leído o abierto.

❖ **Uso del Servicio de Transferencia (FTP)**

El Hospital de Usaquén da cumplimiento a los siguientes lineamientos que contribuyen al uso saludable del servicio de transferencia (FTP):

- El servicio de transferencia de archivos (FTP) es utilizado en el hospital para publicar y consultar información de interés colectivo en múltiples formatos y tamaños.
- La información allí almacenada depende de la unidad funcional que la aloja y/o actualiza por tanto es la única responsable del contenido.
- Se prohíbe la eliminación y/o modificación de archivos por parte de un funcionario y/o colaborador diferente a quien publica la información.
- Se prohíbe la publicación de documentos publicitarios, racistas, religiosos, obscenos, comerciales o políticos con o sin ánimo de lucro.
- Se prohíbe la publicación de archivos de interés particular ó sin ninguna relación con las actividades propias del hospital en cualquiera de sus roles.

❖ **Uso del Servicio de Internet**

Los funcionarios y/o colaboradores que hayan recibido aprobación para tener acceso a Internet a través de la red del HOSPITAL DE USAQUEN, deberán aceptar, respetar y aplicar las políticas y prácticas de uso de Internet implantadas en el FIREWALL del Hospital. Las cuales se nombran a continuación:

- En cualquier momento que un funcionario y/o colaborador publique un mensaje en un grupo de discusión de Internet, en un boletín electrónico, o cualquier otro sistema de información público, este mensaje debe ir acompañado de un mensaje que indique que su contenido no representa la posición del HOSPITAL DE USAQUEN.
- Esta totalmente prohibido el ingreso a paginas de contenido pornográfico, descarga de programas que permitan realizar conexiones automáticas o visores de sitios clasificados como pornográficos, la utilización de los recursos para distribución o reproducción, de este tipo de material ya sea vía Web o medios magnéticos.
- El uso del Chat "Charla" está prohibido y solamente se permitiría si se demuestra finalidad laboral. En todo caso se debe hacer de manera responsable y manteniendo en todo momento un vocabulario respetuoso.

❖ **Uso de los Recursos Informáticos**

El Hospital de Usaquén da cumplimiento a los siguientes lineamientos que contribuyen al uso saludable de los recursos informáticos:

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

- Ningún usuario de la red de datos del HOSPITAL DE USAQUEN podrá modificar los archivos de otros usuarios sin contar previamente con su directa autorización. Si un usuario desea que parte de su información pueda ser modificada, debe almacenar esta información en una carpeta de su equipo denominada PUBLICA y con control total sobre la misma. La pérdida o deterioro de la información allí expuesta, es solo responsabilidad del usuario en mención.
- Los usuarios de la red de datos del HOSPITAL DE USAQUEN, no podrán realizar trabajos que consuman recursos de cómputo que afecten a los demás usuarios sin la debida y previa autorización del administrador de la red. Incluye archivos multimedia que no hacen parte de las actividades propias de los funcionarios y/o colaboradores del HOSPITAL DE USAQUEN.
- La oficina de sistemas del HOSPITAL DE USAQUEN es la única que puede crear o suprimir cuentas, de acuerdo a las necesidades de cada usuario.
- Nadie debe usar la identificación, identidad o contraseña de otro usuario, y de la misma manera ninguno debe dar a conocer su contraseña o identificación a otro, excepto en casos que faciliten la reparación o el mantenimiento de algún servicio o equipo. Los usuarios son responsables de todas las actividades llevadas a cabo con su código de identificación de usuario y sus claves personales. (Contenido de las contraseñas)
- Los usuarios de la red de datos del HOSPITAL DE USAQUEN, no podrán realizar trabajos que consuman recursos de cómputo que afecten a los demás usuarios sin la debida y previa autorización del administrador de la red. Incluye archivos multimedia que no hacen parte de las actividades propias de los funcionarios y/o colaboradores del HOSPITAL DE USAQUEN

❖ **Uso de Software**

El Hospital de Usaquén da cumplimiento a los siguientes lineamientos que contribuyen al uso saludable del software:

- Todo el software que utilice el HOSPITAL DE USAQUEN debe ser adquirido de acuerdo con las normas vigentes y siguiendo los procedimientos específicos de la entidad, convenios y/o reglamentos internos.
- Se prohíbe Instalar (Material no permitido) o borrar programas (software) o cambiar las configuraciones del sistema (Incluido protectores de pantalla). Los derechos de Propiedad Intelectual otorgados a través de las respectivas autorizaciones (Licencias) de uso de Soporte lógico - Software, están amparados legalmente.
- Todo usuario deberá revisar sus medios de almacenamiento extraíbles, (discos, memorias, ipod, palms, etc.) en su computador, con el propósito de evitar posible infección con un virus informático.
- Se permite el uso de software libre, siempre y cuando sirva de apoyo a actividades informáticas acordes con los procesos administrativos y/o misionales del HOSPITAL.

❖ **Uso de Hardware**

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

El Hospital de Usaquén establece los siguientes lineamientos que contribuyen al uso saludable del hardware:

- Ningún usuario podrá Intentar modificar, reubicar o sustraer equipos de cómputo, software, información o periféricos sin la debida autorización.
- El equipo de cómputo deberá ser apagado si no se pretende usar por un tiempo mínimo de 30 minutos.
- El equipo de computo debe ser apagado (incluye monitor, estabilizador, impresora, scanner, etc) al terminar la jornada de trabajo.

❖ **Copia de Seguridad de la Información**

Los funcionarios y/o colaboradores del HOSPITAL DE USAQUEN son responsables de los respaldos de su información en los computadores personales asignados como herramienta para el desempeño de sus actividades, siguiendo las indicaciones y/o procedimientos técnicos sugeridos por la oficina de sistemas. En donde los administradores de bases de datos y de los servicios de red, son los responsables de los respaldos de las bases de datos y configuraciones de los servidores.

❖ **Confidencialidad de la Información**

Los funcionarios y/o colaboradores del HOSPITAL DE USAQUEN que hagan uso de los Recursos Informáticos, tienen la responsabilidad de velar por la integridad y la confidencialidad de la información que maneje y prevenga la pérdida, el acceso no autorizado, la exposición y utilización indebida de la misma; para ello deberá custodiar y organizar la documentación e información que por razón de su objeto contratado conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, de acuerdo al proceso de gestión documental y de los sistemas de información establecidos en la entidad e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización.

