

TRD-1000-18-27-07

SEGUNDO INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO DICIEMBRE - 2023



- ✓ Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción
- ✓ Ley 962 de 2005 Ley Anti tramites
- ✓ Decreto 1083 de 2015
- ✓ Decreto 2641 del 17 de diciembre de 2012.
- ✓ Decreto Ley 019 de 2019
- ✓ Ley 1757 de 2015
- ✓ Decreto 124 de 2016
- ✓ Ley 1712 de 2014 Ley de transparencia.

Fecha de corte: Diciembre 31 de 2023



Email: controlinterno@hospitaltomasuribe.gov.co
Calle 27, Carrera 39 Esquina, CP 763021. PBX 231 7333 Ext 121
Tuluá, Valle del Cauca, Colombia

INTRODUCCIÓN:

EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE E.S.E., comprometido con los lineamientos del Gobierno Central y en coordinación con el Gobierno Departamental en la lucha de acercar la administración pública a la ciudadanía y el fortalecimiento de la lucha contra la corrupción, contribuye con seguimiento a las acciones contempladas en el Plan Anticorrupción planteadas para la vigencia 2023 de conformidad con la Ley 1474 de 2011, que en su Artículo 73, reza que: **“Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano**: Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano.

El Decreto Ley 019 de 2012, Decreto antitrámites, el cual “Dicta las normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública”... la Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública en su Artículo 9 Literal g) el cual define que es “Deber de publicar en los sistemas de información del Estado o herramientas que lo sustituyan el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

La Ley 1757 de 2015 Promoción y protección al derecho a la Participación ciudadana, en su Artículo 48 y siguientes, establece que: “La estrategia de rendición de cuentas hace parte del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

El Decreto 124 de 2016, “por el cual se sustituye el Título IV de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”... y el Capítulo V de la Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano versión 2. Y en el artículo 2.1.4.6 Define que le corresponde a la Oficina de Control Interno, adelantar la verificación de la elaboración y de la publicación del Plan.

La Oficina de Control Interno en cumplimiento a su función de verificación y control establecida en la diferentes normas constitucionales, legales y especialmente en los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011 Y La Ley 87 de 1993, realizó la verificación del cumplimiento en la elaboración y publicación del “Plan anticorrupción y de atención al ciudadano” vigencia 2023 al igual que su estructura acorde a lo estipulado en el marco normativo, seguimiento realizado con corte a 31 de diciembre de 2023.

A continuación se presentan los resultados del seguimiento de las actividades frente a lo Planteado al inicio del año 2023.

1. OBJETIVO:

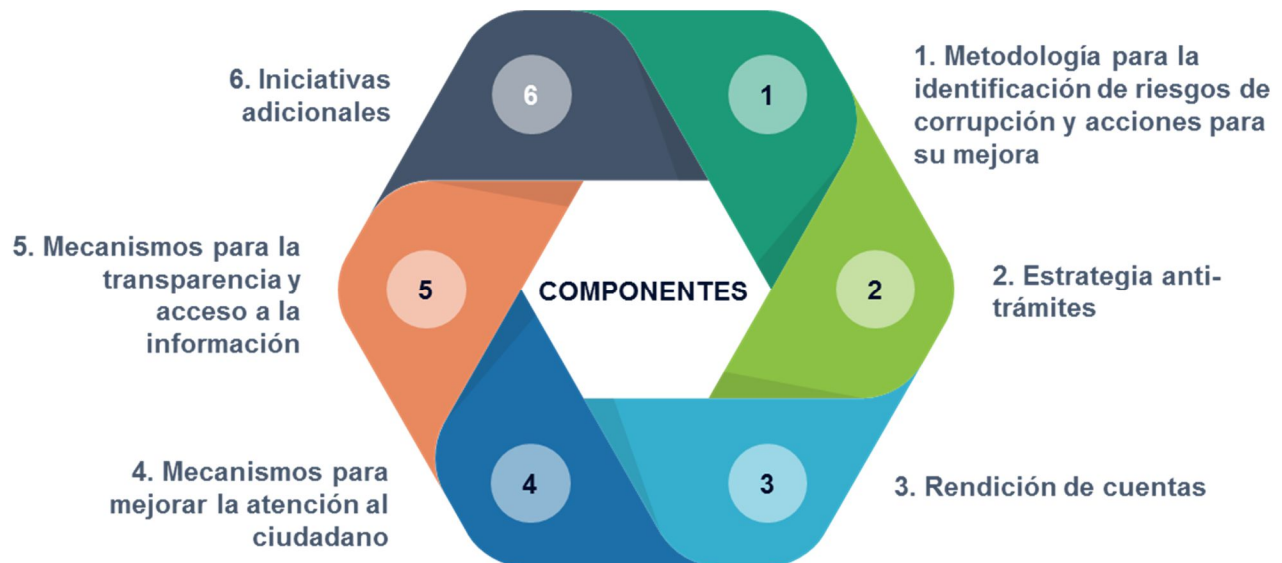
Verificar y evaluar el cumplimiento en la elaboración, divulgación y publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá Empresa Social del Estado, vigencia tercer cuatrimestre del año 2023.

2. ALCANCE:

Revisar el cumplimiento elaboración, divulgación y publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá Empresa Social del Estado, vigencia tercer cuatrimestre del año 2023.

Para la realización del primer seguimiento se verificaron la elaboración y cumplimiento en los términos de Ley al igual la publicación en la página Web institucional en los términos de Ley.

COMPONENTES DEL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO



RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO:

El seguimiento y verificación efectuado por la Oficina de Control Interno con corte al 31 de diciembre de 2023 y mediante la metodología utilizada para este seguimiento la cual basará en el cumplimiento en términos de Ley, estructura y calidad de la información.

ESTRUCTURA

La estrategia anticorrupción que la E.S.E. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá empresa social del estado plasmada en este documento y que se desarrollará en el año 2023, se ha construido siguiendo los lineamientos de la Presidencia de la República impartidos en la guía “ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN A EL CIUDADANO V.2 del 2015”, y está integrada por Cinco (5) componentes.

No DE COMPONENTE	NOMBRE DEL COMPONENTE	ACTIVIDADES PROGRAMADAS
COMPONENTE I	GESTION DEL RIESGO	11
COMPONENTE II	ESTRATEGIA ANTI TRAMITES	8
COMPONENTE III	RENDICION DE CUENTAS	7
COMPONENTE IV	ATENCION AL CIUDADANO	12
COMPONENTE V	TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA	9
Total		47

Como se observa en la tabla anterior fueron objeto de revisión 47 actividades, que a la vez incluyen acciones que involucran a todas las áreas y miembros de la institución, evidenciándose la construcción de una manera más participativa y concertada, por parte de los grupos de interés.

GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN

PRIMER COMPONENTE: hace referencia al propósito de la Alta Dirección de gestionar el riesgo. Esta política debe estar alineada con la planificación estratégica de la entidad, con el fin de garantizar la eficacia de las acciones planteadas frente a los riesgos de corrupción identificados.

Establece los criterios generales contemplados para la identificación y prevención de los riesgos de corrupción de la entidad, permitiendo a su vez la generación de alarmas y la elaboración de mecanismos orientados a prevenirlos o evitarlos

Los riesgos de corrupción estarán incluidos en el mapa institucional y de política de administración del riesgo, para que a partir de ahí se realice un monitoreo a los controles establecidos para los mismos, para el logro de este componente se planearon las siguientes acciones:

Política Institucional de Administración del Riesgo

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE		SEPT.	OCTUB.	NOVI.	DIC.
		NOMBRE	CARGO				
1. Revisión y actualización de riesgos de corrupción que puedan implicar adulteración de información en los procesos definidos en la entidad de acuerdo con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG recursos públicos y/o información financiera.	Política de Gestión de riesgo Actualizada	José Luis Caicedo Ramírez	Profesional Planeación			15	
2. Divulgación de la política de riesgos de corrupción.	Mapa de riesgos de corrupción publicado en página web	José Luis Caicedo Ramírez	Profesional Planeación			15	
3. Publicar la política de riesgos en la página Web.	Política de Gestión del riesgo se encuentra publicada en la página WEB.	Cristian Johan Rodríguez	Jefe de Sistemas	22	24		

La política de administración de riesgos es el conjunto de “actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con respecto al riesgo” .Esta política debe estar alineada con la planificación estratégica de la entidad, con el fin de garantizar de forma razonable la eficacia de las acciones planteadas frente a los posibles riesgos de corrupción identificados.

Para los riesgos de corrupción, las acciones que debe tener en cuenta la alta dirección para su administración son:

Evitar el riesgo: “Tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Es siempre la primera alternativa a considerar, se logra cuando al interior de los procesos se generan cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas”.

Reducir el riesgo: Implica tomar medidas encaminadas a disminuir la probabilidad (medidas de prevención). “La reducción del riesgo es probablemente el método más sencillo y económico para superar las debilidades antes de aplicar medidas más costosas y difíciles”.

En este orden de ideas, es necesario que dentro del mapa institucional y de la política de administración del riesgo de la entidad, se contemplen los riesgos de posibles actos de corrupción, para que a partir de ahí se realice un monitoreo a los controles establecidos para los mismos. Esto con el fin de garantizar la toma de decisiones oportunas desde el nivel más alto de la organización mediante la coordinación de actividades tendientes a reducirlos y evitarlos, y que a la vez se establezcan los responsables acorde con los procesos y procedimientos susceptibles de riesgos de corrupción en la entidad.

Para estos efectos, se debe tener en cuenta la política general de administración de riesgos, que según los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, contempla: (i) los objetivos que se esperan lograr; (ii) las estrategias para establecer cómo se va a desarrollar las políticas, a largo, mediano y corto plazo; (iii) los riesgos que se van a controlar; (iv) las acciones a desarrollar contemplando el tiempo, los recursos, los responsables y el talento humano requerido y (v) el seguimiento y evaluación a la implementación y efectividad de las políticas.

Se constató que la Institución tiene definida la Política de Riesgos bajo la Resolución 471 de 2017, “Por la cual se modifica la Resolución No. 685 de septiembre 30 de 2016 y se aprueban y adoptan las políticas de administración del riesgo, proceso de administración del riesgo y el mapa de riesgos de la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, empresa social del estado, correspondiente a los proceso de prestación de servicios definidos en el direccionamiento y control, misionales y de apoyo”

La política del riesgo de la ESE quedó definida de la siguiente manera:

“Garantizar las acciones necesarias que conduzcan a aminorar la vulnerabilidad frente a situaciones que puedan interferir en el correcto desempeño de los proceso y por ende, el cumplimiento de los objetivos institucionales utilizando como herramienta el Mapa de Riesgos establecido por la institución”.

OBSERVACIONES:

1.- Revisión y Actualización de Riesgos de corrupción: se evidencia que la política de gestión de riesgo se encuentra actualizada.

2.- divulgación de la política del riesgo de corrupción: Se hace capacitación virtual por la intranet Chamilo de la institución. Se brinda capacitación a líderes de proceso.

3.- Publicar la política de riesgos en la página WEB: Política de Gestión del Riesgo publicada en WebSite.

Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE		SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
		NOMBRE	CARGO				
4. Identificar los posibles riesgos de corrupción, identificando la fuente de riesgos, causas y consecuencias en cada uno de los procesos institucionales.	Todos los procesos con riesgos de corrupción, identificados y evaluados	Líderes de procesos	Todos los coordinadores			15	
5. Valoración de los riesgos de corrupción	Mapa de riesgos consolidado	Líderes de procesos	Todos los coordinadores			15	
6. Actualizar y consolidar la matriz de riesgos de corrupción inherentes al desarrollo de actividades de cada proceso conforme a metodología definida.	Mapa de riesgos de corrupción consolidado y actualizado.	José Luis Caicedo Ramírez	Profesional Planeación			15	
7. Socializar al interior de la entidad el mapa de riesgos de corrupción a todos los procesos.	Mapa de riesgos de corrupción consolidado y actualizado.	John Alexander Henao	Jefe de Oficina de comunicaciones				19

4.- Identificar los posibles riesgos de corrupción, identificando las fuentes de los riesgos de corrupción, sus causas y consecuencias: se evidencio el diseño de la matriz del riesgo donde se aplica la metodología recomendada en la elaboración de los riesgos de corrupción por la DAFP.

Con el acompañamiento de la líder de Planeación y los responsables de los procesos se construyó el Mapa de Riesgos de Corrupción, donde se identificaron los riesgos de corrupción, a los procesos de suministros, sistemas de información, auditoría de cuentas, facturación, financiero y cartera, etc.

Los riesgos de corrupción consisten en la posibilidad de que, por acción o por omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

“Esto implica que las prácticas corruptas son realizadas por actores públicos y/o privados con poder e incidencia en la toma de decisiones y la administración de los bienes públicos” (Conpes No. 167 de 2013).

5.- Valoración de los riesgos de corrupción: en el proceso de identificación en la matriz del riesgo se valor los riesgo teniendo en cuenta el contexto interno, el externo y del proceso, además del análisis de los criterios para identificar si corresponde a riesgo de corrupción o no. .

6.- Actualizar y consolidar la matriz de riesgo de corrupción inherente al desarrollo de las actividades de cada proceso conforme con la metodología definida por la secretaria técnica de la Presidencia de la Republica: se evidencio el diseño de la matriz del riego donde se aplica la metodología recomendada en la elaboración de los riesgos de corrupción por la DAFP y consolidado en el mapa de riesgo.

