Informe N°	107.4.18

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	21 de octubre 2025		
TITULO DEL INFORME	Seguimiento al programa de transparencia y ética pública H.U.S.J. – de mayo a agosto de 2025		
TIPO DE ACTIVIDAD	Auditoría		
	Seguimiento	**X**	
OBJETIVO DEL INFORME	Realizar seguimiento a la implementación y cumplimiento de las actividades contempladas en el programa de transparencia y ética pública del HUSJ., con el fin de fortalecer las acciones de transparencia y legalidad, afianzando la confianza en la institucionalidad a través de acciones que contribuyan a la prevención y control de los riesgos.		
ALCANCE DEL INFORME:	Aplica para todos los colaboradores del H.U.S.J., para el periodo comprendido desde el mes de mayo a mes de agosto de 2025.		
MARCO NORMATIVO:	Ley 1474 de 2011, Ley 1712 de 2014, Ley 2195 de 2022, Decreto 1122 de 2024 y Programa de transparencia y ética pública		
PROCESO A REALIZAR SEGUIMIENTO	Oficina Asesora de Planeación	Nombre de la jefe de la oficina	Leonor Milena Bambágue Meneses
ARTICULACION CON EL MECI:	SÉPTIMA DIMENSIÓN		

CONTENIDO

1. Introducción
2. Primer componente: medidas de debida diligencia
3. Segundo 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.
4. Tercer componente: elaboración de instrumentos de gestión de información
5. canales de denuncia de presuntos actos de corrupción
6. Estrategia de transparencia, estado abierto, acceso a la información pública y cultura de la legalidad
7. Conclusiones presentadas por oficina de control interno
8. Recomendaciones

DESARROLLO DEL CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN

Informe de la gestión realizada durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025, en el marco de la implementación del Sistema de Gestión del Riesgo de Corrupción y el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) del Hospital Universitario San José de Popayán, en cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley 1474 de 2011, a Ley 1712 de 2014 y los lineamientos de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, donde evalúa la efectividad del control interno de la entidad en relación

con el programa, incluye una evaluación de los riesgos de corrupción, las medidas de cumplimiento, y recomendaciones para mejorar la transparencia y ética dentro de la Institución.

El programa de transparencia y ética pública, se encuentra publicado en la página web de la Institución mediante el siguiente link https://hospitalsanjose.gov.co/index.php/planeacion-plan-de-accion/?carpeta=Documentos/Planeaci%C3%B3n%20presupuesto%20e%20informes/Plan%20de%20Acci%C3%B3n/2025 , en cumplimiento del Decreto 612 de 2018.

2. PRIMER COMPONENTE: MEDIDAS DE DEBIDA DILIGENCIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - 2025

nover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de la misionalidad del Hospital Universitario San José d

COMPONENTE	ITEM	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADOR	FORMULA	META	EVIDENCIA	PERIOCIDAD	2025 Mayo 1	Mayo 2	Mayo 3	Mayo 4	Junio 1	Junio 2	Junio 3	Junio 4	Julio 1	Julio 2	Julio 3	Julio 4	Agosto 1	Agosto 2	Agosto 3	Agosto 4	GUIMIENTO CUMPLE = 1 NO CUMPLE
MEDIDAS DE DEBIDA DILIGENCIA	1.1.	Capacitación sobre manual SARLAFT, a personal de la institución relacionado con su aplicación	Oficial de Cumplimineto SARLAFT	Cumplimiento en capacitaciones programadas	Capacitaciones realizadas	Mayor o igual a 80%	Informe del Indicador	Anual	x	x	x	x													1
	1.3	Diligenciamiento del Aplicativo por la integridad pública del SIGEP, para la declaración de Personas Expuestas Políticamente.	Oficina de Talento Humano	Reporte PEP en Aplicativo de Integridad	Informe reporte PEP en Aplicativo de Integridad	1	Pantallazo reporte PEP en Aplicativo de Integridad	Anual	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					1
	1.4.	Divulgación Codigo de Conducta y Buen Gobierno (incluye código de Integridad y conflicto de intereses) en proceso de inducción generaL	Oficina de Talento Humano	Servidores publicos que reciben inducción general	Servidores publicos que reciben inducción general/ Total nuevos ingresos de personal	Mayor e igual a 90%	Informe que contenga soporte de las actividades realizadas	Febrero a Noviembre	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1
PREVENCIÓN, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LAVADO DE ACTIVOS/FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO/PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESCRUCCIÓN MASIVA - LA/FT/PADAM Y RIESGOS DE CORRUPCIÓN INCLUIDOS LOS REPORTES DE OPERACIONES SOSPECHOSAS A LA UIAF, CONSULTAS EN LAS LISTAS RESTRICTIVAS	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	2	Informe de la actividad con listado de Aistencia y evidencia forográfica.	Febrero a Noviembre	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1
	2.2	Socializar los resultados del seguimiento a la gestión de riesgos	Oficina de Control Interno	Número de socializaciones realizadas	Dos (2) socializaciones de los resultados del seguimiento a la gestión de riesgo	2	Informe de los resultados del seguimiento a la gestión de riesgo	Mayo y Diciembre	x	x	x	x													1
	2.3	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				x				x				1
	2.4	Formular Manual para la implementación del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo, que compile Etapas y elementos contemplados en la Ciircular Externa 20211700000004-5 de 2021 emitida por la SUPERSALUD	Oficina Asesora de Planeación	Cumplimienmto en la formulación el Manual SIGR	Manual elaborado	1	Manual SIGR elaborado	Anual (Abril)	x	x	x	x													0
	2.5	Realizar seguimiento a la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo	Oficina Asesora de Control Interno	Seguimineto a la implementación de SICOF	Auditorias realizadas	2	Informe de Auditorías realizadas	Junio y Noviembre o De acuerdo a Cronogram					x	x	x	x									1

ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN	3.1	Realizar un seguimiento trimestral al Esquema de Publicación de información de la página web de la entidad.	Procdeso de comunicaciones	Seguimiento al esquema de publicación trimestral	NA	3	Informe de comunicaciones	Cuatrimestre																			1
REDES INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ACTOS DE CORRUPCI'9N TRANSPARENCIA Y LEGALIDAD	3.2	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
	3.3	Informar a través de piezas comunicacionales los diferentes mecanismos con los que cuenta el hospital para interponer denuncias o presuntos actos de corrupción.	Oficina Asesora de Planeación con el Apoyo del proceso de Comunicaciones	Cumplimiento en Sistema Integrado de Gestión del Riesgo de corrupcion	Número de piezas comunicacionales publicadas	3	Tres (3) piezas comunicacionales	junio																	1
CANALES DE DENUNCIA DE PRESUNTOS ACTOS DE CORRUPCIÓN	4.0	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	Administración y almacenamiento de información.	Cumplimiento a creación link de denuncia	Link Creado y operando en la página web	Link Creado y operando en la página web	Informe de cumplimiento de la actividad	Junio								x	x	x	x						1
ESTRATEGIA DE TRANSPARENCIA, ESTADO ABIERTO, ACCESO A LA INFORMACIÓNv 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 esdquema de publicación de acuerdo a lo establecido en ITA	NA	1	Acto administrativo	Junio					x	x	x	x									1
	5.2	Realizar Seguimiento al Cumplimiento de Publicación de Información de acuerdo al Indice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA)	Oficina asesora de Planeación	Cumplimiento a Indice de Transparencia y Acceso a la información ITA	Items ITA cumplidos/ Ites ITA programados	mayor o igual 85%	Informe Oficina Asesora de Planeación	Junio-Noviembre					x	x	x	x									1

ividades a Cumplir en el peri	13
Actividades Programadas	12
% de cumplimiento	92,31%

ACTIVIDADES:

1.1- **Capacitación sobre manual SARLAFT, a personal de la institución relacionado con su aplicación. Responsable: Oficial de Cumplimiento SARLAFT.**

El Hospital Universitario San José de Popayán, en cumplimiento de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y de los lineamientos internos establecidos en el Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), ha desarrollado de manera articulada con la oficina de planeación actividades de capacitación y seguimiento dirigidas al personal de la institución en la aplicación del sistema.

Las capacitaciones se han diseñado bajo un enfoque preventivo, formativo y práctico, con el fin de garantizar la comprensión de los conceptos normativos, la identificación de señales de alerta, la adecuada aplicación de los procedimientos establecidos en el manual y el fortalecimiento de la cultura institucional de autocontrol. Estas jornadas han sido programadas en diferentes momentos del año, incluyendo inducciones para el personal nuevo y actualizaciones periódicas para los funcionarios tanto administrativos y asistenciales.

Indicador: Cumplimiento en capacitaciones programadas.

Evidencias: diapositivas de la presentación. No presentan evidencias fotográficas, ni listados de asistencia a estas capacitaciones.

SARLAFT

Oficina asesora de planeación

QUE ES EL SARLAFT ?

Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

Es un conjunto de políticas, procedimientos y controles implementados para prevenir, detectar y mitigar los riesgos asociados con el lavado de activos (LA) y la financiación del terrorismo (FT).

Su objetivo es prevenir y mitigar los impactos que la institución pude tener por el riesgo de acciones delictivas

MARCO NORMATIVO

Normas Internacionales

Convenciones de las Naciones unidas:
- Tráfico ilícito de Estupefacientes (año 1988).
- Represión de la financiación del terrorismo (año 2.000)
- Lucha contra la Delincuencia Organizada Transnacional (año 2000)
- Lucha contra la Corrupción (año 2003)

Recomendaciones del GAFI contra el LA/FT/FPDAM

Supersalud
Por la defensa de los derechos de los usuarios

Normas Nacionales

Ley 1121 de 2006
prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones

Circular Externa 00009 de 2016
Instrucciones relativas al SARLAFT

Circular Externa 20211700000005-5 de 2021
Sistema Integral contra la Corrupción, Opacidad y Fraude

QUÉ ES LAVADO DE ACTIVOS LA/FT/FPADM?

LAVADO DE ACTIVOS

Es tratar de dar apariencia de legalidada recursos provenientes de actividadesilícitas Articulo 323 del Códigopenalcolombiano

FINANCIACION DEL TERRORISMO

La financiacióndel terrorismo está relacionada con los fondos, bienes, recursos a los que acceden las organizaciones terroristas para poder costear sus actividadesilícitas **(Art. 345 del código penal)**.

FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA

El que directa o indirectamente produzca, almacene,financieo haga uso de armas nucleares, biológicaso químicas

¿QUÉ ES LA/FT/FPADM?

LAVADO DE ACTIVOS

El lavado de activos es una actividad criminal que busca ocultar el verdadero origen ilícito de los recursos que obtienen los criminales mediante operación financiera y no financieras, en las que usan a sectores de la economía de los países **(Art. 323 del código penal)** con el fin de tratar de darles apariencia de legalidad.

FINANCIACION DEL TERRORISMO

La financiación del terrorismo está relacionada con los fondos, bienes, recursos a los que acceden las organizaciones terroristas para poder costear sus actividades ilícitas **(Art. 345 del código penal)**.

FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA

El que directa o indirectamente produzca, almacene, financie o haga uso de armas nucleares, biológicas o químicas

DELITOS FUENTES DE LA/FT/FPADM

- Narcotráfico
- Contrabando
- Tráfico de Armas
- Extorsión
- Delitos contra la administración publica
- Enriquecimiento ilícito
- Secuestro
- Delitos contra el sistema financiero
- Financiación del terrorismo
- Tráfico de migrantes
- Rebelión
- Tráfico de menores de edad
- Concierto para delinquir
- Trata de personas
- Falsificaciones

Entre otros...

1.2- Diligenciamiento del Aplicativo por la integridad pública del SIGEP, para la declaración de Personas Expuestas Políticamente.

Responsable: Oficina de Talento Humano

Este proceso se realiza de manera articulada entre la Oficina Asesora de Planeación, Talento Humano y el Oficial de control interno, asegurando que la información registrada sea veraz, actualizada y coherente con la normatividad vigente. Los funcionarios obligados han sido notificados de la responsabilidad de diligenciar el aplicativo, y la institución ha dispuesto acompañamiento técnico y capacitaciones internas para orientar y resolver inquietudes sobre el procedimiento.

PROCEDIMIENTO:

1. **Identificación de PEP:** El área de Talento Humano, en conjunto con las áreas jurídicas, evalúa a los nuevos colaboradores y miembros del hospital para determinar si cumplen con los criterios de Personas Expuestas Políticamente.
2. **Diligenciamiento en SIGEP:** Una vez identificadas, estas personas son registradas en el SIGEP, cumpliendo con los parámetros exigidos en la plataforma "Por la Integridad Pública". Este registro permite el seguimiento adecuado y la rendición de cuentas ante las autoridades pertinentes.
3. **Actualización periódica:** El Hospital San José asegura la actualización continua de la información en el aplicativo SIGEP, con el fin de mantener registros actualizados sobre los cambios en las situaciones de sus colaboradores que puedan afectar su estatus como PEP.

De esta forma, el Hospital asegura que el diligenciamiento del aplicativo no se limite a un cumplimiento formal, sino que constituya una herramienta efectiva de control institucional para la prevención de conflictos de interés y el fortalecimiento de la integridad pública.