✓ **Política en Gestión Documental**

El proceso de Gestión Documental se enfoca en garantizar el correcto funcionamiento del ciclo vital del documento que comprende las actividades de producción, recepción, distribución, tramite, organización, consulta, conservación, y disposición final especificada en los siguientes procedimientos archivísticos con el fin de atender y dar respuesta oportunamente al usuario interno y externo en el Hospital de Usaquén Nivel E.S.E según los tiempos establecidos por la ley:

- Recepción y distribución de correspondencia interna y externa
- Control y Registro de Documentos
- Elaboración y Aplicación de Tablas de Retención Documental
- Traslado documental

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

- Préstamo Documental
- Eliminación Documental
- Manejo de Historia Clínica

Esta política es contemplada de acuerdo a la Ley General de Archivos y Decreto 514 de 2006 (SIGA¹) y será difundida y aplicada obligatoriamente para todos los funcionarios y contratistas del Hospital de Usaquén I Nivel E.S.E con el fin facilitar y asegurar la confidencialidad e integralidad de la documentación apoyando así la gestión en los procesos estratégicos, misionales, apoyo, análisis y mejora de la institución.

✓ ***Política Frente a los Órganos de Control Externo***

El Hospital de Usaquén I Nivel E.S.E. En cabeza de la Alta Dirección se compromete a mantener unas relaciones armónicas con los Órganos de Control y a suministrar la información que legalmente estos requieran en forma oportuna, completa y veraz para que puedan desempeñar eficazmente su labor. Igualmente, se comprometen a implantar las acciones de mejoramiento institucional que los órganos de control recomienden en sus respectivos informes.

➤ ***Política de La Gestión Ambiental***

✓ ***Política Ambiental***

El Hospital de Usaquén, se compromete a prevenir la contaminación y disminuir los impactos ambientales generados en el desarrollo de todos sus procesos, buscando la mejora continua, mediante el uso eficiente de sus recursos, el desarrollo de programas ambientales y de salud pública; dando cumplimiento constante a los objetivos, metas y a la normatividad ambiental y sanitaria vigente.

✓ ***Política Uso y Reúso de Dispositivos Médicos***

El Hospital de Usaquén, se compromete con el manejo y disposición de los medicamentos y dispositivos médicos y con la seguridad del usuario, definiendo los dispositivos médicos que se reúsan en nuestra institución y el manejo que se le da a los mismos para garantizar seguridad en su uso y reducir riesgos a nuestros usuarios

✓ ***Política de Reenvase***

El Hospital de Usaquén, se compromete con el manejo y disposición de los medicamentos y dispositivos médicos y con la seguridad del usuario, estableciendo los lineamientos para el manejo de soluciones antisépticas y desinfectantes que se reenvasan o se reempacan con el fin de evitar la contaminación y crecimiento

¹ SIGA Subsistema Interno de Gestión Documental y Archivos –Decreto 514 de 2006- Archivo de Bogotá- Alcaldía Mayor de Bogotá.

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

bacteriano en las soluciones antisépticas y desinfectantes durante el proceso de reenvase.

POLÍTICAS TRANSVERSALES

Asegurando el cumplimiento de forma transversal dentro de la gestión institucional, se tienen establecidas las siguientes políticas:

➤ **Política de Responsabilidad Social Empresarial**

Las directivas y los servidores públicos del hospital se comprometen a orientar todas las decisiones, objetivos y acciones para consolidar el Hospital como Institución Socialmente Responsable y consecuentemente con ello, facilitar el logro de resultados positivos en los componentes económicos, ambientales y sociales que se reflejen en beneficios para los diferentes grupos de interés (Pacientes, Servidores Públicos, Proveedores, Comunidad, Administración Pública, Junta Directiva) y en sus logros estratégicos.

➤ **Política de Calidad en la Prestación de Servicios**

El HOSPITAL USAQUEN está comprometido con la realización de acciones en salud, soportados en condiciones de calidad tanto técnica, administrativa, tecnológica y científica, proporcionando servicios individuales y colectivos que satisfagan las necesidades de nuestros usuarios y clientes institucionales, mediante la mejora continua en los procesos y servicios.

➤ **Política de Riesgos**

El Hospital de Usaquén se compromete a adoptar mecanismos y acciones necesarias para la gestión integral de riesgos, de tal forma que se prevengan o minimice su impacto. Para ello adoptará mecanismos que permitan identificar, analizar, valorar, priorizar y administrar los riesgos propios de la operación, acogiendo una autorregulación prudencial. La Entidad determinará su nivel de exposición concreta a los impactos de cada uno de los riesgos para priorizar su tratamiento, y estructurará criterios orientadores en la toma de decisiones respecto de los efectos de los mismos.

➤ **Política de Seguridad del Paciente**

La gerencia del Hospital de Usaquén I nivel E.S.E y sus colaboradores se comprometen con el mejoramiento continuo, generando condiciones de seguridad para sus usuarios, familia y comunidad, mediante la implementación de prácticas seguras en sus procesos asistenciales y administrativos para minimizar la ocurrencia de eventos adversos, fomentando la cultura del autocontrol en el personal, el reporte y la gestión de riesgos en un ambiente de confidencialidad, respeto y confianza dando cumplimiento a la normatividad vigente.

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---



CODIGO DE ETICA Y BUEN GOBIERNO

Código: U120D-CD000
Fecha: 22/06/2011
Versión: 4 (Cuatro)
Página 23 de 45

APROBADO POR
DR. NELSON MALAVER MONTAÑA
Gerente

REVISADO POR
ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR
DE CONTROL INTERNO, LIDER DE
CALIDAD Y MEJORAMIENTO
CONTINUO

ELABORADO POR
SUBGERENCIAS, ATENCION AL
USUARIO, DESARROLLO
HUMANO, PLANEACION,
JURIDICA, CONTROL INTERNO,
CALIDAD

CAPITULO III. NORMAS DE AUTORREGULACIÓN Y BUEN GOBIERNO

1. MECANISMOS PARA LOGRAR UN BUEN GOBIERNO

- **Adoptar** los principios y valores éticos como esencia fundamental e inspiradora del buen gobierno y tenerlos presentes en todas nuestras actividades laborales y de prestación de servicios.
- **Obrar** con buena fe, diligencia y preservación del buen nombre del Hospital.
- **No aconsejar ni intervenir** en situaciones que permitan, amparen o faciliten actos incorrectos o punibles o que puedan utilizarse para confundir o sorprender la buena fe de terceros o usarse en forma contraria al interés público.
- **Comunicar oportunamente** a los superiores jerárquicos inmediatos todo hecho irregular cometido por parte de otro funcionario o tercero que afecte o pueda lesionar los intereses institucionales.

