

106.

Popayán, 23 de enero 2025.

Doctor.

VICTOR GOMEZ FRANCO

JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN.

Asunto: Informe ejecución tercer cuatrimestre 2024 Corrupción, Programa de transparencia y ética pública.

Cordial saludo,

El presente informe tiene como objetivo presentar los resultados de la gestión y ejecución de las actividades relacionadas con la prevención y mitigación de riesgos de corrupción, así como la implementación de las acciones derivadas del Programa de Transparencia y Ética Pública (PAYAC) durante el cuatrimestre del año 2024 en el Hospital Universitario San José de Popayán.

Dando seguimiento a la matriz de riesgos de corrupción, se ha revisado para el tercer cuatrimestre las evidencias presentadas por cada uno de los subprocesos administrativos y asistenciales correspondientes al último cuatrimestre 2024.

METODOLOGÍA DE GESTIÓN:

En este cuatrimestre la gestión de estos riesgos se ha realizado mediante la implementación y seguimiento de la matriz de riesgos de corrupción en formato Excel.

La adopción del SICOE en el hospital busca identificar los riesgos teniendo en cuenta los factores establecidos en la Circular Externa de la Supersalud, cumpliendo con las etapas mínimas de medición, control y monitoreo. Esto incluye la identificación, inventario, relación y documentación de la totalidad de los riesgos en cada uno de los procesos.

Por lo anterior, se adjunta la matriz en Excel del Programa de Transparencia y Ética Pública, junto con las evidencias de las actividades correspondientes al tercer cuatrimestre de 2024 (Periodo: septiembre – diciembre 2024).



El PAYAC se implementó como parte de la estrategia institucional para fomentar la integridad y la lucha contra la corrupción. Las principales actividades ejecutadas durante el cuatrimestre fueron:

Divulgación del Código de Conducta y Buen Gobierno

El código fue actualizado y difundido a todo el personal del hospital a través de medios electrónicos. El 62,82% de los colaboradores realizaron el pre y Pos- test con el compromiso de acatar los principios de transparencia, legalidad y buen gobierno.

FRENTE AL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES SE TIENE:

Para el tercer cuatrimestre del 2024, la Oficina asesora de planeación realizó seguimiento a los riesgos de corrupción así:

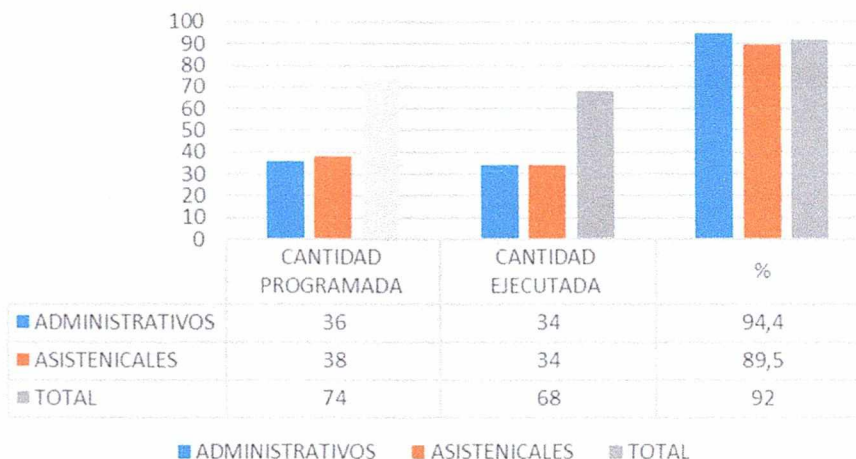
SEGUIMIENTO A GESTION DEL RIESGO MATRIZ DE CORRUPCION TERCER CUATRIMESTRE 2024

SEGUIMIENTO A RIESGOS POR PROCESOS ENTREGADOS EN EL TERCER CUATRIMESTRE		
PROCESOS	CANTIDAD	ASISTENCIALES
ADMINISTRATIVOS	34	100
ASISTENCIALES	34	100
TOTAL	68	100

PROCESOS INSTITUCIONALES	CANTIDAD PROGRAMADA	CANTIDAD EJECUTADA	%
ADMINISTRATIVOS	36	34	94,4
ASISTENCIALES	38	34	89,5
TOTAL	74	68	92