7.- Socializar al interior de la Entidad el mapa de riesgos de corrupción a todos los procesos: se realizaron reuniones de socialización del mapa de riesgos a los líderes de los procesos

Los servidores públicos y contratistas de la entidad deben conocer el mapa de riesgos de corrupción antes de su publicación. Para lograr este propósito la oficina de planeación o quien haga sus veces, o la de gestión del riesgo deberá diseñar y poner en marcha las actividades o mecanismos necesarios para que los funcionarios y contratistas conozcan, debatan y formulen sus apreciaciones y propuestas sobre el proyecto del mapa de riegos de corrupción.

Así mismo, dicha oficina adelantará las acciones para que la ciudadanía y los interesados externos conozcan y manifiesten sus consideraciones y sugerencias sobre el proyecto del mapa de riegos de corrupción. Deberá dejarse la evidencia del proceso de socialización y publicarse sus resultados.

Consulta y Divulgación

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE		SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
		NOMBRE	CARGO				
8. Publicar la política de riesgos en la página Web.	Mapa de riesgos publicado en la página Web	Julián Andrés Henao	Jefe de Sistemas			16	22
9. Cargue del mapa de riesgos de corrupción de la entidad en la intranet.	Mapa de riesgos cargado en la intranet.	Cristian Johan Rodríguez	Jefe de Sistemas			21	22

8.- Publicar el mapa de riesgos en la página WEB: El mapa de riesgos se encuentra publicado en la en la página web de la entidad, en la sección denominada “*Transparencia y acceso a la información pública*”, o en un medio de fácil acceso al ciudadano, a más tardar el 31 de enero de cada año.

9.- Carga el mapa de riesgo de corrupción de la entidad en la intranet: la institución cuenta con una herramienta interna de comunicación llamada carpeta pública a la cual tiene acceso todos los funcionarios de la institución

Monitoreo y Revisión

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE		ABRIL	AGOS	DICIE
		NOMBRE	CARGO			
10. Los líderes de proceso en conjunto con su equipo de trabajo, deben monitorear y revisar periódicamente el Mapa de riesgos de corrupción y si es el caso ajustarlo haciendo publico los cambios.	Monitorear tres veces al año (marzo- agosto-diciembre), el estado de los riesgos de corrupción, en los distintos procesos.	Líderes de proceso. José Luis Caicedo Ramírez.	Todos los coordinadores de planeación	14	11	14
11. Realizar seguimiento de los riesgos de corrupción y analizar las causas y la efectividad de los controles planteados con cada líder del proceso.	Informe de seguimiento publicado en página Web.	Diego Escobar Valencia	Control Interno	28	31	14

10.- Los líderes de procesos en conjunto con sus equipos de trabajo deben monitorear y revisar periódicamente el documento del mapa de riesgo de corrupción y si es del caso ajustarlo haciendo públicos los cambios: En concordancia con la cultura del autocontrol al interior de la entidad, los líderes de los procesos junto con su equipo realizarán monitoreo y evaluación permanente a la gestión de riesgos de corrupción

11.- Realizar seguimiento de los riesgos de corrupción y de análisis de causas y los controles establecidos con cada jefe de procesos: Analizada la matriz de riesgos de corrupción, se puede observar que contempla actividades de control por parte de la primera línea de defensa, con el fin de mitigar las causas que hacen que el riesgo se materialice, tal como lo define la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en las entidades públicas versión

RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

SEGUNDO COMPONENTE: Este componente busca encaminar las acciones de racionalización a reducir: costos, tiempos, documentos, pasos, procesos, procedimientos y a generar esquemas no presenciales para su realización como el uso de correos electrónicos, internet y páginas web. Para lo cual se establecieron las siguientes acciones:

Trámite: Conjunto de requisitos, pasos o acciones regulados por el Estado, que deben efectuar los usuarios ante una entidad de la administración pública o particular que ejerce funciones administrativas, para adquirir un derecho o cumplir con una obligación prevista o autorizada por la Ley y cuyo resultado es un producto o un servicio

Política Racionalización de Trámites

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE		SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
		NOMBRE	CARGO				
1. Identificar los trámites, otros procedimientos administrativos y procesos que tiene el Hospital.	Actualizar el inventario de tramites	Rosario Sánchez Gloria jael Morales Daney Moreno, Alderis Vinasco,	Facturación, SIAU, Laboratorio clínico, Tesorería, Jurídico.		17		
2. Priorización de trámites.	Relación de tramites priorizados.	Nini Johanna Rentería	Equipo de Gobierno		17		
3. Registrar tramites en el SUIT - Sistema Único de Información de tramites	Certificado de registro de los tramites en el SUIT (Artículo 40 del Decreto - Ley 019 de 2012)	Rosario Sánchez, Gloria jael Morales	Jefe oficina de Sistemas, Coordinación SIAU.			9	
4. Realizar mejoras en costos, tiempos, pasos, procesos, procedimientos, incluir uso de medios tecnológicos para su realización.	Cronograma ajustado de actividades (Estrategias de racionalización).	Cristian Rodríguez, Daney Moreno, Diana carolina Hernández	Facturación Laboratorio clínico, Costos, Jurídico.			16	

5. Racionalización de tramites	Tramites optimizados	Rosario Sánchez, Daney Moreno, Alderis Vinasco,	, Laboratorio clínico, Tesorería, Jurídico.				15
6. Definición de acciones o medidas de mejora (Racionalización), que implican el uso de tecnología de información y comunicación para agilizar procesos y procedimientos que soportan los tramites. Lo que permite la modernización interna de la entidad mediante la adopción de herramientas tecnológicas (Hardware, software, Telecomunicaciones).	tramites con uso de tecnología	Julian Andres Henao	Jefe oficina de Sistemas				15
7. Interoperabilidad: Asociada a compartir información entre las entidades estatales y privadas que ejerzan funciones públicas a través de medios públicos o tecnológicos, evitando solicitar dicha información al usuario mediante mecanismos certificados de pago, inscripciones, registros y obligaciones. etc.	Iniciar los trámites para la inoperabilidad del manejo de la Historia clínica con la Gobernación del Valle	Julian Andres Henao	Jefe oficina de Sistemas			14	
8. Publicación en la página WEB del Hospital, la estrategia de racionalización de trámites.	Estrategia publicada en la página Web.	Julian Andres Henao , José Luis Caicedo	Jefe oficina de Sistemas, Planeación				16

1.- Identificación de trámites: Fase en la cual cada entidad debe establecer el inventario de trámites propuestos por la Función Pública y registrarlos en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT). Es importante tener en cuenta que la información del trámite debe estar registrada y actualizada en el SUIT en armonía con lo dispuesto en el artículo 40 del Decreto - Ley 019 de 2012. La institución realizó el inventario de trámites e identificación de los mismos.