2. RESPETO AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO

A través de la puesta en práctica del Código, se obtendrán mayores índices de satisfacción que redundarán en la fidelización de nuestros usuarios y nos permitirá crecer en el competido mercado de la salud, puesto que los usuarios fieles generan recomendaciones positivas a otros clientes potenciales y facilitan el camino para la consecución de oportunidades de negocio.

Es por ello que se requiere de la participación activa de todos los empleados y prestadores de servicio de la Institución, inculcando y poniendo en práctica uno de los valores más representativos del Buen Gobierno, como lo es el **RESPETO**, el cual debe destacarse desde las mismas relaciones laborales y en nuestra interacción diaria con los usuarios. Por lo tanto cada uno de los funcionarios debe asumir unas pautas de actuación sencillas pero de gran impacto positivo, como son:

- **Facilitar** su localización cuando se desplacen entre las instalaciones del Hospital
- **Prestar** ayuda a cualquier cliente interno/externo que lo requiera
- **Cumplir** las disposiciones internas, procedimientos y plazos
- **Terminar** las actividades y trabajos dentro del plazo previsto
- **Mantener** un comportamiento profesional en horas de servicio

APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente	REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO	ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD
---	--	---

- **Mantener** la cortesía en el trato a superiores jerárquicos, compañeros y subalternos

3. INTERACCIONES DEL HOSPITAL Y EL CLIENTE EXTERNO

Relación entre el Hospital y los Usuarios

Los usuarios tienen representados sus intereses a través de la Asociación de Usuarios, además de contar con las puertas abiertas del Área de Desarrollo Participativo, desde donde se impulsan los procesos de participación social y se brinda atención al Usuario para la gestión de las sugerencias, quejas y reclamos y se les orienta en lo referente a servicios y formas de acceso a la atención en salud.

De acuerdo con la RESOLUCION 084 DE 2010, el hospital ajusta la estructura y funcionalidad del Comité de Ética Hospitalaria, el cual entre sus funciones tiene algunas destinadas a defender los derechos de los pacientes, a saber:

- **Promover** programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servicio público.
- **Divulgar** entre los funcionarios y la comunidad usuaria los derechos y deberes en salud.
- **Velar** porque se cumplan en forma ágil y oportuna, los derechos y deberes tanto del paciente como del profesional que presta el servicio.

Relación entre el Hospital y la Comunidad

La Institución tiene como espacio de interacción con la Comunidad, El Comité de Participación Comunitaria COPACO y diversas reuniones con líderes y voceros de las comunidades, las cuales son escenarios de acercamiento y seguimiento a las inquietudes, reclamaciones y propuestas de los ciudadanos.

Relación entre el Hospital y los Órganos de Control

El Hospital es una Empresa Social del Estado que hace parte de las entidades públicas del Distrito; como entidad adscrita a la Secretaría Distrital de Salud está bajo su tutela y sujeta al control ejercido por la Contraloría, la Personería Distrital y demás entes de control que aplican para las entidades del orden distrital.

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

Y como refuerzo a los controles antes mencionados, el Hospital cuenta con la auditoría independiente de la Revisoría Fiscal que reporta su gestión a la Junta Directiva.

4. USUARIO COMO RAZÓN DE SER DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Como todos los esfuerzos del Hospital deben orientarse a lograr la satisfacción y fidelidad de los usuarios actuales y de los potenciales clientes que conforman el mercado de la salud, es imperativo que nuestro recurso humano esté en capacidad de:

- 4. Realizar** todas las actividades conforme a los estándares definidos en los programas de calidad en la prestación de servicios.
- 5. Poseer** conocimientos del funcionamiento del Hospital, y desarrollar los conceptos básicos de la atención y satisfacción del usuario como razón de ser de la Institución.
- 6. Obrar** con rapidez y oportunidad en la respuesta a cualquier necesidad puntual de los usuarios.
- 7. Evitar** la confrontación entre usuarios y empleados de manera que ganemos confianza y credibilidad con el cliente externo.

5. VOCABULARIO DE ACERCAMIENTO CON EL CLIENTE

EVITAR

Se solicita que en el trato al usuario se debe eliminar el uso de frases como:

1. yo no sé
2. tendrá que esperar
3. ustedes los usuarios se quejan demasiado
4. lo siento pero yo no estoy autorizado
5. son las normas de la Empresa
6. es imposible hacerlo
7. estoy solo
8. no tengo tiempo

APROBADO POR
DR. NELSON MALAVER MONTAÑA
Gerente

REVISADO POR
ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR
DE CONTROL INTERNO, LIDER DE
CALIDAD Y MEJORAMIENTO
CONTINUO

ELABORADO POR
SUBGERENCIAS, ATENCION AL
USUARIO, DESARROLLO
HUMANO, PLANEACION,
JURIDICA, CONTROL INTERNO,
CALIDAD

ES RECOMENDABLE:

En el trato al cliente debe promoverse el uso de frases como:

- buenos días señor o señora (por su nombre)
- ¿En que le puedo servir?
- gracias
- si, por supuesto
- enseguida lo atiendo
- ahora mismo le informo
- siéntese por favor
- bienvenido
- vuelva pronto

Todos los empleados y prestadores de servicios del Hospital debemos convertirnos en expertos en resolver situaciones difíciles de manera que logremos la verdadera satisfacción de nuestros usuarios y de esta forma multiplicar su fidelidad. Es una tarea difícil y delicada que requiere una atención minuciosa hacia el aspecto humano de la relación con el usuario, pero es la manera más eficaz de conservar al cliente y menos costosa que implementar campañas publicitarias de nuestros servicios.

