

HOSPITAL LOCAL JOSE RUFINO VIVAS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

**“CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO
DEL HOSPITAL JOSE RUFINO VIVAS ESE”**

DR. JOSE ELBER MINA CASTILLO
Gerente

Dagua - Valle, 2014

CONTENIDO	Pg.
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA	4
CAPITULO II MARCO CONCEPTUAL	5
CAPITULO III PLATAFORMA ESTRATÉGICA	7
CAPITULO IV MECANISMOS PARA EL MANEJO Y SOLUCIÓN DE CONFLICTOS	11
CAPITULO V POLÍTICAS ORGANIZACIONALES	12
CAPITULO VI SISTEMA DE CONTROL A LOS DIRECTIVOS	14
CAPITULO VII MECANISMOS PARA LA IDENTIFICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE RIESGOS	15
CAPITULO VIII DE LAS RELACIONES CON LOS ÓRGANOS DE CONTROL	17
CAPITULO IX DE LA INFORMACIÓN	18
CAPITULO X DE LOS MECANISMOS PARA LA DIFUSIÓN, SOCIALIZACIÓN PERMANENTE Y SEGUIMIENTO	19

INTRODUCCIÓN

Con la promulgación de la Ley 1122 de 2.007 se establece la obligatoriedad de las Instituciones que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud de establecer mecanismos de “Autorregulación y solución de conflictos en el Sistema” de carácter ético y que sirvan como brújula para el comportamiento de los trabajadores del Hospital y que regule el comportamiento de estos entre sí, con los usuarios y con los proveedores

Estas normas adoptadas a través del Código de Ética y del Código de Buen Gobierno se han de cumplir con el fin de permitir una mayor coherencia institucional donde el pensar, el decir y el actuar de todos los servidores del Hospital, conlleve a conductas visibles y reconocibles en tanto se labora dentro la empresa como fuera de la misma, garantizando así el cumplimiento de las tareas misionales con criterios de alta calidad.

Se debe garantizar igualmente la participación activa de los empleados y usuarios en la concertación de planes y programas de la institución mediante la generación de espacios de debates, foros, comités, asambleas o por cualquier medio que permita el intercambio de ideas tendientes a la formulación o replanteamiento de actividades y procesos cuyo fin último es alcanzar los objetivos institucionales en la prestación de los servicios de salud

La Gerencia del Hospital para el periodo 2.012 y 2.015 pone a consideración de la Junta Directiva los ajustes al Código de Ética que había sido formulado en el año 2.007 el cual pretende ser un documento flexible, sujeto a los cambios que se puedan presentar dentro del marco normativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las necesidades y expectativas del entorno

Dentro del Código de Ética se garantiza el componente de los Derechos y Deberes de los pacientes. Con el fin de medir regularmente la satisfacción del cliente y la percepción del mismo con respecto a los servicios que presta la institución, se diseñó el procedimiento para escuchar “la voz del cliente” mediante mecanismos accesibles a todos los usuarios en la recepción de Quejas y Sugerencias en formatos que el Hospital tiene a disposición y que permiten detectar falencias y debilidades que en el corto plazo se convierten en oportunidades de mejora y realizar retroalimentación de los procesos

También se realiza un monitoreo general y específico por cada servicio que permiten medir el nivel de satisfacción y el cubrimiento de las expectativas y necesidades de los clientes de forma mensual

En cuanto a la Implementación de las políticas de calidad que se enmarcan dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el Hospital se encuentra desarrollando el Proceso de Acreditación formulada por el ICONTEC aplicando la Resolución 1445 de mayo de 2.006 y sus anexos y lo relacionado con el Macro Proceso de Atención al Cliente se encuentra dentro del “Manual de Calidad” del Hospital y según se definió en el plan de gestión de la gerencia para el mismo periodo.

CAPITULO I

PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA

La ESE Hospital José Rufino Vivas de Dagua, fue creada mediante acuerdo No. 009 de Agosto 26 de 1.994, como una ESE del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa del primer nivel de atención y perteneciente al ente territorial.

Ubicada en el segundo Municipio en extensión del Valle del Cauca, Después del Municipio de Buenaventura, con una extensión de 892 Kilómetros; El Municipio de Dagua ocupa la vertiente pacífica de la cordillera occidental, con toda la variedad de climas que implica su situación geográfica. Desde el clima cálido y tropical de Cisneros y Loboguerrero, hasta el clima frío del kilómetro 18 y el Queremal. Con una altura promedio sobre el nivel del mar de 828 metros y una temperatura promedio de 24 grados centígrados.