2.- Priorización de trámites: Fase que consiste en analizar variables externas e internas que afectan el trámite y que permiten establecer criterios de intervención para la mejora del mismo. Para la priorización de trámites se deben focalizar aquellos aspectos que son de mayor impacto para la ciudadanía, que mejoren la gestión de las entidades, aumenten la competitividad del país y acerquen el Estado al ciudadano. En este sentido, existen variables o factores internos y externos que inciden sobre los resultados de la gestión de las entidades.

3.- Registro en el sistema único de información de trámites (SUIT): proceso mediante el cual se registran ante el SUIT los tramites priorizados y se inicia el trámite de racionalización.

4.- Realizar mejoras en costos, tiempos, pasos, procesos, procedimientos, incluir uso de medios tecnológicos para su realización: análisis realizado por la entidad donde valora las mejoras en la racionalización de trámites en beneficio de los usuarios.

5.- Racionalización de trámites: Fase que busca implementar acciones efectivas que permitan mejorar los trámites a través de la reducción de costos, documentos, requisitos, tiempos, procesos, procedimientos y pasos; así mismo, generar esquemas no presenciales como el uso de correos electrónicos, internet y páginas web que signifiquen

un menor esfuerzo para el usuario en su realización. Los tipos de racionalización pueden desarrollarse a través de actividades normativas, administrativas o tecnológicas, orientadas a facilitar la relación del ciudadano frente al Estado.

6.- Definición de acciones de mejora que implican el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones para agilizar los procesos y procedimientos que soportan los tramites, lo que permite la modernización interna de la entidad mediante la adopción de herramientas tecnológicas(hardware, software y comunicaciones):

7.- Interoperabilidad: Asociada a compartir información entre las entidades estatales y privadas que ejerzan funciones públicas a través de medios físicos o tecnológicos, evitando solicitar dicha información al usuario mediante mecanismos de certificación de pagos, inscripciones, registros, obligaciones, etc: Dentro de la interoperabilidad se consideran las cadenas de trámites y las ventanillas únicas. • Cadena de trámites: Serie de consultas, verificaciones o trámites que deben realizarse previamente de manera obligatoria, ante otras instituciones o particulares que ejerzan funciones administrativas, con el fin de cumplir con los requisitos de un determinado trámite. • Ventanilla única virtual: Sitio virtual desde el cual se gestiona de manera integrada la realización de trámites y procedimientos administrativos de cara al usuario que están en cabeza de una o varias entidades, dando la solución completa al interesado para el ejercicio de actividades, derechos o cumplimiento de obligaciones.

8.- publicación en la página web la estrategia de racionalización de trámites

RENDICIÓN DE CUENTAS

TERCER COMPONENTE: De acuerdo con el artículo 48 de la Ley 1757 de 2015, “por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática”, la rendición de cuentas es “ ... un proceso... mediante los cuales las entidades de la administración pública del nivel nacional y territorial y los servidores públicos, informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control”; es también una expresión de control social, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la evaluación de la gestión, y que busca la transparencia de la gestión de la administración pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno.

Más allá de ser una práctica periódica de audiencias públicas, la rendición de cuentas a la ciudadanía debe ser un ejercicio permanente y transversal que se oriente a afianzar la relación Estado – ciudadano; por tanto, la rendición de cuentas no debe ni puede ser únicamente un evento periódico y unidireccional de entrega de resultados, sino que por el contrario tiene que ser un proceso continuo y bidireccional, que genere espacios de diálogo entre el Estado y los ciudadanos sobre los asuntos públicos. Implica un compromiso en doble vía: los ciudadanos conocen el desarrollo de las acciones de la

administración nacional regional y local, y el Estado explica el manejo de su actuar y su gestión, vinculando así a la ciudadanía en la construcción de lo público.

Es por ello que las normas por sí solas no garantizan la efectiva rendición de cuentas; se requiere tanto de la voluntad política de los gobernantes y servidores, del ejercicio de este derecho por parte de la sociedad civil y del engranaje que la rendición de cuentas tenga con la gestión administrativa de la entidad, de modo que no sea algo ajeno a los otros procesos y procedimientos de la entidad. Para lo cual se estructuraron las siguientes acciones:

Información

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE		OCT.	NOV.	DIC.
		NOMBRE	CARGO			
1. Actualización de la página Web, publicación de los informes institucionales.	Publicación de Información de interés actualizada a la comunidad.	Jhon Alexander Henao. Camilo Camero	Jefe Oficina comunicaciones - Coordinador de Sistemas.	25	27	27
2. Identificar las necesidades de información de la ciudadanía.	Relación de necesidades de información	Gloria Jael Morales	Coordinador SIAU.			27

- 1. Actualizar en la página web y publicación de los informes institucionales:** en armonía con la Ley 1712 Ley de transparencia busca que las entidades de Estado ofrezcan a la comunidad información de la gestión, el resultado y el cumplimiento de las metas institucionales
- 2. Identificar las necesidades de información de la ciudadanía:** busca identificar lo que desean conocer los ciudadanos con el fin de dar respuesta a sus requerimientos de información.

Lenguaje Comprensible

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE		NOV.
		NOMBRE	CARGO	
Generar información de calidad para que sea oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y disponible en formatos accesibles.	Definición de la información que se va a presentar en la Rendición de Cuentas	Felipe José Tinoco, Nini yohana Renteria	Gerente, Coordinador Gestión de Calidad (E).	27

Generar información de calidad para que sea oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable y disponible en formatos accesibles: busca la articulación e

implementación de la Ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional (LEY 1712 DE 2014).

Dialogo

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE		SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
		NOMBRE	CARGO				
1. Realizar Rendición de cuentas a la Ciudadanía	Informe y soportes de las actividades llevadas a cabo para la Rendición de Cuentas	Felipe José Tinoco Z.- Nini Yohana Renteria	Gerente, Coordinador de Gestión de Calidad (E).				17
2. Dialogo con los ciudadanos	Cronograma de reunión mensual con las Asociaciones de Usuarios.	Verónica Cruz.	Atención al Ciudadano.		27	28	29
3. Difundir permanentemente el espacio de diálogos con los ciudadanos.	Publicaciones de Reuniones con las Asociaciones de Usuarios.	Jhon Alexander Henao.	Jefe Oficina de Comunicaciones.			7	5

1.- Realizar rendición de cuentas a la ciudadanía: proceso mediante los cuales las entidades de la administración pública del nivel nacional y territorial y los servidores públicos, informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control”; es también una expresión de control social, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la evaluación de la gestión, y que busca la transparencia de la gestión de la administración pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno

2.- Diálogos con los ciudadanos: se refiere a la sustentación, explicaciones y justificaciones o respuestas de la administración ante las inquietudes de los ciudadanos relacionadas con los resultados y decisiones. Estos diálogos pueden realizarse a través de espacios (bien sea presenciales - generales, por segmentos o focalizados, virtuales por medio de nuevas tecnologías) donde se mantiene un contacto directo con la población.