6. PROHIBICIONES PARA EL CLIENTE INTERNO

En nuestra el hospital está prohibido:

- **Utilizar** los medios y recursos de la Empresa en beneficio propio o de un tercero
- **Ocultar** información relevante para la adecuada prestación de servicios
- **Utilizar** indebidamente información privilegiada
- **Incumplir** las disposiciones internas como circulares, instrucciones y memorandos

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

- **Evadir** el cumplimiento de los procedimientos establecidos

7. TRANSPARENCIA - INFORMACIÓN DE ACTOS Y CONTRATOS EXPUESTOS AL CONOCIMIENTO Y LA PARTICIPACIÓN PÚBLICA

La entidad adelantará los procesos de expedición de actos y celebración de contratos, de tal forma que garantice el libre acceso y participación a las personas naturales y jurídicas que manifiesten interés en contratar o hacer parte de los mismos, con el lleno de los requisitos legales. El hecho de consagrar el proceso como algo público, implica que la contratación y las actividades que se lleven a cabo están sometidas al control social, conforme a la veeduría que cualquier ciudadano puede hacer para contribuir con la buena administración de los recursos públicos.

Dichas actuaciones se llevarán a cabo de manera objetiva asegurando la imparcialidad y la igualdad de oportunidades para toda persona natural o jurídica que se considere con las capacidades necesarias para participar o cumplir con el objeto de cualquier tipo de convocatoria.

Desarrollar la gestión sujeta al escrutinio público, creando las condiciones para que cualquier ciudadano pueda revisar e informarse acerca de nuestras actuaciones, le permite a la Institución fortalecer y profundizar en la confianza y legitimidad, allanando el camino para aumentar el reconocimiento y aceptación social.

APROBADO POR
DR. NELSON MALAVER MONTAÑA
Gerente

REVISADO POR
ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR
DE CONTROL INTERNO, LIDER DE
CALIDAD Y MEJORAMIENTO
CONTINUO

ELABORADO POR
SUBGERENCIAS, ATENCION AL
USUARIO, DESARROLLO
HUMANO, PLANEACION,
JURIDICA, CONTROL INTERNO,
CALIDAD

CAPITULO IV. CODIGO DE ETICA

En razón a que el presente Código hace parte de los principios corporativos y valores del **Hospital de Usaquén I Nivel E.S.E**, sus postulados deberán ser asumidos por todos sus empleados y prestadores de servicios independiente de su modalidad de contratación.

Como punto de partida deben tenerse en cuenta las premisas contenidas en la Constitución Política de Colombia para la prestación de servicios de salud. El artículo 49 establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Así mismo, define las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determina los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizan en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

1. OBJETIVOS

El presente Código de Ética tiene por objeto facilitar a todos los funcionarios:

- **Cumplir** con la Constitución y la ley
- **Establecer** reglas claras de conducta
- **Denunciar** las actividades presuntamente delictivas
- **Resolver** conflictos de interés que puedan afectar a los Directivos, Funcionarios y Contratistas del Hospital
- **Procurar** el desarrollo de los valores éticos en la Institución
- **Realizar** la gestión dentro de los principios de la ética empresarial
- **Fomentar** el compromiso y pertenencia a la Institución

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

2. PAUTAS GENERALES PARA LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS DE LA INSTITUCIÓN

- a) **El actuar dentro del Hospital** requiere observar principios corporativos y lo dispuesto por las normas que rigen la conducta de los servidores públicos, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.
- b) El talento humano al servicio del Hospital **desarrollará sus actividades** con rectitud y sentido profesional, con respeto, pertenencia, solidaridad, participación, productividad, eficiencia, ética, responsabilidad, compromiso, honestidad, transparencia, calidad y filosofía empresarial.
- c) Los empleados y prestadores de servicios **realizarán su gestión** sin administrar negocios contrarios a las políticas y principios de la Institución, o que puedan perjudicar la completa dedicación o el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades. Igualmente, en la celebración de contratos, administración de recursos y en general en las relaciones jurídicas y/o comerciales que se establezcan con terceras personas naturales o jurídicas públicas o privadas, todos los funcionarios y personal al servicio del Hospital sin excepción deberán velar exclusivamente por la tutela y protección de los intereses de la Institución, sin privilegiar intereses propios o de terceros.
- d) Toda acción institucional **se realizará** buscando el cumplimiento de los fines corporativos.
- e) El talento humano deberá proponerse **realizar todas las acciones tendientes** a mejorar constantemente su rendimiento, procurando capacitarse y actualizarse en los conocimientos y técnicas necesarias para el cumplimiento de sus funciones, partiendo de su capacidad y formación individual, aprovechando los medios que la institución facilite para tal efecto.
- f) La protección de los bienes del Hospital y los de terceros asignados a su uso o custodia son responsabilidad del talento humano al servicio del Hospital, quienes **los cuidarán, aprovechándolos al máximo** en el cumplimiento de los objetivos y metas empresariales. Estos bienes, vehículos, equipos y elementos de trabajo, **no se utilizarán** para fines distintos a las funciones públicas asignadas. Se velará por su conservación, informando diligentemente de los riesgos, daños o pérdidas que se presenten.
- g) Corresponde a todo el personal del Hospital, **realizar un manejo transparente de los recursos** entregados para cumplir sus funciones, de conformidad con las disposiciones internas que se encuentren vigentes.

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

- h) Quienes se vinculen como funcionarios y contratistas del Hospital lo harán con fundamento en sus méritos profesionales, experiencias y en sus cualidades humanas. En el proceso de selección, como en todos los demás procesos que se adelanten en la Entidad, **se obrará con honestidad y transparencia**, en beneficio de la organización.
- i) La información para la selección de candidatos a un cargo es confidencial. Así mismo, **se verificarán** los certificados de estudio y experiencia profesional y **se comprobarán** las referencias y documentos de idoneidad, sin aceptar presiones o influencias indebidas por parte de empleados o directivos o de personas ajenas a la Institución.

3. PAUTAS SOBRE EL TALENTO HUMANO, EL MANEJO DE LA INFORMACION CONFIDENCIAL Y LA LEALTAD CON LA INSTITUCION

- Los asuntos que impliquen reserva por estar amparados por reserva legal o bancaria, los datos personalísimos de los directivos y funcionarios o beneficiarios y todos los asuntos que tengan relación con el “know how” de la Empresa, **no podrán ser divulgados** ni utilizados en provecho propio o de un tercero.
- Los empleados y prestadores de servicio **evitarán actuar o suministrar** información con el propósito de favorecer, perjudicar o lesionar a cualquier persona, en la adjudicación de contratos y en general en los procesos que adelante la entidad, en desarrollo de su actividad contractual.
- Corresponde a todos los empleados **velar** por el buen nombre de la Institución, dentro y fuera de ella, y hacer con ánimo constructivo, las observaciones y sugerencias que permitan elevar la calidad de los servicios, corregir posibles errores y al mismo tiempo, fomentar un clima de comunicación basado en el respeto, la cooperación, la lealtad y el trabajo en equipo.