Está situado en el sur occidente del Valle del Cauca, rodeado por los Municipios de Cali y Buenaventura al sur; Restrepo y la Cumbre al oriente; Calima – Darién al norte y Buenaventura al occidente; esta comunicado con todos ellos por carreteras pavimentadas en dos ejes de altísimo tráfico vehicular, comercial y turístico:

Cali – Dagua – Buenaventura

Cali – Buga – Dagua – Buenaventura.

Cali – Borrero Ayerbe – Queremal – Buenaventura (Carretera Vieja vía al mar)

En lo que concierne a la comunicación entre los corregimientos, solamente esta pavimentada la ruta Dagua – Kilómetro 26 – Borrero Ayerbe (Km. 30) – El Carmen – El Queremal. Las vías principales, son carreteras nacionales, convirtiéndose en un corredor vial muy importante, con un tránsito elevado y por consiguiente un alto índice de accidentalidad. El Municipio está conformado por veintisiete (27) corregimientos así, ubicados de norte a sur: Zelandia, Zabaletas, El Naranjo, Cisneros, Juntas, El Rucio, Atuncela, El Piñal, Los Cristales, Los Alpes, Providencia, San Vicente, Loboguerrero, El Limonar, Villahermosa, Santa María, El Palmar, El Danubio, La Cascada, La Elsa, El Alto Anchicayá, Jiguales, El Salado, Kilómetro 30 ó Borrero Ayerbe, El Carmen, el Queremal y San Bernardo.

Con 126 veredas a intervenir por nuestros equipos de salud. El Municipio de Dagua que cuenta con una población 70% Rural y un 30% urbana

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

DEFINICIÓN DEL TÉRMINOS:

CÓDIGO DEL BUEN GOBIERNO: También denominado código de gobierno corporativo, se define como el documento que compila los compromisos éticos de la alta Dirección respecto a la gestión, íntegra, eficiente y 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 internos¹.

POLÍTICAS: Directrices u orientaciones por las cuales la Alta Dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la gestión de 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.

PRINCIPIO: Causa fundamental o verdad universal; lo inherente a cualquier cosa. La explicación última del ser de algo. La fuente primaria de todo ser, de toda la actualidad y de todo conocimiento.

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

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país establecido por el Decreto 1011 de 2006.

MODELO ESPECIAL DE CONTROL INTERNO – MECI: Modelo establecido por el Estado para sus entidades mediante el Decreto No. 1599 de 2005 modificado en su artículo 4 por el Decreto 2621 de 2006. Proporciona una estructura para el control a la estrategia, gestión y evaluación del desempeño institucional, con el propósito de mejorarlo mediante el fortalecimiento del control y de los procesos de evaluación.

¹ Definición de la Superintendencia Nacional de Salud – Circular 045 de 2.007



**E . S . E . HOSPITAL
JOSÉ RUFINO VIVAS**

Calidez, Vocación & Excelencia en Salud!

NIT N° 890.305.496-9



SC-CER185565 CO-SC-CER185565

RIESGOS: Posibilidad de ocurrencia de eventos, tanto internos como externos, que pueden afectar o impedir el logro de los objetivos de la Entidad, entorpeciendo el desarrollo normal de sus funciones o generando oportunidades para su cumplimiento.

CALLE 10 N°. 21 – 48 TELÉFONOS: 2450 220 - 2450 520 FAX: 2450 605

E-mail: hospitaldagua@gmail.com.

DAGUA - VALLE

CAPITULO III

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

En desarrollo del objeto que le otorgan las normas, la ESE tiene definidas las siguientes directrices que sirven como guía para la prestación de los servicios de salud de baja complejidad y la buena administración de sus recursos tanto humanos como financieros.

MISION

Mejorar la calidad de vida de nuestra comunidad Prestando Servicios de Salud de baja complejidad con calidez, vocación y excelencia, logrando cumplir con las expectativas de nuestros pacientes. Asumimos el liderazgo en la ejecución de proyectos sociales propios y de otras instituciones del área de influencia con la participación de un equipo humano competente, orientado al paciente y un manejo eficiente de los recursos que garanticen nuestra permanencia, expansión y desarrollo.