RESULTADOS TERCER CUATRIMESTRE 2024

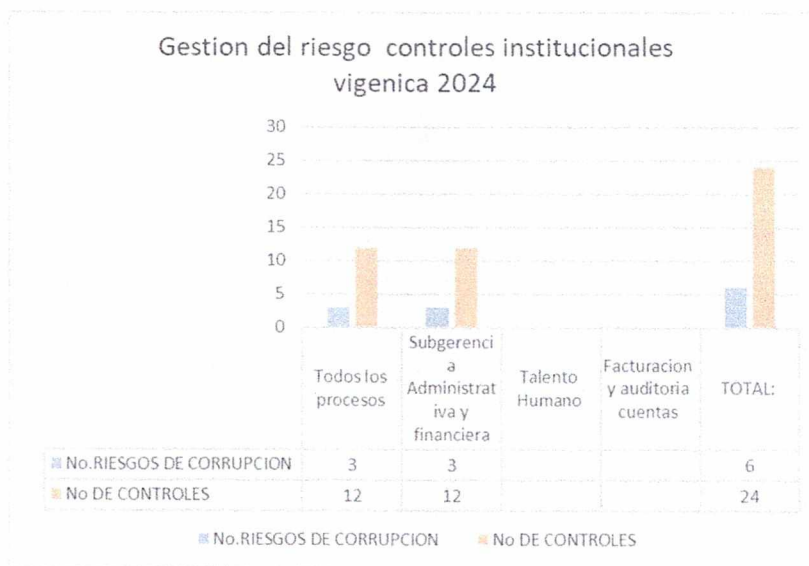


De los 74 riesgos de procesos se realiza un seguimiento a 68 procesos para un cumplimiento del 92 %.

Se continuaron aplicaron los 24 controles definidos para mitigar los 6 riesgos de corrupción del año 2024.

RIESGOS DE CORRUPCION 2024		
AREAS	No. RIESGOS DE CORRUPCION	No. DE CONTROLES
Todos los Procesos	3	12
Subgerencia Administrativa y financiera	3	12
Talento Humano		
Facturacion y auditoria de cuentas		
TOTAL:	6	24

Es crucial que cada área tenga una evaluación de riesgos detallada para evitar omisiones que puedan comprometer la integridad de la gestión del riesgo. Se recomienda realizar una revisión periódica de los riesgos y controles, dado que la corrupción es un riesgo dinámico que puede cambiar dependiendo de circunstancias internas y externas.



Los riesgos institucionales se encuentran en zonas de riesgo alto y moderado, con un 52% y un 47% respectivamente, incluso tras la aplicación de los controles establecidos.

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 92% de los riesgos residuales se sitúan en zona de riesgo moderado y bajo seguimiento permanente, lo que contribuye a minimizar su materialización.

Durante el tercer 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: vigilancia y control, aseo, laboratorio clínico, urgencias pediatría, patología, pediatría.

Este informe enfatiza la necesidad de involucrarse los procesos en un adecuado seguimiento identificación y evaluación de los riesgos en dichos procesos, para garantizar la transparencia y el cumplimiento normativo

21

EJECUCION PLAN DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA
3ER CUATRIMESTRE 2024



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN
PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - 2024

OBJETIVO: Promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de la misión del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E