4. PAUTAS SOBRE EL TALENTO HUMANO Y SU COMPORTAMIENTO DENTRO DE LA ENTIDAD

Los servidores del Hospital deberán cumplir con las siguientes directrices:

- Las relaciones dentro del Hospital **se basarán** en el respeto y la buena fe.
- **Procederán en todos los casos**, con criterio justo, evitando dar o propiciar interpretaciones a los hechos que tiendan a beneficiar a personas en perjuicio del Hospital.

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

- **Comunicarán oportunamente** a sus superiores inmediatos todo hecho o irregularidad cometido por si mismo, por parte de otro funcionario o tercero que afecte o pueda lesionar los intereses de la entidad.
- **No aconsejarán o intervendrán** en situaciones que permitan, amparen o faciliten actos incorrectos o punibles, o que puedan utilizarse para inducir a error a terceros o usarse en forma contraria al interés público o a los intereses de la entidad.
- En época electoral está **terminantemente prohibido** el uso de camisetas o de cualquier otro elemento que haga alusión a propaganda política o la distribución de carteles, volantes y en general de papelería al respecto, que tienda a favorecer a uno u otro candidato y/o vayan en contra o a favor de políticas de Estado, en especial dentro de las instalaciones del Hospital y en horas de servicio. Se evitarán actividades e incluso conversaciones, que puedan ser interpretadas como intentos de divulgar ideas políticas a los pacientes o a los compañeros de trabajo.
- Se entienden incorporadas a este código las inhabilidades, impedimentos, incompatibilidades y conflicto de intereses señalados en la Constitución y en la ley.

APROBADO POR
DR. NELSON MALAVER MONTAÑA
Gerente

REVISADO POR
ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR
DE CONTROL INTERNO, LIDER DE
CALIDAD Y MEJORAMIENTO
CONTINUO

ELABORADO POR
SUBGERENCIAS, ATENCION AL
USUARIO, DESARROLLO
HUMANO, PLANEACION,
JURIDICA, CONTROL INTERNO,
CALIDAD

CAPÍTULO V. DECÁLOGO DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

En este Capítulo se estipulan los postulados básicos que propenden por la humanización de la asistencia médica a los pacientes y la salvaguarda de sus derechos. Su cumplimiento ayuda a garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en la Institución.

1. DERECHOS DE LOS USUARIOS

De acuerdo con los lineamientos de la RESOLUCION 13437 DE 1991, todo paciente debe ejercer sin restricciones motivadas por su raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

1. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.
2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojala escrita de su decisión.
3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.
5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.

APROBADO POR
DR. NELSON MALAVER MONTAÑA
Gerente

REVISADO POR
ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR
DE CONTROL INTERNO, LIDER DE
CALIDAD Y MEJORAMIENTO
CONTINUO

ELABORADO POR
SUBGERENCIAS, ATENCION AL
USUARIO, DESARROLLO
HUMANO, PLANEACION,
JURIDICA, CONTROL INTERNO,
CALIDAD

7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
8. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
9. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean transplantados a otros enfermos.
10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

2. DEBERES DE LOS USUARIOS

1. Conocer los deberes y derechos como usuarios.
2. Procurar el cuidado integral de su salud y de su familia.
3. Afiliarse con su familia al sistema de seguridad social en salud, al régimen contributivo o subsidiado según corresponda.
4. Suministrar de forma oportuna, clara, veraz y completa la información solicitada sobre su estado de salud, las circunstancias administrativas relativas a la seguridad social y todas las necesidades para que el hospital pueda brindarle el cuidado idóneo.
5. Facilitar el cumplimiento de las normas legales y éticas.
6. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de la institución y del equipo tratante.
7. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, instalaciones, dotación, y servicios del Hospital.
8. Respetar la intimidad de los demás pacientes.
9. Tratar con respeto y dignidad a las personas que lo atienden, a los demás pacientes, a los familiares y a los allegados.
10. Realizar o facilitar los copagos correspondientes, cuando el servicio lo requiera.
11. Canalizar por la Oficina de Atención al Usuarios, inquietudes, sugerencias, reclamos y felicitaciones.

El Comité de Ética Hospitalaria del Hospital de Usaquén, debe velar por el respeto de los derechos del paciente, vigilando su estricto cumplimiento y llevando a cabo acciones de divulgación y educación a los usuarios y prestadores de servicios de salud sobre los derechos definidos en éste decálogo, de conformidad con su reglamentación.

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

CAPITULO VI. DE LOS GESTORES DE ÉTICA

El Alcalde Mayor de Bogotá mediante Decreto 168 de 2007 reglamenta el Acuerdo Distrital No. 244 de 206 y establece la misión, perfil, responsabilidades, formación, capacitación y estímulos de los Gestores de Ética. El Hospital de Usaquén mediante resolución 073 de 2008 conforma el Equipo de Gestores de Ética, cuyo propósito es fomentar comportamientos éticos en el personal al servicio del Hospital en el cumplimiento del Ideario Ético del Distrito, el cual hace parte integrante del presente Código.

1. OBJETIVO

Los gestores de ética son empleados y trabajadores, cuya misión, es liderar la sensibilización y motivación para el arraigo de la cultura ética y de servicio en las actividades cotidianas del Hospital, en la búsqueda del mejoramiento y posicionamiento de las prácticas éticas definidas en el Ideario Ético del Distrito.

2. CONFORMACIÓN DEL GRUPO DE GESTORES DE ÉTICA

Las y los gestores de ética se postularán de forma voluntaria. Dicha postulación será validada por sus compañeros y compañeras de área o dependencia, y por el jefe de la misma. El área de Talento Humano, deberá verificar que el gestor o la gestora propuesta, cumpla con el perfil definido por la normatividad vigente.

Una vez surtido el proceso de postulación voluntaria, validación y ratificación, se reconocerá de forma oficial el listado de gestores de ética, lo cual se llevará a cabo mediante acto administrativo expedido por la Gerencia del Hospital, Resolución que hace parte integral de éste Código.