VISION

En el año 2.016 seremos la empresa líder del Municipio de Dagua, en la Prestación de Servicios de Salud de baja complejidad, trabajando por fortalecer la cultura del mejoramiento continuo y el enfoque de seguridad del paciente. Generaremos progreso para el Municipio, mediante la participación en proyectos sociales que nos permita contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de nuestra comunidad Dagueña y a su satisfacción, dentro del marco legal y los valores propios de nuestra institución.

POLITICA DE LA CALIDAD

En la ESE Hospital José Rufino Vivas del Municipio de Dagua, estamos comprometidos a prestar Servicios de Salud con Calidez, Vocación y Excelencia. Brindamos atención oportuna y accesible con un enfoque de seguridad al paciente, con la participación de un equipo de trabajo competente y tecnología apropiada que nos permite cumplir con las expectativas y la satisfacción del cliente articulado con el mejoramiento continuo de los procesos de calidad.

OBJETIVOS DE LA CALIDAD

- Ampliar la cobertura de servicios de salud a la población facilitando el acceso de la población más dispersa del municipio.

- Mejorar el grado de oportunidad en la prestación de los servicios a los usuarios.
- Proporcionar mayor competitividad de los servidores públicos de la Institución.
- Brindar atención con calidez y objetividad en todos los procesos del Hospital
- Mejoramiento continuo de la calidad.
- Garantizar la prestación de los servicios bajo el enfoque de seguridad del paciente

VALORES

Trabajo en Equipo: Es la clave del éxito, la sinergia está presente en cada uno de nuestros procesos.

Calidad: Se encuentra presente en cada momento de verdad, en el día a día, y se refleja en beneficio de nuestros proveedores, empleados, usuarios y sus familias, así como el entorno y las comunidades más vulnerables.

Respeto: Siempre tendremos en cuenta la situación de los demás, entendiendo, comprendiendo y aceptando las diferencias de cada persona o Institución del Municipio, sin discriminación de personas por sus condiciones socio económicas, políticas, religiosas y culturales.

Compromiso: Motivaremos cada día, tanto a pacientes, como empleados de nuestro Hospital a sentirse parte de él, comprometidos con su bienestar, para ser un todo y lograr proyectarnos al futuro en pos de nuestras metas, sueños e ideales, entregando lo mejor de nosotros con actitud prudente y desinteresada

Servicio: Brindamos una atención con calidez y calidad, con vocación de servicio, entregando seguridad en cada momento de verdad e innovando los procesos con la mas alta tecnología.

Lealtad: Fieles a unos principios éticos y morales, que guían el diario que hacer, garantizando una atención cálida e idónea, con equidad y solidaridad, con vocación y excelencia.

Honestidad: Presente siempre en todo momento de nuestras vidas, lo que nos permite una gestión eficiente y transparente.

Responsabilidad: En cada uno de nuestros procesos se encuentra llevando seguridad a nuestros usuarios en todos los servicios que demande.

Comportamientos Asociados a los Valores Institucionales

La forma como los valores institucionales se aplican por parte de todos los funcionarios del Hospital está relacionada con los comportamientos asociados a estos los cuales se describen de la siguiente manera:

- **Actitud de Servicio:** El personal del Hospital estará de forma permanente dispuesto a entender y atender las necesidades de nuestros clientes de manera amable, oportuna y eficaz, se tendrá la suficiente confianza en la ejecución de los procesos y se pondrá todo el empeño para hacer las cosas bien y con gusto desde el principio hasta el final. Se evidencia fácilmente la coherencia entre el saber, el hacer y el querer
- **Responsabilidad:** La persona responsable es capaz de Aceptar, reparar y satisfacer, las consecuencias de nuestro actuar cumpliendo con las normas legales y éticas de la institución
- **Confiabilidad:** Una entidad es confiable cuando la información que se envía a todos los proveedores es presentada de manera real, clara y oportuna, cuando en el desarrollo de los procesos se cumplen las normas, la ética y políticas establecidas, cuando se da estricto cumplimiento a los compromisos adquiridos, cuando se realizan el trabajo de manera responsable y profesional.
- **Seguridad:** Cuando no se presentan daños o eventos adversos en los pacientes al recibir por parte del personal cualquier procedimientos médico. El manejo o plan de tratamiento siempre estará soportado en guías basadas en la Evidencia Científica demostrada. La atención siempre cumplirá con los estándares de oportunidad, eficiencia y equidad establecidos por la entidad.
- **Respeto:** Las personas sentirán que se les reconoce sus atributos, sus ideas y sus opiniones en la planeación y toma de decisiones y se dedicará el tiempo a todas las personas con equidad. Se mantiene la filosofía que hay que darle la razón al que la tiene así yo no la comparto
- **Proactividad:** Cuando se actúa de manera pro activa, el resultado esperado en los procesos es predecible y se pueden minimizar al máximo las fallas subsecuentes a la falta de planeación. Ejecutar acciones bajo la política del “Ensayo y Error” es muy riesgoso y las

medidas correctivas se hacen de manera “reactiva” pero cuando se planean adecuadamente las cosas, esta posibilidad se limita