COMPONENTE	ITEM	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADOR	FORMULA	META	EVIDENCIA	PERIODICIDAD	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	SEGUIMIENTO CUMPLE=1 NO CUMPLE=0
									1	2	3	4	
									1	2	3	4	
MEDIDAS DE DEBIDA DILIGENCIA	1.1.	Capacitación sobre manual SARLAFT, a personal de la institución relacionado con su aplicación	Oficial de Cumplimiento SARLAFT	Cumplimiento en capacitaciones programadas	Capacitaciones realizadas	Mayor o igual a 80%	Informe del Indicador	Anual				X X X X	1
	1.3.	Divulgación Código de Conducta y Buen Gobierno (incluye código de Integridad y conflicto de intereses) en proceso de inducción general	Oficina de Talento Humano	Servidores públicos que reciben inducción general	Servidores públicos que reciben inducción general/ Total nuevos ingresos de personal	Mayor o igual a 90%	Informe que contenga soporte de las actividades realizadas	Febrero a Noviembre	X	X	X	X	1
PREVENCIÓN, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LAVADO DE ACTIVOS/FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO/PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA - LAVTI/PADAM Y RIESGOS DE CORRUPCIÓN INCLUIDOS LOS REDES INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ACTOS DE CORRUPCIÓN TRANSPARENCIA Y LEGALIDAD	2.1	Realizar capacitación a los líderes o coordinadores de los procesos sobre el Sistema de Gestión de Riesgo, incluido SICOF	Oficina Asesora de Planeación con apoyo Oficial de Cumplimiento SICOF	Cumplimiento en capacitación Sistema Integrado de Gestión del Riesgo	1 Capacitación a líderes (grupal) 1 Capacitación presencial en cada servicio o proceso	2	Informe de la actividad con listado de Asistencia y evidencia fotográfica.	Febrero a Noviembre	X	X	X	X	1
	2.2	Realizar reportes de operaciones sospechosas a la UIAF	Oficial de Cumplimiento SARLAFT	Cumplimiento en reportes a UIAF	Número de reportes efectuados a UIAF	12	Captura de pantalla de reportes efectuados a la UIAF	mensual	X		X		1
	2.5	Realizar seguimiento a la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude - SICOF	Oficina Asesora de Control Interno	Seguimiento a la implementación de SICOF	Auditorías realizadas	2	Informe de Auditorías realizadas	Junio y Noviembre o De acuerdo a Cronograma de Auditorías				X X X X	1
	3.1	Formulación y Ejecución del plan para implementación de la Estrategia de rendición de Cuentas	Oficina Asesora de Planeación con el Apoyo del proceso de Comunicaciones	Cumplimiento al plan para la implementación de la estrategia de rendición de Cuentas	# actividades ejecutadas del Plan/ # actividades programadas x100	85%	Informe de implementación Estrategia de Rendición de Cuentas	Agosto y noviembre 2024				X X X X	1
ESTRATEGIA DE TRANSPARENCIA, ESTADO ABIERTO, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y CULTURA DE LA LEGALIDAD	5.1	Revisión del Esquema de Publicación en la página web	Oficina asesora de Planeación con apoyo de Administración y almacenamiento de información.	Cumplimiento en el esquema de publicación de acuerdo a lo establecido en ITA	NA	1	Acto administrativo	Junio					1
	5.2	Realizar Seguimiento al Cumplimiento de Publicación de Información de acuerdo al Índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA)	Oficina asesora de Planeación	Cumplimiento a Índice de Transparencia y Acceso a la información ITA	Ítems ITA cumplidos/ Ítes ITA programados	mayor o igual 85%	Informe Oficina Asesora de Planeación	Junio- Noviembre				X X X X	1

Actividades a Cumplir en el periodo	9
Actividades Programadas	9
% de cumplimiento	100%

Evidencia 1.1: Capacitación sobre manual SARLAFT, a personal de la institución relacionado con su aplicación.

Se realizó la capacitación al personal del Hospital Universitario San José de Popayán sobre el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), con el objetivo de brindar información clara sobre los procedimientos, controles y metas orientados a prevenir que los recursos de la institución sean utilizados en actividades ilícitas, como el lavado de activos (LA) o la financiación del terrorismo (FT).

Es fundamental que el personal conozca y aplique este sistema en su labor diaria, ya que su correcta implementación no solo protege a la institución, sino también a sus empleados, frente a sanciones y riesgos reputacionales.

Se llevó a cabo el procedimiento de conocimiento del cliente interno y, a través del acta número 014 del 5 de noviembre de 2024, se designó al oficial de cumplimiento suplente. Además, se actualizó la formación de los oficiales de cumplimiento mediante un diplomado, con el fin de fortalecer sus conocimientos y competencias.

En conclusión, el Hospital Universitario San José de Popayán tiene la responsabilidad de garantizar un manejo adecuado de sus recursos, previniendo actividades ilícitas. La capacitación continua y el cumplimiento de los principios y controles establecidos por el SARLAFT son cruciales para asegurar la transparencia, la confianza institucional y el éxito a largo plazo de la entidad.

		LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO				FO-ARH-01	
FECHA		LUGAR				Versión: 05	
11 Septiembre / 2024		Sala de Juntas de Gerencia				Página 6 de 16	
TÍTULO		Capacitación SARLAFT					
MONITOR (BY)		Oficina de Planeación - Asesoría Administrativa - Gestión del Riesgo					
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	# CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASIGNACIÓN	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Alfonso D. Jaramila	10141086	Gerente V.C.	HUSJ	N/C		
2	Andrés Bolívar	106127846	Técnico Genl	HUSJ	Tecnología	andresbolivar@hospitalsanjosé.edu.co	
3	Valentina Quiroz	106180389	Abogada	HUSJ	Jurídica	valentinaquiroz@hospitalsanjosé.edu.co	
4	Andrés F. Camps	7679164	Tec. D. Am.	Sabiduría	Tecnología	andresfcamps@hospitalsanjosé.edu.co	
5	William Quiroz Sallusti	36309496	Donde Fiscal	Presupuesto	Fiscal	williamquiroz@hospitalsanjosé.edu.co	
6	Diego María Pardo	65288996	Coordinador	H.U.S.J.	Relación H.U.S.J.	diegomariapardo@hospitalsanjosé.edu.co	
7	Diego Pardo	106180505	Plan. Admin.	Asesoría	Sistema	diegopardo@hospitalsanjosé.edu.co	
8	Diego Pardo	67007132	Suby. Econ.	HUSJ	Suby. Econ.	diegopardo@hospitalsanjosé.edu.co	
9	José Alejandro Hurtado	106181704	Ases.	HUSJ	Planeación	josealejandrohurtado@hospitalsanjosé.edu.co	
10	Juan Carlos Mora	1059137	Subgerente	HUSJ	Seguros	juanmora@hospitalsanjosé.edu.co	
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							

Evidencia 1:3: Divulgación Código de Conducta y Buen Gobierno (incluye código de Integridad y conflicto de intereses) en proceso de inducción general.

La socialización del código de integridad y servicio público se realizó en todos los procesos institucionales del hospital universitario san José, se articuló con la oficina de comunicaciones para la elaboración de un video institucional y su despliegue a través de los canales de comunicación interna tales como: carteleros de las áreas de comunicaciones, pagina web intranet, medios virtuales y las redes sociales.

Para medir la adherencia del conocimiento del código de integridad de los servidores públicos y colaboradores del hospital universitario san José, se realizó la evaluación del conocimiento a través de Pos Test el cual se desplegó a través de la plataforma de vulcano/encuestas y evaluaciones/código integridad y a través del correo electrónico institucional, a partir del 2 de septiembre del año 2024.

Para la elaboración se realizaron 10 preguntas de selección para escoger una única respuesta, los resultados de este informe son: En una muestra de 1376 servidores públicos y colaboradores del hospital universitario san José se tiene que 8,5 % son de planta y el 36,7% de sintraoempuh, el 17,6% de Asoterapeutas, el 14,7% Assesalud, el 6,3% de Sitsalud, el 5,4, % Simed, el 3,9 Assica, el 3,3% Servagro, el 0,6% personal OPS, el 0,9% Asanesca, el 0,1%asocirge, el 0,7 Asomi, el 0,3% Astrasalud, el 0,1% Clinireuma, el 0,2% Sindesca, el 0,4% otros.

De acuerdo a los resultados de la evaluación al código de integridad se obtuvo una cobertura del 62,82% con 1376 servidores públicos y colaboradores del hospital universitario san José.



Handwritten signature

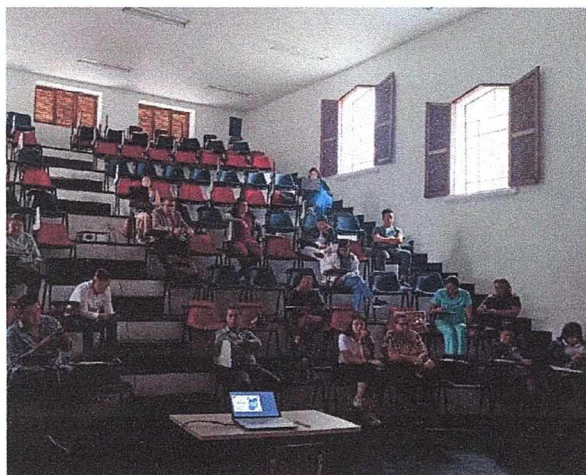
Evidencia 2.1: Realizar capacitación a los líderes o coordinadores de los procesos sobre el Sistema de Gestión de Riesgo, incluido SICOF.

Durante el año 2024, la Oficina de Planeación ha encabezado un programa integral de capacitación en inducción y reinducción sobre gestión de riesgos, dirigido a todo el personal del Hospital Universitario San José, tanto asistencial como administrativo. Este programa ha cubierto todos los procesos del hospital, incluyendo el Sistema de Control Interno para la Prevención del Fraude y la Corrupción (SICOF).

