

107.

Popayán, enero 25 de 2024

Señor:

JUAN CARLOS ARTEAGA CIFUENTES

Gerente

Hospital Universitario San Jose ESE

ASUNTO: Seguimiento Programa de Transparencia y Ética Pública tercer cuatrimestre 2024.

Teniendo en cuenta lo ordenado en el artículo 5 del Decreto 2641 del 17 de diciembre de 2012, por medio del cual se reglamentaron los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), el Decreto 124 del 26 de enero de 2016, “Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al Plan Anticorrupción”, la Circular Externa Nro. 100-02-2016 del 27 de enero de 2016 emitida por el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, Departamento Administrativo de la Función Pública y el Departamento Nacional de Planeación, sobre la elaboración del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, modificado por el artículo la Ley 2195 de 2022, *“POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS EN MATERIA DE TRANSPARENCIA, PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”*, norma que a partir de su artículo 31 deja sin vigencia el antiguo Plan de Anticorrupción y Atención al Ciudadano y lo reemplaza por el Programa de Transparencia y Ética Pública.

En virtud de lo anterior, la Oficina de Control Interno presenta el tercer informe de seguimiento al Programa de transparencia y Ética Pública con corte a diciembre 31 de 2024 del Hospital Universitario San José ESE.

El informe objeto del asunto se desarrolla atendiendo las evidencias presentadas por parte de la oficina Asesora de Planeación el 24 de enero de 2025 mediante correo electrónico y por los resultados obtenidos de la verificación realizada por esta Oficina al monitoreo y revisión reportado por los responsables de coordinar o de

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5	CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 1 de 6

ejecutar cada actividad contenida en los componentes del Programa de Transparencia y Ética Pública.

Los principales aspectos de la ejecución del Programa de Transparencia y Ética Pública 2024 de la entidad que fueron constatados se muestran a continuación.

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO:

El Hospital Universitario San José ESE para la vigencia 2024 adoptó los siguientes componentes en el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública, componentes que integran las siguientes actividades:

1. **Medidas de debida diligencia:** Este componente está compuesto por tres (3) actividades, las cuales son:
 - 1.1. **Capacitación sobre manual SARLAFT, a personal de la institución relacionado con su aplicación:** La oficina de Planeación remitió evidencia de la capacitación al personal de la institución del manual SARLAFT, se resalta la presencia de algunos coordinadores de la institución, no obstante, es necesario que dicha capacitación teniendo en cuenta el objetivo principal del SARLAFT que es un sistema de autocontrol de riesgos, prevención al lavado de activos y financiación al terrorismo se efectúe en el área de facturación, al personal de jurídica y al personal que ejecuta labores de supervisión de contratos.
 - 1.2. **Implementación del Aplicativo por la integridad pública del SIGEP, para la declaración de Personas Expuestas Políticamente:** La oficina de Planeación remite evidencia donde se puede observar que se efectuó el reporte de las personas consideradas PEP en el aplicativo del SIGEP y dando cumplimiento al ARTÍCULO 2.1.4.2.3 del Decreto 1674 de 2016, el cual establece que deberá reportarse al Gerente, al director financiero y al tesorero.
Para el segundo cuatrimestre, se observa que en las evidencias se remite el reporte correspondiente al Gerente, no obstante no anexa evidencia del reporte del director financiero, teniendo en cuenta el cambio del subgerente administrativo y financiero.

- 1.3. Campaña divulgación Código de Conducta y Buen Gobierno (incluye código de Integridad y conflicto de intereses):** Dentro de las evidencias allegadas se observa que se anexa el código de integridad, la presentación, el test evaluativo, listado de asistencia y resultados de la evaluación, de los cuales se puede concluir que dicha capacitación fue dada a más de 300 colaboradores de la Entidad.

Para el segundo cuatrimestre, si bien en la matriz aparece que se continúa con la capacitación del Código de Conducta y Buen Gobierno, dentro de las evidencias no se anexan los listados de participación de las mismas.

- 2. Componente prevención, gestión y administración de riesgos lavado de activos/financiación del terrorismo/proliferación de armas de destrucción masiva - LA/FT/PADAM y riesgos de corrupción incluidos los reportes de operaciones sospechosas a la uiaf, consultas en las listas restrictivas:** Con un total cinco (5) actividades, distribuida en los siguiente subcomponentes:

- 2.1. Realizar capacitación a los líderes o coordinadores de los procesos sobre el Sistema de Gestión de Riesgo, incluido SICOF:**

El informe de seguimiento observa que se realizó capacitación frente al objeto del subcomponente a los líderes y coordinadores de los servicios de endoscopia, cirugía y central de esterilización. Se anexa listado de asistencia y evaluación.