Principios Institucionales

Los procesos del Hospital y la actuación de sus servidores, usuarios y proveedores deben desarrollarse dentro de principios que involucren las normas legales, la ética y el profesionalismo para garantizar la calidad en la prestación de los servicios y los valores institucionales

Los principios establecidos son:

- **Cumplimiento de la Ética.** En el Hospital la ejecución de todos los procesos se hacen bajo los criterios de responsabilidad, transparencia, honestidad, eficiencia y calidad
- **La lealtad.** Las actuaciones del personal vinculado al Hospital obedecen a la conservación de la buena imagen y profesionalismo de los funcionarios, evitando conductas que puedan afectar el cumplimiento de la misión.
- **Buen Uso del Cargo:** No se podrá utilizar el cargo ya sea asistencial o administrativo para provocar daño, generar conflictos, promover situaciones que atenten contra la buena conducta o para favorecer a terceros. Se respeta el nivel de autoridad delegado bajo la estructura organizacional y no se permite el aprovechamiento de esta autoridad para fines personales o situaciones que atenten contra el bienestar común
- **Buen uso de los Bienes:** Todos los bienes del Hospital se dedican de manera exclusiva en el cumplimiento de la misión institucional. No se dará mal uso a los bienes ni se prestarán a terceros en contra de las normas. Todos los materiales y / o memorias que sean entregados al personal comisionado por la institución para asistir a talleres, seminarios o eventos similares de capacitación, son de propiedad del Hospital y se pondrán a disposición de todo el personal interesado

CAPITULO IV

MECANISMOS PARA EL MANEJO Y SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Los principales conflictos que puedan presentarse en el Hospital podrían estar enmarcados en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Entre la Dirección del Hospital y los servidores del mismo.
2. Entre la Dirección del Hospital y Proveedores.
3. Entre la Dirección del Hospital y Particulares.
4. Entre el Hospital y los Usuarios.
5. Entre los mismos servidores del Hospital.

Mecanismos de Solución. Los conflictos que puedan presentarse entre la Dirección del Hospital y los servidores del mismo, llamados conflictos laborales, mediante conversaciones directas entre las partes y / o firma de convención colectiva

Entre la Dirección del Hospital y los Proveedores, en principio mediante mecanismos alternos de solución de conflicto tales como: La conciliación, la transacción y la amigable composición. En su defecto, mediante procesos judiciales

Entre la Dirección del Hospital y Particulares: Procedimiento con los mismos mecanismos que se plantean para la solución de conflictos entre el Hospital y los proveedores

Entre el Hospital y los Usuarios: Mediante reuniones de concertación

Entre los mismos servidores del Hospital: Mediante la aplicación del Código Disciplinario único siempre y cuando dicho conflicto constituya falta disciplinaria, en caso contrario se abstendrá de intervenir

CAPITULO V

POLÍTICAS ORGANIZACIONALES

En la Inclusión en el diseño organizacional del Código del Buen Gobierno. El Código del Buen Gobierno debe incluirse y aplicarse siempre en el diseño organizacional de la Entidad, con el fin de que éste funcione en forma correcta. La estructura Organizacional será coherente con lo establecido en el Código de Buen Gobierno

En la Asignación de Funciones y Competencias. Las funciones y competencias que se asignen a los servidores de la entidad, son las establecidas en el Manual de Funciones y Requisitos aprobado por la Junta Directiva de la entidad, bajo el marco del Decreto 785 de 2.005 y la ley 909 de 2.004

En la Delegación de Funciones: La delegación de funciones se realizará bajo los parámetros establecidos en la ley 489 de 1.998

En la Disposición de los Servidores: Todos los servidores del Hospital deben estar dispuestos a cumplir con el Código de Buen Gobierno para lo cual debe recibir capacitación bajo los principios de Actitud de servicio y lealtad a la institución

En la Gestión del Talento Humano: El Talento Humano se administrará dentro del Marco legal y sin desviación del poder.