Indicador: Reporte PEP en Aplicativo de Integridad.

Evidencias: **en el informe no está el reporte de PEP.**

1.3- Divulgación Código de Conducta y Buen Gobierno (incluye código de Integridad y conflicto de intereses) en proceso de inducción general

Responsable: Oficina de Talento Humano

El Hospital Universitario San José de Popayán, en cumplimiento de su Política de Transparencia y Ética Pública y en coherencia con el Programa de Gestión del Riesgo de Corrupción, ha incorporado de manera estructurada la divulgación del Código de Conducta, el Código de Buen Gobierno, el Código de Integridad y las disposiciones sobre conflicto de intereses dentro del proceso de inducción general institucional dirigido a los servidores públicos y contratistas que ingresan a la entidad.

Este proceso busca garantizar que todo el personal conozca desde su vinculación los principios éticos, valores institucionales, lineamientos de integridad y normas de comportamiento que rigen el actuar organizacional, con el fin de prevenir riesgos de corrupción, fortalecer la transparencia y fomentar la cultura de autocontrol y responsabilidad pública.

La divulgación se realiza mediante presentaciones institucionales, material pedagógico y sesiones orientadas por talento humano y planeación, asegurando que los asistentes tengan claridad sobre:

- Las normas de conducta esperadas.
- Los deberes y responsabilidades frente a la gestión pública.
- Los canales internos de reporte y orientación.

participación de 1291 colaboradores en esta primera etapa.

La próxima socialización del código se realizará en el mes de octubre del año 2025 se anexa informe y resultados de la evaluación.

El Código de integridad del servidor público:

Indicador: Servidores públicos que reciben inducción general

Evidencias: en el informe no aportan evidencias del segundo cuatrimestre, las evidencias aportadas, corresponden al primer cuatrimestre.

Aunque, durante los días 21 y 22 de mayo, los colaboradores de Talento Humano, reforzaron los conocimientos sobre El Código de integridad del servidor público, en la jornada educativa en la cual se socializaron las Políticas Institucionales del H.U.S.J.

SEGUNDO COMPONENTE: PREVENCIÓN, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LAVADO DE ACTIVOS/FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO/PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESCRUCCIÓN MASIVA - LA/FT/PADAM Y RIESGOS DE CORRUPCIÓN INCLUIDOS LOS REPORTES DE OPERACIONES SOSPECHOSAS A LA UIAF, CONSULTAS EN LAS LISTAS RESTRICTIVAS

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

Responsables: Oficina Asesora de Planeación con apoyo Oficial de Cumplimiento SICOF

Indicador: Cumplimiento en capacitación Sistema Integrado de Gestión del Riesgo

evidencias:

El Hospital Universitario San José de Popayán, en el marco de su Política Institucional de Gestión del Riesgo y en cumplimiento de los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), ha venido desarrollando capacitaciones dirigidas a los líderes y coordinadores de procesos sobre la aplicación del Sistema de Gestión del Riesgo, incluido el Sistema de Control Interno para la Prevención del Fraude y la Corrupción (SICOF).

Los contenidos incluyen:

- Principios y lineamientos de la Política de Gestión del Riesgo,
- Manual y procedimiento de gestión del riesgo.
- Metodología institucional para la construcción y seguimiento de mapas de riesgos.
- Riesgos asociados a corrupción y procesos y su gestión en el marco del SICOF.
- Monitoreo y mejora continua.
- Rol y responsabilidad de los líderes de proceso como primeros gestores del riesgo.
- Manual del SICOF.

La Oficina de Planeación trabaja en estrecha colaboración con los coordinadores, líderes de área y el personal de los distintos servicios, facilitando que cada equipo identifique y gestione los riesgos inherentes a sus procesos. Estas gestiones se realizan bajo la metodología definida en la política de gestión del riesgo y el manual institucional, abarcando tanto los riesgos operacionales como aquellos relacionados con la corrupción. Los líderes de cada proceso, con el apoyo de la Oficina de Planeación, son responsables de validar y aprobar las actualizaciones de los mapas de riesgos, consolidando la información relevante para cada área. Un aspecto clave de este trabajo es establecer la relación de cada riesgo con el cumplimiento de los

objetivos estratégicos del hospital, asegurando que la gestión del riesgo esté alineada con el marco estratégico institucional.

Esto garantiza que los riesgos no solo se gestionen de manera eficaz, sino que también contribuyan al logro de los objetivos organizacionales de manera coherente y sostenida.