La Oficina de Planeación colabora estrechamente con los coordinadores, líderes de área y el personal de los diferentes servicios, facilitando la identificación y gestión de los riesgos propios de cada proceso. Estas acciones se realizan de acuerdo con la metodología establecida en la política de gestión del riesgo y el manual institucional, abordando tanto los riesgos operativos como aquellos asociados a la corrupción.

Cada líder de proceso, con el apoyo de la Oficina de Planeación, tiene la responsabilidad de validar y aprobar las actualizaciones de los mapas de riesgos, consolidando la información relevante para cada área. Un aspecto clave de esta labor es asegurar que cada riesgo esté vinculado al cumplimiento de los objetivos estratégicos del hospital, garantizando que la gestión de riesgos esté alineada con el marco estratégico institucional. De esta manera, se asegura que la gestión del riesgo no solo sea efectiva, sino que también contribuya al logro de los objetivos organizacionales de manera coherente y sostenida.

Se anexa el listado de asistencia a las reuniones y el registro fotográfico correspondiente.



Handwritten signature

Evidencia 2:2: Realizar reportes de operaciones sospechosas a la UIAF.

Desde el área de subgerencia administrativa se realiza el reporte de la UIAF del periodo correspondiente a los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre del año 2024.

Se anexa evidencia de la actividad y del archivo:

Certificado

Reporte generado el 9 sep de 2024 10:56:34p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Operaciones Sospechosas" fue Exitoso

No. Radicación: 2672300
Entidad: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información: En Linea
Fecha de radicación: 09/09/2024 10:53:47 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte: 1 - 9 - 2024
Fecha final a la que corresponde el reporte: 9 - 9 - 2024
No. de registros involucrados en el reporte: 1
Tipo de reporte: Positivo
Código de la entrega: 1643681
Estado: Exitoso

Certificado

Reporte generado el 6 oct de 2024 08:59:17p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Proveedores (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación: 2695823
Entidad: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información: Cargue en línea
Fecha de radicación: 06/10/2024 08:58:49 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte: 1 - 9 - 2024
Fecha final a la que corresponde el reporte: 30 - 9 - 2024
No. de registros involucrados en el reporte: 0
Tipo de reporte: Ausencia
Código de la entrega: 63423
Estado: Exitoso

Certificado

Reporte generado el 6 oct de 2024 08:55:36p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Procedimientos (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación: 2695822
Entidad: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información: Cargue en línea
Fecha de radicación: 06/10/2024 08:55:10 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte: 1 - 9 - 2024
Fecha final a la que corresponde el reporte: 30 - 9 - 2024
No. de registros involucrados en el reporte: 0
Tipo de reporte: Ausencia
Código de la entrega: 64598
Estado: Exitoso

Certificado

Reporte generado el 6 nov de 2024 11:59:10a.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Proveedores (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación: 2734852
Entidad: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información: Cargue en línea
Fecha de radicación: 06/11/2024 11:59:06 a.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte: 1 - 10 - 2024
Fecha final a la que corresponde el reporte: 31 - 10 - 2024
No. de registros involucrados en el reporte: 0
Tipo de reporte: Ausencia
Código de la entrega: 65721
Estado: Exitoso

27

Certificado

Reporte generado el 6 nov de 2024 11:56:04a.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Procedimientos (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación: 2734835
Entidad: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información: Cargue en línea
Fecha de radicación: 06/11/2024 11:55:55 a.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte: 1 - 10 - 2024
Fecha final a la que corresponde el reporte: 31 - 10 - 2024
No. de registros involucrados en el reporte: 0
Tipo de reporte: Ausencia
Código de la entrega: 65910
Estado: Exitoso

Certificado

Reporte generado el 5 DIC de 2024 11:32:23a.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Operaciones Sospechosas" fue Exitoso

No. Radicación: 2759359
Entidad: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información: En Línea
Fecha de radicación: 05/12/2024 11:31:56 a.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte: 1 - 11 - 2024
Fecha final a la que corresponde el reporte: 30 - 11 - 2024
No. de registros involucrados en el reporte: 0
Tipo de reporte: Ausencia
Código de la entrega: 1678891
Estado: Exitoso

2

Certificado

Reporte generado el 3 ENE de 2025 09:20:40a.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Operaciones Sospechosas" fue Exitoso

No. Radicación:	2779556
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	03/01/2025 09:20:23 a.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 12 - 2024
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 12 - 2024
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1687783
Estado:	Exitoso

Evidencia 2:5: Realizar seguimiento a la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF.