Para el segundo Cuatrimestre, se evidencia en el informe remitido desde planeación que, Durante el primer semestre de 2024, la Oficina de Planeación ha liderado un programa integral de capacitaciones en inducción y reinducción sobre gestión del riesgo para todo el talento humano del Hospital Universitario San José. Este proceso abarca tanto al personal asistencial como administrativo, y se ha extendido a todos los procesos del hospital, incluyendo el Sistema de Control Interno para la Prevención del Fraude y La Corrupción (SICOF). Se anexan las evidencias correspondientes.

- 2.2. Actualizar Manual SARLAFT/PDADM incluidos los reportes de operaciones sospechosas a la UIAF, consultas en las listas restrictivas, debida diligencia y otras medidas.** La oficina de Planeación informa que dicha actividad fue corrida en el cronograma para ser ejecutada en el segundo cuatrimestre.

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 1 de 6

Para el segundo cuatrimestre se remite el informe correspondiente suscrito por el subgerente administrativo y financiero.

Para el tercer cuatrimestre, se remitieron los informes correspondientes del reporte de proveedores y operaciones que puedan tornarse sospechosas.

2.3. Realizar reportes de operaciones sospechosas a la UIAF: Se anexa informe correspondiente al primer trimestre de 2024, rendido por el subgerente administrativo y financiero de la entidad, se observa que el mismo que los reportes de operaciones se rinde de forma exitosa.

2.4. Formular Manual para la implementación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, que compile Etapas y elementos contemplados en la Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 emitida por la SUPERSALUD. En atención al cronograma del Programa de Transparencia y ética Pública esta actividad está programada para ser ejecutada en el segundo cuatrimestre.

Para el segundo cuatrimestre, la oficina de planeación evidencia que la entidad en cumplimiento a la circular cuenta con un Manual del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, el cual identifica los riesgos que pueden afectar la prestación de los servicios de salud, incluyendo los riesgos operacionales y aquellos relacionados con la corrupción.

En el año 2024, el área de Planeación está llevando a cabo una actualización integral de la metodología utilizada en el manual, así como de la implementación del sistema. Este ajuste busca optimizar La gestión de riesgos a través de las siguientes acciones dave:

1. Valoración de la probabilidad e impacto de los riesgos: Se está afinando el proceso de evaluación de los riesgos, considerando la frecuencia con la que podrían ocurrir y el impacto que tendrían sobre los procesos y servicios del hospital.

2. Clasificación de los riesgos: Los riesgos se están categorizando con base en su severidad y la capacidad del hospital para gestionarlos, permitiendo una priorización adecuada en la asignación de recursos y atención.

- 2.5. Realizar seguimiento a la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF.** En atención al cronograma del Programa de Transparencia y ética Pública esta actividad está programada para ser ejecutada en el segundo y tercer cuatrimestre.

En atención a la matriz de riesgos de la entidad, se observa que La gestión de los riesgos de corrupción, fundamentada en la implementación de controles, ha demostrado ser efectiva en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., ya que el 89% de los riesgos residuales se sitúan en zona de riesgo moderado y bajo , haciendo un seguimiento permanente, lo que contribuye a minimizar su materialización.

Durante el segundo semestre de 2024, no se registró la materialización de riesgos relacionados con actos de corrupción. Sin embargo, los siguientes procesos no presentaron una matriz de riesgos ni evidencia documental de gestión de los mismos: Cardiología, consulta externa, trabajo social, programa madre canguro, cartera, contabilidad, costos y gestión documental.

- 3. Componente REDES INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ACTOS DE CORRUPCIÓN TRANSPARENCIA Y LEGALIDAD:** Con un total de dos (2) actividades, distribuidas en los siguientes Subcomponentes:

- 3.1. Formulación y Ejecución del plan para implementación de la Estrategia de rendición de Cuentas:** El proceso de Rendición de Cuentas se llevó a cabo mediante una Audiencia Pública virtual el 22 de marzo de 2024, presidida por el Gerente del Hospital Universitario San José de Popayán ESE y su equipo directivo, se contó con interpretación en lenguaje de señas en vivo y se realizó previamente su inscripción en la plataforma gubernamental de la Supersalud.