3. PERFIL DE LOS GESTORES DE ÉTICA

De conformidad con la normatividad vigente, para ser Gestor de Ética se requiere:

- **Reconocimiento** por parte de sus compañeros como una persona responsable y proba.
- **Actitud** de servicio.
- **Compromiso** con el fortalecimiento de la identidad distrital.
- Capacidad de **liderazgo**.

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

- **Buenas relaciones** interpersonales.
- **Competencia** para comunicarse con los demás.
- **Aptitud** para trabajar en equipo.
- **Capacidad** organizativa y ejecutiva.
- **Interés** por capacitarse en el tema.
- Formación y **habilidades pedagógicas** o disposición para fortalecer sus competencias en este aspecto.

4. RESPONSABILIDADES DE LOS GESTORES DE ÉTICA

Los Gestores de Ética tendrán a su cargo el cumplimiento de las siguientes funciones:

- **Liderar** los procesos de conformación de los Equipos Sembradores de Ética de acuerdo con los criterios definidos en la ley.
- **Coordinar** la acción de los Equipos Sembradores de Ética.
- **Convocar** y presidir las reuniones de los Equipos Sembradores de Ética.
- **Promover** la articulación de los principios y valores distritales y los programas, proyectos y estrategias de gestión ética que defina el Comité Distrital de Ética, con las iniciativas que a nivel interno desarrolle el Hospital, incluida la implementación del Modelo Estándar de Control Interno.
- **Conformar** con otros gestores y gestoras de ética de las demás áreas y dependencias de su entidad, uno o más equipos de trabajo, según las necesidades, para coordinar las actividades.

APROBADO POR
DR. NELSON MALAVER MONTAÑA
Gerente

REVISADO POR
ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR
DE CONTROL INTERNO, LIDER DE
CALIDAD Y MEJORAMIENTO
CONTINUO

ELABORADO POR
SUBGERENCIAS, ATENCION AL
USUARIO, DESARROLLO
HUMANO, PLANEACION,
JURIDICA, CONTROL INTERNO,
CALIDAD

CAPÍTULO VII. DEFENSOR DEL USUARIO

Se reglamenta la figura del Defensor del Ciudadano como garante de la protección de los derechos de los Usuarios en su interacción con el Hospital, en desarrollo de la Circular 051 de 2007 emanada de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor en su tarea de consolidación del Sistema Distrital de Servicio al Ciudadano.

1. OBJETIVO

Garantizar la protección de los derechos de los ciudadanos a través de la figura del Defensor del Usuario, mediante la solución de las controversias que se susciten en la prestación de los servicios.

2. RESPONSABILIDADES

- El Defensor del Ciudadano tendrá a su cargo el cumplimiento de las siguientes funciones:
- El Defensor será el vocero de los Usuarios ante el Hospital para la protección de sus derechos.
- Conocerá y resolverá en forma objetiva y gratuita los requerimientos o quejas individuales que los ciudadanos presenten por posible incumplimiento de las normas o procedimientos que rigen la prestación de servicios en la Institución.
- Resolverá las controversias que se generen en las relaciones entre la Entidad y los Usuarios, en relación con la prestación de servicios y con las limitaciones que impone la ley.
- Participará en la formulación y aplicación de políticas que tiendan a mejorar la calidad de los servicios, las buenas relaciones y la confianza con sus Usuarios.
- Gestionará ante cualquier Dependencia de la Institución las propuestas, recomendaciones y peticiones presentadas por los Usuarios.
- Solicitará a cualquier Dependencia de la Institución y a los Usuarios la información que sea necesaria para el estudio de los requerimientos, quejas y reclamos.

APROBADO POR
DR. NELSON MALAVER MONTAÑA
Gerente

REVISADO POR
ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR
DE CONTROL INTERNO, LIDER DE
CALIDAD Y MEJORAMIENTO
CONTINUO

ELABORADO POR
SUBGERENCIAS, ATENCION AL
USUARIO, DESARROLLO
HUMANO, PLANEACION,
JURIDICA, CONTROL INTERNO,
CALIDAD

3. PRINCIPIOS ORIENTADORES

Deben ser principios orientadores del ejercicio del Defensor del Usuario:

- **Asesoría:** Contribuir con la presentación de sugerencias al Representante Legal y Junta Directiva del Hospital, para mejorar y optimizar los estándares en los procedimientos de prestación de servicios.
- **Independencia:** Las actuaciones que se surtan se ejercerán con absoluta independencia de los organismos de administración del Hospital.
- **Imparcialidad:** El Defensor del Usuario deberá garantizar la total imparcialidad y objetividad en la resolución de los requerimientos o las quejas sometidas a su conocimiento.
- **Celeridad:** Atender en el menor tiempo posible y dentro de los términos de ley los requerimientos que sean de su conocimiento.

4. DESIGNACIÓN

El Gerente del Hospital designa al Profesional Especializado de Desarrollo Participativo como Funcionario responsable de las funciones del Defensor del Usuario y a su Suplente quien será el Subgerente de Servicios de Salud, siendo esta designación parte integral del presente Código.

El Defensor del Ciudadano no podrá intervenir en los casos en los cuales tenga un interés particular y directo, o lo tuviere quien desempeñe la labor de defensor (persona natural) o su cónyuge, compañero o compañera permanente, o alguno o algunos de sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o su socio o socios de hecho o de derecho. En éste evento, el Defensor del Ciudadano será el Defensor Suplente.

Las personas naturales designadas para desempeñar la labor de Defensor, al cesar en el ejercicio de las mismas, no podrán conocer de los asuntos que hayan sido objeto de sus decisiones como defensor.

5. OBLIGACIONES DEL DEFENSOR DEL USUARIO

El Defensor del Usuario tendrá las siguientes obligaciones:

- Establecer el reglamento al cual se sujetará su actividad, en los términos de la Ley.

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

- Solicitar a la Entidad y a los Ciudadanos o Usuarios la información que sea necesaria para el estudio de sus requerimientos, quejas o reclamaciones. El Defensor del Ciudadano no podrá solicitar información que esté sujeta a reserva.
- Proferir una decisión dentro del término señalado por la ley, que en estricto sentido corresponde a quince (15) días hábiles, a partir de su radicación en la Oficina de Atención al Usuario.
- Presentar un informe semestral al Hospital, en el cual refiera el desarrollo de su función durante el período correspondiente. El informe indicará el número de requerimientos recibidos, con expresión de las prácticas indebidas detectadas, los criterios mantenidos por el Defensor en sus decisiones, el número de requerimientos tramitados, indicando el estado en que se encuentran a la fecha del informe, así como cualquier otro dato o información que pueda considerarse de público interés. Dicho informe, podrá incluir recomendaciones, sugerencias o adecuaciones encaminadas a facilitar y mejorar las relaciones entre la Entidad y sus Usuarios.
- Mantener un registro cronológico y temático que contenga la totalidad de los requerimientos, quejas o reclamaciones presentadas y su fecha, así como un archivo de las mismas.

6. RESOLUCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS, QUEJAS O RECLAMACIONES

Los usuarios cuando estimen que la Entidad en desarrollo de las operaciones, contratos y servicios que ofrece, presta o ejecuta, ha incurrido en posibles incumplimientos de las disposiciones legales que lo rigen, o que haya sufrido un tratamiento negligente, incorrecto o no ajustado a Derecho, dirigirán su requerimiento, queja o reclamación al Defensor del Usuario, mediante documento presentado o remitido a la dirección física o electrónica del Defensor o a las dependencias, reuniones y medios físicos o electrónicos dispuestos por la Entidad.

La solicitud como mínimo deberá contener una descripción clara y precisa de los hechos, así como de los derechos que considere vulnerados, anexando los documentos soporte de la reclamación que estime pertinentes y adjuntar una declaración manifestando que la queja o reclamación no ha sido presentada anteriormente ni atendida desfavorablemente, como tampoco sometida a proceso judicial. Respecto a contener los datos personales del interesado, nombre, identificación, dirección física o electrónica y teléfono; la entidad atenderá las comunicaciones anónimas, dando respuesta pública en las carteleras de la sede donde fueron presentados.

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

Si por su contenido se consideran incompletos o no procedentes, se debe de todas maneras dar respuesta razonada.

Con base en dichos documentos, el procedimiento a seguir es el siguiente:

- a) La oficina de Atención al usuario hará un registro o radicado de la solicitud o queja, en los medios dispuestos por la administración distrital y en los medios propios de la entidad con el fin de hacer seguimiento. Cuenta con dos días hábiles para determinar si necesita o no información adicional proveniente de terceros o del quejoso. Se entenderá que la queja ha sido desistida si el usuario no aporta la información requerida por el Defensor del Usuario dentro del término mencionado en los numerales anterior, circunstancia de la cual dejará constancia escrita.
- b) En el evento que el Defensor del Usuario considere que la queja o requerimiento interpuesto corresponda a aquellas de interés general o colectivo, deberá dar traslado de la misma al líder del proceso pertinente, competente para su trámite antes de 48 horas. El líder de proceso pertinente cuenta con (6) días hábiles para responder al requerimiento.
- c) Si estimase que no se trata de una solicitud pertinente, negará su admisión, comunicando su decisión al interesado, dentro del término de cinco (5) días hábiles contados desde el día siguiente en que sea recibida la Entidad. Inadmitida una queja, el interesado podrá dirigirse a las autoridades administrativas o judiciales que considere competentes, y dicha queja no podrá ser presentada de nuevo mientras se mantengan las condiciones que dieron lugar al rechazo.
- d) La Oficina de Atención al Usuario recibirá la respuesta entregada por el líder del proceso pertinente con sus correspondientes soportes, hará el registro de la recepción en los medios electrónicos pertinentes, revisará la pertinencia de la respuesta tendiendo a satisfacer al usuario. En caso de tratarse de una respuesta de calidad no satisfactoria, será devuelta al líder de proceso pertinente, con carácter urgente, indicando los puntos a corregir.
- e) Si pasados trece (13) días hábiles a partir de la recepción del requerimiento por la entidad, no existe una respuesta definitiva, la Oficina de Atención al Usuario emitirá una respuesta parcial indicando el estado del trámite.
- f) Una vez recibida la respuesta definitiva por parte de Oficina de Atención al Usuario, y revisada por esta, procederá a entregarla al Defensor del Usuario, quien podrá aceptarla sin cambios y darle el visto bueno para que la Oficina de Atención al Usuario la remita al quejoso vía correo, o publicarla en las carteleras de la sede donde se recibió el requerimiento.

APROBADO POR
DR. NELSON MALAVER MONTAÑA
Gerente

REVISADO POR
ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR
DE CONTROL INTERNO, LIDER DE
CALIDAD Y MEJORAMIENTO
CONTINUO

ELABORADO POR
SUBGERENCIAS, ATENCION AL
USUARIO, DESARROLLO
HUMANO, PLANEACION,
JURIDICA, CONTROL INTERNO,
CALIDAD

- g) En caso de no estar de acuerdo con la respuesta emitida por el líder del proceso pertinente y aprobada por la Oficina de Atención al Usuario, el Defensor del Usuario deberá estudiar la información aportada por las partes y tomará la decisión en un término que en ningún caso podrá ser superior a los quince (15) días hábiles a partir de la recepción del requerimiento por la entidad. La decisión que profiera el Defensor del Usuario deberá ser motivada y comunicada tanto a las personas interesadas como a la Entidad, mediante comunicación enviada a la dirección física o electrónica suministrada por el Ciudadano y a la Entidad involucrada.
- h) El Usuario podrá desistir de su queja en cualquier momento y así mismo la Entidad podrá rectificar su situación con el Usuario en cualquier momento anterior a la decisión por parte del Defensor del Usuario. En ambos supuestos, se pondrá tal situación en conocimiento del Defensor del Usuario. Si la rectificación fuese a satisfacción expresa del reclamante o si se produce el desistimiento expreso del mismo, se procederá al archivo de la queja dando informe a ambas partes.
- i) En todo caso la Oficina de Atención al Usuario registrará el resultado final del trámite en los medios electrónicos determinados, emitiendo informes periódicos sobre el cumplimiento de los términos y el estado de los requerimientos pendientes de solución.

7. DE LAS ACTUACIONES DEL DEFENSOR DEL USUARIO

Todos los servidores públicos de la entidad están en la obligación de brindar al Defensor del Usuario la información veraz necesaria que le sea solicitada para la resolución de las quejas sometidas a su conocimiento y prestar la colaboración necesaria para el desempeño cabal de las funciones de éste respecto a las quejas o asuntos suscitados con el Hospital. Así mismo, la Entidad adoptará todas las medidas necesarias para el cabal desempeño de las funciones del Defensor del Usuario, asegurando la total independencia de su actuación.