RECOMENDACIONES

- Realizar seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos por los líderes de los procesos.
- Incluir la evaluación de la gestión del riesgo como criterio en las auditorías internas.
- Fortalecer el acompañamiento técnico desde la Oficina de Planeación y Cumplimiento de los lideres de los procesos.

Evidencias:

La gestión del riesgo se revisa de manera específica por cada uno de los procesos tanto asistenciales como administrativos y se consulta con los coordinadores y sus respectivos líderes de cada proceso

OBJETIVOS

- Identificar y evaluar los riesgos asociados a cada proceso
- Desarrollar e implementar estrategias para mitigar los riesgos identificados.
- Asegurar el cumplimiento de las normativas y estándares de seguridad.
- Fomentar una cultura de gestión del riesgo en todas las áreas del hospital.

CONCEPTOS CLAVE:

🔍 **Riesgo**: Posibilidad de que ocurra un evento que afecte negativamente (o positivamente) el logro de los objetivos.

⚠️ **Causa**: Todo factor interno o externo que solos o combinados pueden producir la materialización del riesgo .

📊 **Consecuencia**: Efecto o impacto.

💥 **Controles**: Medida que permite reducir o mitigar el riesgo.

RIESGOS ESPECIFICOS DEL SARLAFT

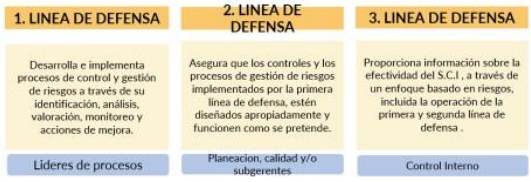
- **Lavado de activos**: Puede ocurrir a través de la sobrefacturación de servicios médicos, la utilización de cuentas de pacientes para el movimiento de dinero ilícito, o el ingreso de grandes sumas de dinero en efectivo sin justificación.
- **Financiación del terrorismo**: Donaciones o aportes económicos con fines aparentemente legítimos que en realidad son utilizados para financiar actividades ilícitas.
- **Riesgos reputacionales**: La vinculación de un hospital en actividades de LA/FT puede dañar gravemente su reputación, afectando la confianza de los pacientes y los socios comerciales.

Riesgos asociados al SARLAFT

- Los riesgos asociados al SARLAFT pueden clasificarse de la siguiente manera:
- Reputacional: Los riesgos reputacionales están asociados de manera directa con la administración de la imagen de la organización como el desprestigio y la publicidad negativa.
- Legales: Los riesgos legales están representados entre otros, por las sanciones, multas, indemnizaciones o fallas en contratos.
- Contagio: Los riesgos de contagio son los adquiridos de manera indirecta por la relación de algún miembro de la organización con alguna actividad delictiva, afectando como consecuencia, el nombre de la empresa.
- Operativos: Los riesgos operativos son los representados por las fallas o deficiencias de recursos humanos, procesos, tecnología, infraestructura o fallas externas.

LOS RIESGOS DEFINIDOS DE CORRUPCIÓN SON:

1. Hurto de bienes institucionales.
2. Falsedad en certificaciones de cumplimiento de actividades contractuales.
3. Estudios previos direccionados.
4. Mal uso de los recursos de caja menor.
5. Alteración de nómina.
6. Facturas no auditadas y / o no radicadas.



Se definen6 riesgos de corrupción de los cuales los primeros 3 serán gestionados por todos los procesos por ser de causas **transversales**

MAPA DE RIESGOS DE PROCESO

✓Cada uno de los procesos institucionales, identifica los riesgos inherentes a su proceso y define los controles.

✓Cada líder debe entregar dicha matriz cada 6 meses primer corte Junio y segundo corte mes de diciembre.

✓ El Grupo de Gestión del Riesgo, define que cada líder de procesos o jefe debe diligenciar y determinar cuáles Riesgos le corresponde gestionar y solamente diligencia el riesgo que le corresponde

La oficina Asesora de Planeación semestralmente elaborará los informes de monitoreo como Segunda Línea de Defensa y los socializa a los líderes de proceso para la toma de acciones

RIESGO	¿A QUIÉN AFECTA?	EJEMPLO PRINCIPAL	ACCIÓN CLAVE
Poblacional	Comunidad o grupo	Brote de dengue en un barrio	Intervención colectiva
Individual	Persona específica	Hombre obeso y sedentario con antecedentes familiares	Plan de intervención personal
Clínico	Pacientes en atención	Administración errónea de medicamentos	Seguridad del paciente

TRATAMIENTO

Es la respuesta ante el nivel de riesgo residual valorado, y la tarea se realiza seleccionando el tipo de tratamiento que se dará al riesgo residual entre las siguientes opciones :

Evitarlo: Se abandonan las actividades que dan lugar al riesgo; es decir, no se inicia o no se continúa realizando la actividad del proceso que lo provoca.