En el año 2024, se está realizando un seguimiento detallado al subsistema de riesgos de corrupción en el Hospital Universitario San José. Se han identificado y priorizado seis riesgos clave de corrupción, los cuales han sido incorporados en el mapa de riesgos para un monitoreo continuo, asignado a los diferentes procesos de la institución según su área de responsabilidad.

El seguimiento y monitoreo de estos riesgos se implementa de manera cuatrimestral, conforme a lo estipulado en el Programa de Transparencia y Ética Pública (PAYAC). Los responsables de cada proceso deben presentar un informe detallado sobre el estado de los riesgos y las medidas de control implementadas, siguiendo el siguiente calendario:

En el año 2024 se realiza el seguimiento a los 75 procesos en los tres cuatrimestres que dando así:



CUATRIMESTRES DEL AÑO 2024	# DE PROCESOS QUE ENTREGARON INFORMACION	% DE CUMPLIMIENTO
PRIMER	73	98,6
SEGUNDO	65	89
TERCER	68	92

Este enfoque permite evaluar de manera constante la efectividad de las acciones preventivas y correctivas adoptadas, promoviendo un entorno institucional basado en la transparencia y la ética. Además, asegura que los riesgos de corrupción sean gestionados de manera proactiva, minimizando su impacto en las operaciones del hospital y garantizando el cumplimiento de las normativas vigentes.

Evidencia 3.1: Formulación y Ejecución del plan para implementación de la Estrategia de rendición de Cuentas.

Se proporcionó a los miembros de la asociación de usuarios en el auditorio del Hospital Universitario San José de Popayán, el subgerente administrativo y financiero del Hospital Dr. Juan Francisco Mora Obando el informe de la gestión adelantada por la administración durante los 8 meses del 2024, transcurridos desde la posesión del actual Gerente, a los miembros de la asociación de usuarios, como representantes de la comunidad.

Se hizo una presentación de la política de participación social en salud, de los espacios de participación social con que cuenta la institución y se dieron a conocer las principales acciones de gestión desarrolladas por esta administración



OFICINA ASESORA DE PLANEACION

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 14 de 16

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ		LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO				FO-PCA-18
FECHA 13 de Diciembre / 2024		LUGAR Auditorio Hospital Universitario San José				VERSIÓN: 02
TÍTULO Español de participación social - Informe de Gestión		PÁGINA 3 con				
MONITOR (R) Juan Rodríguez Mora Subgerente Administrativo - Cargo: Subgerente P&S						
Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	# CÉCULA	ORGANIZACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
1	Walter Pineda G.	26 31647	Unidad	Walter.pineda@univsanjose.edu.co	3058678743	
2	Walter Pineda G.	34254361	FISCAL		3113320000	Walter Pineda G.
3	Jairo Rafael Ortiz	10532542	Asesor	jasor@univsanjose.edu.co	311 277 9412	Jairo Ortiz
4	Fernando Salazar Borge	25 542132	Univ. San José	fernando.salazar@univsanjose.edu.co	3054242859	Fernando Salazar
5	Andrés Solís	10522004	Univ. San José	andres.solis@univsanjose.edu.co	3206961159	Andrés Solís
6	Luis Pineda Jimenez	10580317	Univ. San José	luis.pineda@univsanjose.edu.co	3215059170	Luis Pineda
7	Jorge Enrique Moreno	16652121	Univ. San José	jorge.moreno@univsanjose.edu.co	3136810077	Jorge Moreno
8	Juan Fernando Hinojosa	10574537	Univ. San José	juanfernando.hinojosa@univsanjose.edu.co	3113901307	Juan Fernando Hinojosa
9	Carlos Pineda	34332786	Asesor	carlos.pineda@univsanjose.edu.co	3116918066	Carlos Pineda
10	Bryan Salcedo	30174414	Univ. San José	bryan.salcedo@univsanjose.edu.co	31552213450	Bryan Salcedo
11	Alfredo Villegas	76332486	Comunicación			Alfredo Villegas
12						
13						
14						
15						
16						

Evidencia: 5.2: Realizar seguimiento al cumplimiento de publicación de información de acuerdo al índice de transparencia y acceso a la información (ITA).