Las decisiones adoptadas por el Defensor del Usuario sobre las cuestiones a él sometidas serán siempre motivadas y se deberán consignar en escrito que contendrá, cuando menos, lo siguiente:

- Identificación del Defensor del Usuario
- Identificación de las partes y de la calidad en que actúan
- Relación sucinta de los hechos objeto de la queja
- Los motivos que fundamentan su decisión, para los cuales deberá tener en cuenta las normas aplicables al caso y las estipulaciones contractuales

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

- La advertencia de que su decisión no obliga a las partes, sin perjuicio de que éstas expresamente acuerden lo contrario y en este caso sus decisiones tendrán carácter vinculante. En caso de no aceptarlas, podrán ejercitar las acciones administrativas y judiciales que consideren pertinentes.

I

APROBADO POR
DR. NELSON MALAVER MONTAÑA
Gerente

REVISADO POR
ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR
DE CONTROL INTERNO, LIDER DE
CALIDAD Y MEJORAMIENTO
CONTINUO

ELABORADO POR
SUBGERENCIAS, ATENCION AL
USUARIO, DESARROLLO
HUMANO, PLANEACION,
JURIDICA, CONTROL INTERNO,
CALIDAD

CAPITULO VIII. IMPLEMENTACIÓN DEL CODIGO DE ETICA Y BUEN GOBIERNO

En este capítulo se definen los medios y requerimientos necesarios para hacer funcional el Código, es decir, las herramientas para lograr su aplicación, seguimiento y evaluación.

1. INSTANCIA RESPONSABLE

El cumplimiento del Código de Ética y de Buen Gobierno le corresponde a todos los servidores de la entidad, sin perjuicio del deber que le asiste al Equipo Directivo de garantizar su adecuado cumplimiento por parte del personal a su cargo.

2. PROCEDIMIENTO DE DIFUSIÓN Y SOCIALIZACIÓN

Para lograr que el conocimiento y aplicación del Código de Ética y Buen Gobierno lo apropie todo el talento humano del Hospital, así como lograr su masiva difusión para que sea de dominio público y de ésta forma sirva de referente y valoración de la conducta en el desempeño de la función pública, se han estipulado los siguientes espacios de sensibilización y socialización:

Medios de Difusión

- Intranet
- Informativo Usaquén al Día
- Procesos de Inducción o Reinducción
- Cartelera y tablón de anuncios de cada sede

Espacios de Socialización

- Reuniones Institucionales

3. CREACIÓN DEL COMITÉ DE ETICA Y BUEN GOBIERNO

Se crea el Comité de Ética y Buen Gobierno como espacio de última instancia para la resolución de conflictos de interés y para dirimir el presunto incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente Código.

COMPOSICIÓN

Dicho Comité estará compuesto por:

1. El Gerente o su delegado
2. Asesor de Control Interno Disciplinario

APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente	REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO	ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD
---	--	---

2. El Profesional de Desarrollo del Talento Humano
3. Defensor del Usuario
4. Delegado de los servidores públicos del Hospital

El Comité será presidido por el Gerente o su delegado. El Asesor de Control Interno Disciplinario hará las veces de Secretario Técnico, siendo el encargado de levantar las respectivas actas y velar porque los expedientes cumplan con las disposiciones contenidas en éste Código.

FUNCIONES

- Examinar el cumplimiento de las normas establecidas en el Código de Ética y Buen Gobierno.
- Analizar y dirimir las quejas y denuncias de carácter ético presentadas por cualquiera de los empleados y/o prestadores de servicio, por los usuarios o por parte de la comunidad organizada.
- Resolver los conflictos de interés que se presenten en cualquier nivel de la administración.
- Proponer las modificaciones del Código de Ética y Buen Gobierno que sean necesarias.

4. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Los conflictos de interés y el presunto incumplimiento de las disposiciones de carácter ético que llegasen a presentarse por parte del personal al servicio del Hospital, serán inicialmente resueltos mediante la conciliación en la o las dependencias donde se generan, con la participación activa de los superiores inmediatos; De no ser posible resolver la situación a dicho nivel, se procederá a convocar al Comité de Ética y Buen Gobierno para que proceda de conformidad con las disposiciones contenidas en el presente Código. La convocatoria estará a cargo de la Oficina de Control Interno.

El Comité de Ética y Buen Gobierno se reunirá dentro de los 10 diez días hábiles posteriores a su convocatoria y podrá solicitar las pruebas que estime pertinente y hacer las investigaciones del caso. Igualmente deberá escuchar las partes en conflicto, ofreciendo garantía de imparcialidad y respetando el debido proceso.

<p>APROBADO POR DR. NELSON MALAVER MONTAÑA Gerente</p>	<p>REVISADO POR ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR DE CONTROL INTERNO, LIDER DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO</p>	<p>ELABORADO POR SUBGERENCIAS, ATENCION AL USUARIO, DESARROLLO HUMANO, PLANEACION, JURIDICA, CONTROL INTERNO, CALIDAD</p>
--	---	---

El resultado de su deliberación será dado a conocer en primer lugar a las partes en conflicto y se procederá a surtir los trámites que se consideren necesarios para la resolución de la controversia o para enviar el expediente a otras instancias, si del veredicto se desprenden conductas o hechos constitutivos de presuntas faltas disciplinarias o de tipificación de delito.

5. DEFINICIÓN DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

Se definen los indicadores que nos permitirán medir el grado de acatamiento del Código de Ética y Buen Gobierno y de ésta forma hacerle seguimiento a su adopción por parte del cliente interno.

a. ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE EXTERNO

Indicador que mide la percepción que tienen los usuarios sobre la gestión de sus recursos y la prestación de servicios.

b. ENCUESTA DE CLIMA LABORAL

Instrumento que mide el riesgo psicosocial y la percepción de los servidores frente a la institución.

APROBADO POR
DR. NELSON MALAVER MONTAÑA
Gerente

REVISADO POR
ASESOR DE PLANEACIÓN, ASESOR
DE CONTROL INTERNO, LIDER DE
CALIDAD Y MEJORAMIENTO
CONTINUO

ELABORADO POR
SUBGERENCIAS, ATENCION AL
USUARIO, DESARROLLO
HUMANO, PLANEACION,
JURIDICA, CONTROL INTERNO,
CALIDAD