3.- Difundir permanentemente el espacio de dialogo con los ciudadanos: espacio que busca mantener informada a los grupos de interés sobre el resultado de los diálogos permanentes, en articulación con el artículo 48 de la Ley 1757 de 2015, “por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática

Incentivos para Motivar la Cultura de la Rendición y Petición de Cuentas

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE		SEPT	OCT.	NOV	DIC.
		NOMBRE	CARGO				
Planear acciones que contribuyan a la interiorización de la cultura de Rendición de Cuentas en los servidores públicos y en los ciudadanos mediante la capacitación, el acompañamiento y el reconocimiento de experiencias.	Comunicados, programa radical y redes sociales.	Gloria Jael Morales John Alexander Henao.	Coordinador SIAU Coordinador Oficina de Comunicaciones	DEL05 DE SEPTIEMBRE AL 19 DE DICIEMBRE DE 2023.			

Planear acciones que contribuyan a la interiorización de la cultura de rendición de cuentas en los servidores públicos y en los ciudadanos mediante la capacitación, el acompañamiento y el reconocimiento de experiencias: busca generar cultura al interior de la institución sobre el dialogo permanente con los ciudadanos en todos los funcionarios de la institución y en todos los niveles jerárquicos.

MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

CUARTO COMPONENTE: Este componente busca mejorar la calidad y el acceso a los trámites y servicios de las entidades públicas, mejorando la satisfacción de los ciudadanos y facilitando el ejercicio de sus derechos. Se debe desarrollar en el marco de la Política Nacional de Eficiencia Administrativa al Servicio del Ciudadano (Conpes 3785 de 2013), de acuerdo con los lineamientos del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano (en adelante PNSC), ente rector de dicha Política.

A través de la citada Política, se definió un Modelo de Gestión Pública Eficiente al Servicio del Ciudadano, que pone al ciudadano como eje central de la administración pública y reúne los elementos principales a tener en cuenta para mejorar la efectividad y eficiencia de las entidades, así como garantizar que el servicio que prestan a los ciudadanos responda a sus necesidades y expectativas (elementos de la ventanilla hacia adentro y hacia afuera). Estableciendo para su logro las siguientes acciones:

Estructura administrativa y direccionamiento estratégico La entidad formula acciones para fortalecer el nivel de importancia e institucionalidad del servicio al Ciudadano en su interior, afirmando el compromiso de la Alta Dirección en el fortalecimiento de la gestión al servicio ciudadano, en la formulación de planes, programas y proyectos con canales de comunicación directos de doble vía, en busca de su satisfacción.

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE		SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
		NOMBRE	CARGO				
1. Gestionar las PQRS dentro de los términos establecidos por la normatividad y el proceso documentado.	Respuesta oportuna de acuerdo con lo establecido por la Norma PQRS.	Gloria Jael Morales.	Coordinador SIAU	Per	Per	Per	Per
2. Elaborar trimestralmente informes sobre las quejas y reclamos, con el fin de mejorar el servicio que presta la entidad.	Informe de PQRS	Gloria jael Morales.	Coordinador SIAU			28	

1.- Gestionar las PQRF dentro de los términos establecidos por la normatividad y el proceso documentado: Esta acción se lleva a cabo de acuerdo a lo definido en el procedimiento PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES, definido en el Sistema de Gestión de la Calidad con el código MD-GC-PR-008, cuyo objetivo es recibir, radicar, direccionar y tramitar las solicitudes que impliquen quejas, reclamos, sugerencias, agradecimientos y hacer el seguimiento en las diferentes etapas, respondiendo de manera oportuna y eficaz al peticionario, tomando las acciones de mejora necesarias. Se evidencia informe de PQRS donde se resalta las respuestas oportunas a las PQRS emanadas por los usuarios (los documentos físicos se encuentran bajo la custodia y salvaguarda de coordinador de SIAU).

2.- Elaborar trimestralmente informes sobre las quejas y reclamos, con el fin de mejorar el servicio que presta la entidad: La entidad debe fortalecer aquellos medios, espacios o escenarios que utiliza para interactuar con los ciudadanos con el fin atender sus solicitudes de trámites, servicios, peticiones, quejas, reclamos y denuncias. Adicionalmente, la entidad puede formular acciones para fortalecer los principales canales (presenciales, telefónicos y virtuales) en materia de accesibilidad, gestión y tiempos de atención. Se evidencia la elaboración de cuatro (4) informes de PQRS correspondientes al periodo vigencia 2022 (los documentos físicos se encuentran bajo la custodia y salvaguarda de coordinador de SIAU).

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE		SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
		NOMBRE	CARGO				
Implementar sistemas de Información que faciliten la gestión y trazabilidad de los requerimientos de los ciudadanos.	Portal Web con accesibilidad o información consolidada.	Líderes de proceso. Julián Andrés Henao	Líderes de proceso Jefe de Sistemas.	5	9	7	11

Se constituye en la variable más importante para la gestión y el mejoramiento del servicio al ciudadano, pues son los servidores públicos quienes facilitan a los ciudadanos el acceso a sus derechos a través de los trámites y servicios que solicitan. La entidad puede formular acciones para fortalecer el talento humano en materia de sensibilización, cualificación, vocación de servicio y gestión. Se evidencia en la página web de la institución link para la recepción de PQRS en línea.

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE	
		NOMBRE	CARGO
Incluir en el Plan Institucional de capacitación, temáticas relacionadas con el mejoramiento del servicio al ciudadano como: Cultura del servicio al ciudadano. Fortalecimiento de competencias para el desarrollo de la labor de servicio. Innovación en la Administración pública. Normatividad, competencias y habilidades personales. Gestión del Cambio. Lenguaje claro entre otros.	Plan de Capacitaciones. Contenidos definidos en el Plan de capacitaciones. Cronograma de capacitaciones en temas tendientes a fortalecer las competencias del servidor público que atiende directamente a los ciudadanos.	LEIDY JHOANNA OSPINA	Jefe Oficina de Talento Humano

Incluir en el plan institucional de capacitación temáticas relacionadas con el mejoramiento del servicio al ciudadano, fortalecimiento de competencias para el desarrollo de la labor del servicio, innovación en la administración pública, ética y valores del servidor público, normatividad, competencias y habilidades personales, gestión del cambio, lenguaje claro, entre otros: Se constituye en la variable más importante para la gestión y el mejoramiento del servicio al ciudadano, pues son los servidores públicos quienes facilitan a los ciudadanos el acceso a sus derechos a través de los trámites y servicios que solicitan. La entidad puede formular acciones para fortalecer el talento humano en materia de sensibilización, cualificación, vocación deservicio y gestión. Se evidencia el documento PLAN ANUAL DE CAPACITACIONES, en el cual se refleja el cronograma de capacitaciones el cual incluye capacitaciones sobre Humanización, trato digno de los usuarios, manejo de usuario conflictivo entre otros (**los documentos físicos se encuentran bajo la custodia y salvaguarda de coordinador de talento Humano**)

Normativo y procedimental: comprende aquellos requerimientos que debe cumplir la entidad en sujeción a la norma, en términos de procesos, procedimientos y documentación, entre otros, y que no hagan parte de componentes anteriores. La entidad puede formular acciones para asegurar su cumplimiento normativo, en temas de tratamiento de datos personales, acceso a la información, Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD), y trámites.