La Oficina de Planeación del Hospital Universitario San José de Popayán ha realizado un seguimiento exhaustivo al Índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA) correspondiente al año 2024. En este proceso, se evaluó tanto la calidad como la disponibilidad de la información pública publicada en el portal de Transparencia del hospital.

Durante este año, se alcanzaron logros significativos, logrando un cumplimiento del 100% en los indicadores evaluados por el ITA. Este resultado no solo demuestra el compromiso de la institución con la transparencia, sino también la implementación exitosa de estrategias orientadas a mejorar la accesibilidad, precisión y oportunidad de la información puesta a disposición del público.

Entre las principales acciones adoptadas por el hospital para lograr este nivel de cumplimiento se destacan:

1. **Optimización de la plataforma de acceso a la información:** Se mejoró la interfaz y estructura del portal de transparencia, facilitando una navegación intuitiva y accesible para los usuarios.

2. **Capacitación constante del personal:** El equipo encargado de la gestión de la información ha recibido formación continua, garantizando su alineación con las normativas vigentes y los estándares de transparencia.
3. **Actualización precisa y oportuna de la información:** Se han implementado rigurosos procesos internos para asegurar la actualización periódica de los datos, reflejando de manera fiel la gestión institucional.
4. **Mecanismos de retroalimentación ciudadana:** Se ha establecido un sistema para recopilar sugerencias y observaciones de los ciudadanos, permitiendo identificar áreas de mejora y fomentar una relación activa con la comunidad.

Este logro representa un avance importante para el Hospital Universitario San José y refuerza su compromiso con la rendición de cuentas y la promoción de una cultura de transparencia. De cara al futuro, se continuará trabajando en la mejora continua del acceso a la información pública, asegurando que las estrategias implementadas se adapten a las normativas emergentes y a las crecientes expectativas de la ciudadanía.

CONCLUSIONES

1. Para el tercer cuatrimestre se realiza el seguimiento a setenta y cinco (75) riesgos de corrupción, distribuidos en los diferentes procesos asistenciales y administrativos. Este mapeo exhaustivo cubre una amplia gama de actividades críticas dentro de la organización, asegurando un enfoque integral en la prevención y mitigación de riesgos.
2. De los setenta y cinco (75) mapas de riesgos de corrupción gestionados, sesenta y ocho (68) presentaron información detallada para su seguimiento con corte diciembre de 2024, representando un cumplimiento del 92%. Esto refleja que falta compromiso por parte de los coordinadores de cada proceso y mayor disciplina en la gestión de riesgos y en la ejecución de las estrategias de control.
3. Los procesos que no presentaron la información son: vigilancia y control, aseo, laboratorio clínico, urgencias pediatría, patología, pediatría.
4. A los procesos que no presentaron matriz de riesgos se les implementará un plan de mejora con el objetivo de evaluar sus procedimientos y verificar que no se haya materializado ningún riesgo.
5. Se realizaron veinticuatro (24) controles específicos en los procesos tanto administrativos como asistenciales para el segundo cuatrimestre.

6. Durante el tercer cuatrimestre de 2024, no se evidenció la materialización de ningún riesgo asociado a corrupción, lo que sugiere que los controles implementados han sido efectivos en mitigar estos riesgos. No obstante, es importante mantener una vigilancia continua y ajustar los controles conforme al entorno operativo, para garantizar su efectividad a largo plazo y anticipar posibles vulnerabilidades futuras. Este enfoque no solo resalta la efectividad de los controles actuales, sino que también enfatiza la importancia de la mejora continua y la adaptación del sistema de gestión de riesgos.
7. De acuerdo al seguimiento y ejecución del Plan de transparencia y ética pública de la vigencia 2024, del tercer cuatrimestre se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades programadas.

NOTA: El instrumento utilizado para la gestión del riesgo de corrupción es la matriz en Excel que se anexa y hace parte integral de este informe. Las evidencias de cada proceso reposan en la oficina de Planeación.

Atentamente,


JOSÉ ALEJANDRO MARTÍNEZ REALPE
Jefe de la Oficina Asesora de Planeación
Hospital Universitario Popayán E.S.E.

Proyectó: Angelli Danielly Mera Aranda, Afiliada Participe ASSESALUD 

Aprobó: José Alejandro Martínez Realpe 

Archivo en: Según TRD: 106.22.1 Mapa de Riesgos 2025