En la Calidad de la Prestación del Servicio: El Hospital cuenta con el Manual de Calidad en donde se describen los procesos misionales basados en estándares establecidos previamente

El Sistema de Auditoria: Se ha establecido un sistema de Auditoria Interna que permite evaluar la gestión clínica que consta de un Auditor Interno cuya labor está enmarcada dentro de las funciones del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

En el Cuidado del Medio Ambiente: El Hospital se encuentra comprometido con las políticas de desarrollo sostenible en las cuales se pretende alcanzar crecimiento económico, elevación de la calidad de vida y bienestar social, sin agotar la base de recursos naturales, ni deteriorar el medio ambiente

En la Responsabilidad Social: De conformidad con el cumplimiento misional de la Institución y de su objeto social, el Hospital debe responder por la salud de los habitantes del municipio sin distinción de raza, religión, política o estrato económico

En la Contratación de Bienes y Servicios: Los Proveedores de Bienes y Servicios deben seleccionarse de manera Objetiva y Transparente para asegurarse de que se obtiene la mejor oferta. El Hospital cuenta con manual de procedimientos en el cual se han definido los procesos de compras, contratos y pagos a proveedores

CAPITULO VI

SISTEMA DE CONTROL A LOS DIRECTIVOS

Evaluación y Control a Directivos: Los organismos de control, la Junta Directiva, la Secretaría de Salud Municipal, en virtud de encontrarse el Hospital adscrito a esta secretaría son los competentes para evaluar y controlar la gestión de los directivos del Hospital

Conflicto de Interés: Se entiende por Conflicto de Intereses toda situación o evento en que los intereses personales, directos o indirectos, de los servidores del Hospital se encuentren en oposición con los de la entidad, interfieran con los deberes que le competen a ella o los lleven a actuar en su desempeño por motivaciones diferentes al cabal cumplimiento de sus obligaciones

Entre los principales conflictos están:

- **Disminución o Alteración de un Servicio:** Cualquier servicio del Hospital puede verse afectado en su calidad, accesibilidad u oportunidad cuando una persona vinculada al mismo también ofrece directa o indirectamente el mismo servicio o similar y este mediante decisiones al interior de la entidad induce al aumento de la demanda de servicios suministrada de forma particular
- **Aceptación de Atenciones:** Se considera dádiva no solamente el ofrecimiento y aceptación de artículos materiales, también son las atenciones, servicios o favores. Se pueden recibir los regalos promocionales y de reducido valor que su aceptación no genere la impresión de que las decisiones que eventualmente hayan de tomarse en relación con el dádivo estuvieran influenciadas por el regalo o dádiva

CAPITULO VII

MECANISMOS PARA IDENTIFICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE RIESGOS

Administración del Riesgo

El Hospital cuenta con una metodología de administración del riesgo, basado en la Guía de la Departamento Administrativo de la Función Pública denominado “Mapa de Riesgos Institucional”, dentro de la cual se tienen en cuenta todos los aspectos externos e internos que pudiera tener algún impacto en las actividades desarrolladas por el Instituto.

El concepto de administración del riesgo, considera la exposición permanente a diferentes riesgos que en un momento dado pueden poner en peligro la existencia de la institución; en razón a ello, desde la perspectiva de las nuevas normas y modelos aplicados a la materia, se interpreta que la eficiencia del control, o su principal propósito, es la reducción de los riesgos.

El documento permite identificar y evaluar aquellos eventos tanto internos como externos que en caso de presentarse pueden afectar o impedir el normal desarrollo de los procesos y el cumplimiento de los objetivos institucionales para minimizarlos, monitorearlos y corregirlos y así evitar la extensión de sus efectos, bajo parámetros de calidad, eficiencia, economía y eficacia.

El riesgo es un concepto que se puede considerar fundamental, por su vínculo con todo el quehacer y actividad de la vida, por lo tanto hay que buscar las maneras de protegernos contra las contingencias y desarrollar los medios para evitar, minimizar o asumir riesgos a través de acciones preventivas.

Se debe tener en cuenta que los riesgos no sólo son de carácter económico y están directamente relacionados con entidades financieras o con lo que se ha denominado riesgos profesionales, sino que hacen parte de cualquier gestión que se realice.