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE		SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
		NOMBRE	CARGO				
1. De acuerdo a las PQRS, suscribir Plan de Mejoramiento y realizar seguimiento.	Plan de mejoramiento y seguimiento periódico	Gloria Jael Morales.	Coordinador SIAU. Comité de ética.		127	8	6
2. Revisar, actualizar y publicar en los canales de atención la carta de trato digno.	Carta de trato digno actualizada y publicada en los canales de atención	Gloria Jael Morales. Jhon Alexander Henao.	Jefe Humanización. Jefe Oficina de comunicaciones.			15	

1.- De acuerdo a las PQRS suscribir plan de mejoramiento y realizar seguimiento: seguimiento a las acciones de mejora propuesto por el líder del proceso con relación a las PQRS. Con el Comité de Ética se genera plan de acción que se encuentra en la plataforma de Daruma.

2.- Elaborar y publicar en los canales de atención la carta de trato digno: cumplimiento a lo establecido en el Artículo 7 de la Ley 1437 de 2011 la cual busca fortalecer la interacción del **HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE E.S.E** y el compromiso como servidores públicos a brindarles un trato equitativo, respetuoso, considerado, diligente y sin distinción alguna, aumentando su satisfacción respecto de los servicios prestados e incrementar el nivel confianza.

Relacionamiento con el ciudadano: Este componente da cuenta de la gestión de la entidad para conocer las características y necesidades de su población objetivo, así como sus expectativas, intereses y percepción respecto al servicio recibido. Este reconocimiento de los ciudadanos debe guiar cualquier iniciativa de mejora, para cumplir con la razón de ser de la administración pública: servir a los ciudadanos.

ACTIVIDADES	META O PRODUCTO	RESPONSABLE		SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
		NOMBRE	CARGO				
1. Caracterizar a los ciudadanos, usuarios y grupos de interés y funcionarios.	Caracterización documentada	Viviana Ortiz. Leidy Johanna Ospina. Carolina Rodríguez.	Estadístico. Jefe Oficina Talento Humano. Asosindisalud.		14		
2. Revisar la pertinencia de los canales, mecanismos de información y comunicación empleados por la entidad.	Informe del análisis de la pertinencia de canales, mecanismos de información y comunicación empleados por la entidad.	John Alexander Henao. Gloria Jael Morales	Jefe Oficina de comunicaciones, Coordinador de SIAU. .	FM	FM	FM	FM
3. Realizar periódicamente mediciones de percepción de los ciudadanos, respeto a la calidad y accesibilidad de la oferta institucional y el servicio recibido, o informar los resultados a nivel directivo	Informe de satisfacción Indicadores.	Gloria Jael Morales	Coordinador SIAU.	FM	FM	FM	FM
4. Divulgación a través de los medios disponibles cuales son los canales dispuestos para el recibo de las peticiones con la descripción de los horarios y la información que considere relevante para orientar al ciudadano, incluyendo las personas que tienen especial protección constitucional, tal es el caso de las personas con algún caso de discapacidad o grupos étnicos y culturales que se	Construir y publicar una hoja de ruta de los diferentes grupos.	Gloria Jael Morales, Sandra Orozco.	Coordinador SIAU. Coordinador de trabajo Social.	PERM.	PERM.	PERM.	PERM.

comunican en una lengua diferente.							
5. Las oficinas de Control disciplinario deberán adelantar las investigaciones en caso de Incumplimiento a la respuesta de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos en los términos contemplados en la Ley. Quejas contra los servidores públicos de la entidad – Ley 734 de 2002.	Informe de seguimiento por parte de Control Interno Disciplinario	Jorge Hernán Viveros.	Control interno Disciplinario	PERM	PERM	PERM	PERM
6. Seguimiento por parte de Control interno a la atención que se preste de acuerdo con las Normas y los Parámetros establecidos por la entidad.	Informe semestral	Diego Escobar Valencia	Jefe Oficina de Control Interno.	12			

1.- Se evidencia en la oficina de talento humano el formato F-PS-060 MATRIZ DE TALENTO HUMANO, donde se caracterizan los funcionarios de planta de la institución, los de la agremiación. De la misma manera se evidencia en el Área de facturación las bases de datos de los usuarios clasificados por EPS.

2.- Existen folletos, carteleras, pantallas de televisión, ventanilla única, correo, atención presencial, redes sociales, pagina WEB, Se evidencia en el informe trimestral de SIAU, número de usuarios que utilizaron los canales. No se evidencia acción alguna.

3.- Se evidencia informe trimestral del análisis de la satisfacción global de los usuarios e indicadores de Ley.

4.- Se evidencia avisos publicitarios en revistas y periódicos locales, boletines informativos información referente a los servicios que presta la institución, horarios de atención.

5.- Se evidencia el documento MD-GG-RE-034 RELACION DE PROCESOS DISCIPLINARIOS en el cual no se encuentran proceso de ninguna índole por incumplimiento a respuesta de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos en los términos contemplados en la Ley.

6.- Se evidencia informe de análisis de las PQRS actualizado, actualmente se está elaborando el informe del primer trimestre (Enero, febrero y marzo de 2023), con sus respectivos planes de mejora.

MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

QUINTO COMPONENTE: Este componente está a cargo de la Secretaría de Transparencia como entidad líder del diseño, promoción e implementación de la Política de Acceso a la Información Pública, en coordinación con el Ministerio de Tecnología de la Información y Comunicaciones, Función Pública, el DNP, el Archivo General de la Nación

y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).⁴³ El componente se enmarca en las acciones para la implementación de la Ley de Transparencia y Acceso a Información Pública Nacional 1712 de 2014 y los lineamientos del primer objetivo del CONPES 167 de 2013 “Estrategia para el mejoramiento del acceso y la calidad de la información pública” y para lo cual se establecieron las siguientes acciones:

Lineamientos de Transparencia Activa: La transparencia activa implica la disponibilidad de información a través de medios físicos y electrónicos. Los sujetos obligados deben publicar una información mínima en los sitios web oficiales, de acuerdo con los parámetros establecidos por la ley en su artículo 9º y por la Estrategia de Gobierno en Línea 45. Esta información mínima debe estar disponible en el sitio web de la entidad en la sección ‘Transparencia y acceso a la información pública’ 46. En caso de publicarse en una sección diferente o en un sistema de información del Estado, los sujetos obligados deben identificar la información y habilitar los enlaces para permitir el acceso a la misma

Lineamientos de Transparencia Pasiva: La transparencia pasiva se refiere a la obligación de responder las solicitudes de acceso a la información en los términos establecidos en la Ley. Para este propósito se debe garantizar una adecuada gestión de las solicitudes de información siguiendo los lineamientos del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano establecidos en el Cuarto Componente.

Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información: La Ley estableció tres (3) instrumentos para apoyar el proceso de gestión de información de las entidades. Estos son: • El Registro o inventario de activos de Información. • El Esquema de publicación de información, y • El Índice de Información Clasificada y Reservada.

Criterio diferencial de accesibilidad: Para facilitar que poblaciones específicas accedan a la información que las afecte, la ley estableció el criterio diferencial de accesibilidad a información pública⁵⁵. Para el efecto, las entidades deberán implementar acciones tendientes a:

- ❖ **Divulgar la información en formatos alternativos comprensibles.** Es decir, que la forma, tamaño o modo en la que se presenta la información pública, permita su visualización o consulta para los grupos étnicos y culturales del país, y para las personas en situación de discapacidad.
- ❖ **Adecuar** los medios electrónicos para permitir la accesibilidad a población en situación de discapacidad.
- ❖ **Implementar** los lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para población en situación de discapacidad.
- ❖ **Identificar** acciones para responder a solicitud de las autoridades de las comunidades, para divulgar la información pública en diversos idiomas y lenguas de los grupos étnicos y culturales del país.

Monitoreo del Acceso a la Información Pública: Con el propósito de contar con un mecanismo de seguimiento al acceso a información pública, las entidades deben generar un informe de solicitudes de acceso a información que contengan:

- a) El número de solicitudes recibidas.
- b) El número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución.

- c) El tiempo de respuesta a cada solicitud.
- d) El número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información
- e)

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	META Y/O PRODUCTO	RESPONSABLE		DICIEM.
			NOMBRE	CARGO	
1. Información de interés	1.1 Datos Abiertos	Página Web actualizada	Camilo Camero	Oficina de Sistemas	15

Se evidencia en la página web de la entidad un sitio exclusivo para el trámite de la ley 1712 de 2014.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	META Y/O PRODUCTO	RESPONSABLE		DICIEM.
			NOMBRE	CARGO	
2. Estructura Orgánica y Talento Humano	2.1 Procesos y procedimientos	Página Web actualizada	Nini Johanna Rentería	Coordinador Calidad y planeación (E)	15
	2.2 Organigrama	Página Web actualizada	Leidy Johanna Ospina	Jefe Talento Humano	15
	2.3 Directorio de Información de servidores públicos, contratistas y empleados.	Página Web actualizada	Leidy Johanna Ospina	Jefe Talento Humano	15

2.1- Se evidencia en la página web de la institución la publicación e 5 procesos y procedimientos

2.2- Se evidencia en la página web de la entidad la publicación del organigrama institucional

2.3- Se evidencia en la página web de la institución la publicación de información de los funcionarios

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	META Y/O PRODUCTO	RESPONSABLE		DICIEM.
			NOMBRE	CARGO	
3. Normatividad	3.1 Sujetos obligados del orden Nacional	Nomograma utilizado en la página Web.	Oficina Jurídica	Jefe Oficina Jurídica	15
	3.2 Sujetos obligados del orden territorial		Oficina Jurídica	Jefe Oficina Jurídica	15
	3.3 Otros sujetos obligados		Oficina jurídica	Jefe Oficina Jurídica	15

3.1- Se evidencia en la página web de la entidad la publicación de 4 normas nacionales que aplican a la institución

3.2- Se evidencia en la página web de la entidad la publicación de 10 normas regionales que aplican a la institución

3.3- Se evidencia en la página web de la entidad la publicación de resoluciones institucionales.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	META Y/O PRODUCTO	RESPONSABLE		DICIEM.
			NOMBRE	CARGO	
4. Presupuesto	4.1 Presupuesto general asignado	Presupuesto Actualizado en Pagina Web	Olga Moreno	Contadora	15
	4.2 Ejecución presupuestal histórica anual	reporte de ejecución actualizado en Pagina Web	Olga Moreno	Contadora	15
	4.3 Estados Financieros	Estados Financieros Actualizados en Pagina Web.	Olga Moreno	Contadora	15

4.1- No se evidencia en la página web de la institución la publicación del presupuesto de ingresos y gastos de la vigencia 2023.

4.2- Se evidencia en la página web de la institución la publicación de las ejecuciones presupuestales históricas de ingresos y gastos de la vigencia 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022.

4.3- Se evidencia en la página web de la institución la publicación de los estados financieros de las vigencias 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021 y 2022.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	META Y/O PRODUCTO	RESPONSABLE		DICIEM.
			NOMBRE	CARGO	
5. Planeación	5.1 Políticas, lineamientos y manuales	Documentos actualizados en Pagina Web	Álvaro Camacho	Subgerente Científico, Jefe de planeación y Coordinador Calidad (E).	15
	5.2 Metas, objetivos e indicadores de gestión y/o desempeño.	Planes operativos actualizados en Pagina Web.	Álvaro Camacho	Subgerente Científico, Jefe de planeación y Coordinador Calidad (E).	15
	5.3 Participación en la formulación de políticas	Informes de socializaciones actualizados en Pagina Web.	Álvaro Camacho	Subgerente Científico, Jefe de planeación y Coordinador Calidad (E).	15
	5.4 Planes, programas y política.	Plan anticorrupción publicado	Álvaro Camacho	Subgerente Científico, Jefe de planeación y Coordinador Calidad (E).	15

5.1- Se evidencia en la página web de la institución la publicación de políticas y manuales institucionales

5.2- Se evidencia existen planes operativos actualizados en la página web de la institución.

5.3- Se evidencia en la página web de la institución la publicación de los informes de socializaciones actualizados.

5.4- Se evidencia en la página web de la institución la publicación del Plan anticorrupción.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	META Y/O PRODUCTO	RESPONSABLE		DICIEM.
			NOMBRE	CARGO	
6. Control	6.1 Informes de Gestión, evaluación y Auditoria	Informes de Auditoria actualizados en Pagina WEB	Diego Escobar Valencia	Jefe Control Interno	19
	6.2 reporte de Control Interno	Informes de los reportes a entes de control en Pagina Web	Diego Escobar Valencia	Jefe Control Interno	19
	6.3 Planes de Mejoramiento	Planes de mejoramiento actualizados en página Web.	Diego Escobar Valencia	Jefe Control Interno	19
	6.4 Entes de control que vigilan a la entidad y mecanismos de supervisión	Relación Entes de control actualizados en página Web.	Diego Escobar Valencia	Jefe Control Interno	19
	6.5 Defensa judicial	Informe de defensa Judicial en página Web.	Diego Escobar Valencia	Jefe Control Interno	19

6.1- Se evidencia en la página web de la institución el informe de Rendición de Cuentas 2020, 2021,2022 y 2023.