- 3.2. Realizar las gestiones necesarias para vincular al Hospital Universitario San José a la Red Interinstitucional de Transparencia y Anticorrupción -RITA:** Mediante CIRCULAR 001 DE 2024, la Secretaría de Transparencia ha decidido reformular las estrategias de coordinación interinstitucional, en materia de lucha contra la corrupción, que lidera. En consecuencia, a partir de 2024, decidió que no continuará operando la Red Interinstitucional de Transparencia y Anticorrupción – RITA.

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 1 de 6

4. CANALES DE DENUNCIA DE PRESUNTOS ACTOS DE CORRUPCIÓN:

Con una (1) actividad:

- 4.1. Crear en la página web, el link de denuncia establecido en el Código de Conducta y Buen Gobierno y en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011:** En atención a las evidencias remitidas es válido indicar que el Hospital Universitario San José cuenta con una dependencia especializada en recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos presentados por los ciudadanos, garantizando que estas estén relacionadas con el cumplimiento de la misión de nuestra institución.

En cumplimiento de lo dispuesto en el Código de Conducta y Buen Gobierno, y de acuerdo con el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, el hospital implementó un enlace accesible en la página web, a través del cual los ciudadanos podrán realizar denuncias, quejas y sugerencias de manera directa y sencilla. Este enlace permitirá: Facilitar el acceso a los mecanismos de denuncia para los ciudadanos, en línea con los principios de transparencia y participación. Garantizar la confidencialidad y el manejo oportuno de las quejas o denuncias relacionadas con posibles incumplimientos normativos o éticos.

5. ESTRATEGIA DE TRANSPARENCIA, ESTADO ABIERTO, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y CULTURA DE LA LEGALIDAD: Con dos (2) actividades.

- 5.1. Revisión del Esquema de Publicación en la página web:** En atención al cronograma del Programa de Transparencia y ética Pública esta actividad está programada para ser ejecutada en el segundo y tercer cuatrimestre.

Para el segundo cuatrimestre se observa que la institución creó un link de transparencia a partir del cual se anexa pantallazo de la publicación en la página web del reporte de nuestra línea de transparencia, donde se puede reportar cualquier acto de corrupción, opacidad y fraude o lavado de activos y financiación del terrorismo, en

el que pueda estar involucrados miembros de la institución o el relacionamiento con nuestras contrapartes.

5.2. Realizar Seguimiento al Cumplimiento de Publicación de Información de acuerdo al Índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA): En atención al cronograma del Programa de Transparencia y ética Pública esta actividad está programada para ser ejecutada en el segundo y tercer cuatrimestre.

El 27 de julio de 2024 se rindió el informe ITA en el aplicativo generado por la Procuraduría General de la Nación, a la fecha la auditoría correspondiente emitida por la entidad rectora no ha sido notificada. Para el tercer cuatrimestre la oficina de planeación remitió evidencia de seguimiento al cumplimiento del Índice de transparencia.

6. Iniciativas Adicionales: Con una (1) actividades.

6.1. Implementar mecanismo para Identificación de nuevos Trámites o racionalización de los existentes: En atención al cronograma del Programa de Transparencia y ética Pública esta actividad está programada para ser ejecutada en el segundo y tercer cuatrimestre.

Por lo descrito se concluye que la entidad realizó la elaboración, socialización y publicación del Programa de Transparencia y Ética Pública, atendiendo la normatividad vigente. La verificación que sobre este documento la realizó la Oficina de Control Interno, quien tuvo como referencia las evidencias allegadas por la oficina de Planeación, las cuales se les efectuó el respectivo seguimiento con el ánimo de fortalecer los procesos que permitirán dar observancia a las actividades y metas establecidas en el Programa de Transparencia y Ética Pública para la vigencia 2024.

Se anexa Programa de Transparencia y Ética Pública, el avance en el cumplimiento del tercer cuatrimestre del 2024, cuyas evidencias se encuentran en el archivo digital de la oficina de control interno.

Se destaca que de las 4 actividades programadas para el segundo cuatrimestre de la vigencia 2024, la entidad ejecutó 4,

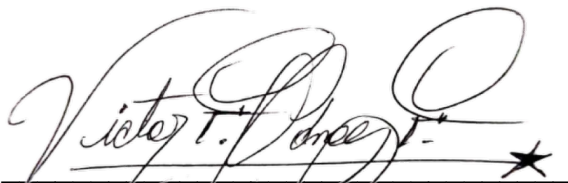
CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 1 de 6

Cordialmente;



VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO
Jefe Oficina Asesora de Control Interno