Se considera el riesgo como toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la institución e impidan el logro de sus objetivos

Con la obligación de fortalecer el sistema de control interno en cuanto a la administración eficiente del riesgo, según lo establece el decreto 1537 de 2001, con el cual se reglamenta la ley 87 de 1993 en relación a los elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de las entidades y

organismos del estado, este Hospital ha implementado la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública para el levantamiento de los mapas de riesgo y que se encuentra plasmada en la Guía para la Administración del Riesgo.

El Mapa de Riesgos se encuentra consolidado en el documento bajo la estructura de un enfoque de administración por procesos.

El documento incluye la definición de términos, la política Institucional de la administración del riesgo, sus objetivos y el compromiso para su ejecución, que tienen como finalidad estandarizar en el Hospital, el lenguaje de la administración del riesgo y concluye con un ejemplo aplicativo a uno de los procesos más vulnerables del Hospital

CAPITULO VIII

DE LAS RELACIONES CON LOS ÓRGANOS DE CONTROL

Las relaciones de cualquier servidor del Hospital con las personas que representan los organismos de control, estarán sujetas a la aplicación de los principios de respeto, transparencia, veracidad, oportunidad y buena fe.

La entidad dada la cuantía de su presupuesto menor a 10.000 SMLV no está obligada a tener revisoría fiscal. Nuestros órganos de control son los siguientes:

La Superintendencia de Salud: El Hospital se encuentra sometido al control y vigilancia de la Superintendencia de Salud.

La Contraloría Departamental: La contraloría departamental del Valle del Cauca vigila y controla la gestión administrativa del Hospital

La Secretaría Departamental de Salud: Controla el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

La Secretaría de Salud Municipal: Controla la aplicación de las políticas de salud adoptadas por el gobierno nacional a través del Ministerio de la Protección Social

CAPITULO IX

DE LA INFORMACIÓN

Información General

La información que suministre el Hospital a su Junta Directiva, servidores, entres de control, Contratistas, Clientes y al público en general, deberá ser cierta y verificable de conformidad con las normas de contabilidad aceptadas universalmente. Solo el Gerente o quien él designe son competentes para divulgar cualquier información de la institución

Información Reservada

El Hospital guarda reserva frente a la información referente a la atención de los pacientes, en especial de su Historia Clínica que por mandato legal solo puede suministrarse a las personas autorizadas por la ley

Estándares Mínimos de Información Financiera y de Gestión

Con excepción de la información reservada, el Hospital en las oportunidades y con las condiciones de forma que señale la ley, deberá informar sobre:

- Sus Estados Financieros a los entes de Control Fiscal, Oficina de Planeación Municipal y Junta Directiva
- Los indicadores de Calidad y de Gestión a los organismos de Vigilancia y Control

Respuesta a Derechos de Petición: El Hospital está obligado a respetar el Derecho Fundamental de Petición consagrado en el Art. 23 de la CN, contestando las peticiones que se le formulen en la forma indicada en el Código Contencioso Administrativo y en los términos y plazos fijados en el mismo código

CAPITULO X

DE LOS MECANISMOS PARA LA DIFUSIÓN, SOCIALIZACIÓN PERMANENTE Y SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL CÓDIGO

El Código de Buen Gobierno será publicado y presentado a todos los funcionarios del Hospital y están a disposición de los proveedores, las autoridades de control y de los usuarios, en folletos disponibles en la oficina de atención al usuario, en el almacén y las oficinas administrativas del Hospital. Será divulgado mediante presentaciones en el auditorio del Hospital a todos los funcionarios por lo menos una vez cada año.

Para garantizar el cumplimiento del presente código se tendrán los siguientes indicadores:

- No. de folletos editados y entregados a los usuarios

Meta: 100% de los Núcleos Familiares del Municipio disponen del folleto

- No. de reuniones de socialización sobre el código hechas a los funcionarios del Hospital

Meta: Una reunión semestral con asistencia del 100% de los funcionarios

- No. de folletos editados y entregados a los proveedores

Meta: 100% de los Proveedores del Hospital disponen del folleto

- No. de Quejas presentadas por la violación al código

Meta: 100% de las quejas recepcionadas, estudiadas y resueltas

- Evaluaciones pos test a las reuniones de socialización a los funcionarios

META: 100 % de los funcionarios con calificación mínima de la evaluación equivalente al 70% (Mínima calificación 3,5 en escala de 1 a 5)