6.2- Se evidencia informes de los reportes a entes de control en página WEB.

6.3- Se evidencia en la página web de la institución los planes de mejora de la contraloría Departamental vigencia 2019, 2020,2021 y los seguimientos a los planes de mejora derivados de la auditoria interna de calidad con corte a diciembre de 2022 y 2023..

6.4- Se evidencia relación de entes de control actualizados en página WEB.

6.5- Se evidencia informe de defensa judicial en página WEB.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	META Y/O PRODUCTO	RESPONSABLE		DICIEM.
			NOMBRE	CARGO	
7. Contratación	7.1 Publicación de la información contractual	Relación de contratos en página Web con link de Sia-Observa.	Oficina Jurídica	Oficina Jurídica	15
	7.2 Publicación de la ejecución de contratos	Relación de ejecución de contratos actualizada	Oficina Jurídica	Oficina Jurídica	15
	7.3 Publicación de procedimientos, lineamientos y políticas en materia de Adquisición y compras	Manual de contratación actualizado	Sandra Bonilla	Contratación	15
	7.4 Plan Anual de Adquisiciones	Plan Anual de Adquisiciones actualizado.	Sandra Bonilla	Contratación	15

7.1- Se evidencia en la página web de la institución la publicación contractual de la vigencia 2023.

7.2 Se evidencia en la página web institucional los links de enlace del SECOP publicación de las ejecuciones de los contratos

7.3 Se evidencia Manual de contratación actualizado y publicado en SIA OBSERVA.

7.4 Se evidencia Plan Anual de adquisiciones actualizado y publicado en SIA OBSERVA.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	META Y/O PRODUCTO	RESPONSABLE		DICIEM.
			NOMBRE	CARGO	
8. Instrumentos de Gestión de Información pública	8.1 Registro de Activos de información	Inventario de información actualizado	Jhonier Mendoza	Gestión Documental	15
	8.2 Índice de Información clasificada y reservada	Publicación actualizada página Web.	Julián Andrés Henao	Jefe Oficina de Sistemas	15
	8.3 Esquema de publicación de información	Listado Actualizado de publicaciones	Cristian Johan Rodríguez	Jefe Oficina de Sistemas	15
	8.4 Programa de Gestión Documental	Programa actualizado y publicado	Jhonier Mendoza	Gestión Documental	15
	8.5 Tablas de Retención Documental	Tablas de retención revisadas y aprobadas	Jhonier Mendoza	Gestión Documental	15
	8.6 Registro de publicaciones	Registro de Activos de información publicada	Julián Andrés Henao	Jefe Oficina de Sistemas	15
	8.7 Mecanismos para presentar quejas y reclamos en relación con omisiones o acciones del sujeto obligado	Portal Web actualizado	Oficina Jurídica	Oficina jurídica	15
	8.8 Informe de peticiones, quejas, reclamos, denuncias y solicitudes de acceso a la información.	Informe de PQRS	Verónica Cruz	Atención al ciudadano - Oficina Jurídica	15

8.1- Se evidencia en la página web de la institución publicación de los registros de activos de información acorde a la ley 1712 de 2014. Se evidencia en la página web de la institución publicación de los registros de activos de información acorde a la ley 1712 de 2014.

8.2- No se evidencia acción alguna

8.3- Se encuentra elaborado y aprobado con fecha 08-01-2021.

8.4- Se evidencia en la página web institucional publicación del documento MA-SI-DO-016 PROGRAMA DE GESTION DOCUMENTAL 2020.

8.5- Se evidencia en la página web institucional documento tablas de retención documental aprobadas resolución 451 de 2012. Se encuentra en proceso de hacer ajustes, no se ha consolidado ni se ha registrado en ningún acta.

8.6- Se evidencia en la página web institucional la publicación del registro de publicaciones

8.7- Se evidencia en la página web institucional mecanismo para la radicación de quejas y reclamos

8.8- Se encuentra en proceso de actualización del informe, el cual se hace trimestral y semestral.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	META Y/O PRODUCTO	RESPONSABLE		DICIEM.
			NOMBRE	CARGO	
9. Transparencia Pasiva	9.1 Medios de seguimiento para la consulta del estado de solicitudes de información Pública.	Línea Telefónica de consultas de PQRS	Gloria jael Morales	Atención al ciudadano.	PERM.

9.- Se evidencia manifestaciones recibidas en la Línea telefónica N. 2317333 Extensión 132.

CONCLUSIONES

La institución en cumplimiento del Artículo 73 de la LEY 1474 elaboró el estatuto anticorrupción para la vigencia 2022, en los términos de la presente ley, , bajo los parámetros de la guía recomendada por la DAFP “**ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCION DEL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION A LOS CIUDADANOS Versión 2**” de la misma manera da cumplimiento al artículo 2.1.4.8 del Decreto 124 de 2016, con la publicación del Plan en la página Web de la institución, sección Transparencia, Planeación, numeral 6.10

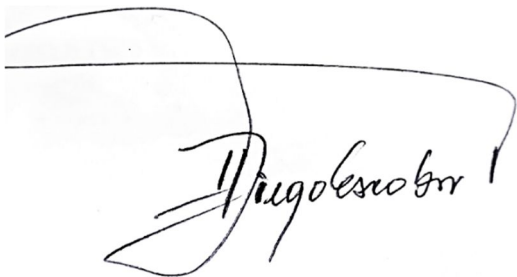
El plan anticorrupción debe convertirse al interior de la institución en una herramienta que facilite la identificación de hechos o acciones de corrupción y consecuentemente la aplicación de controles oportunos para su mitigación, basado en los principios de transparencia, eficiencia administrativa y cero tolerancia con la corrupción, en el marco de la política del buen gobierno establecidos en la entidad en busca del cumplimiento de los objetivos misionales.

RECOMENDACIONES

Fortalecer las estrategias de comunicación interna y externa que conlleven a apersonarse de los controles anticorrupción a los funcionarios de la institución en cada uno de los procesos.

- Se deben actualizar en la página WEB, los informes de presupuesto de ingresos y gastos de la vigencia 2023.
- Fortalecer los controles establecidos para la mitigación de la ocurrencia de hechos de corrupción al interior de la institución.

- Proponer acciones anticorrupción en cada uno de los componentes ajustados a una realidad institucional en cumplimiento de la normatividad y no transcribir la norma textualmente que conlleven a incumplimientos por falta de objetividad.
- Fortalecer el seguimiento y ajustes al mapa de riesgos de corrupción, por cada una de las líneas de defensa.
- Fortalecer las estrategias que conlleven a empoderar la cultura del autocontrol, en el cumplimiento de las actividades propuestas.
- Fortalecer la gestión del componente de racionalización de trámites, debido a que en la vigencia la gestión realizada fue muy deficiente.



DIEGO ESCOBAR VALENCIA
Jefe de Control Interno