Reducirlo: Se adoptan acciones preventivas para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo o ambos orientados al diseño de nuevos controles o al fortalecimiento de los mismos.

Compartirlo: Se reduce la probabilidad o el impacto del riesgo trasfiriendo o compartiendo una parte de este.

Aceptarlo: No se adoptan acciones que reduzcan la probabilidad o el impacto del riesgo residual.

EVALUACION DEL RIESGO

La zona del riesgo se define según el color donde se crucen la calificación de la probabilidad y el impacto en la matriz de calor así:

EXTREMA: (Rojo)
ALTA: (Naranja)
MODERADA: (Amarillo)
BAJA: (Verde)

Seguimiento al Plan Anticorrupción/Programa de Transparencia y ética Pública

EJECUCION PLAN DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA PRIMER CUATRIMESTRE 2025	
ACTIVIDADES PROGRAMAS	6
ACTIVIDADES CUMPLIDAS	6
% DE CUMPLIMIENTO	100%

RIESGOS DE CORRUPCIÓN
1. Hurto de bienes institucionales
2. Falsedad en certificaciones de cumplimiento de actividades contractuales
3. Estudios previos direccionados
4. Mal uso de los recursos de caja menor
5. Alteración de nomina
6. Facturas no auditadas y/o no radicadas

SEGUIMIENTO A GESTION DEL RIESGO
MATRIZ DE CORRUPCION PRIMER CUATRIMESTRE 2025

PROCESOS INSTITUCIONALES	CANTIDAD PROGRAMADAS	CATIDAD EJECUTADAS	%
ADMINISTRATIVOS	36	32	89%
ASISTENCIALES	38	33	87%
TOTAL	73	65	89%

RIESGOS DE CORRUPCION 2025		
AREAS	No DE RIESGOS DE CORRUPCION	No CONTROLES
Todos los procesos	3	12
Subgerencia administrativa y Financiera	3	12
Talento Humano		
Facturacion y aditoria de cuentas		
TOTAL	6	24

SEGUNDO CUATRIMESTRE

PROCESOS INSTITUCIONALES	CANTIDAD PROGRAMADAS	CANTIDAD EJECUTADA	%
ADMINISTRATIVOS	34	32	94
ASISTENCIALES	34	33	97
TOTAL	68	65	96

4.5. Seguimiento al Sistema Integrado de Gestión del Riesgo

PROCESOS 2025	PROGRAMARON	EJECUTARON	%
ADMINISTRATIVOS	37	34	91,9
ASISTENCIALES	31	31	100,0
TOTAL	68	65	95,6

PROCESOS INSTITUCIONALES	No DE CONTROLES 2025	%
ADMINISTRATIVOS	110	37
ASISTENCIALES	190	63
TOTAL	300	100

TIPOS DE RIESGOS SEGÚN LA SUPERSALUD	PRIMER SEMESTRE 2025			
	ADMINISTRATIVOS	ASISTENCIALES	TOTAL	%
OPERACIONALES	78	235	313	99
DE CREDITO	1	0	1	0,3
LAFT	1	0	1	0,3
REPUTACIONAL	1	0	1	0,3
TOTAL	81	235	316	100%

NUMERO DE PROCESOS	NUMERO DE RIESGOS	NUMERO DE CONTROLES
68	316	300

TIPOS DE RIESGOS DE SALUD	NUMERO DE RIESGOS ASISTENCIALES 2025
CLINICOS	177
POBLACIONALES	29
INDIVIDUALES	29
TOTAL	235

RESULTADOS INDICADORES RIESGOS 2025

ACTIVIDAD	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADOS PRIMER SEMESTRE 2025
RIESGOS	Porcentaje de capacitaciones en el hospital san José en gestión de riesgos.	(Número de Capacitaciones realizadas en la vigencia / Número de capacitaciones programadas en la vigencia) * 100	85%	82%
	Porcentaje de riesgos evaluados	(Número de riesgos evaluados / Número total de riesgos identificados) * 100	100%	96%
	Porcentaje de riesgos individuales evaluados por procesos asistenciales.	Números de procesos evaluados en riesgos individuales / Número total de procesos *100.	100%	SEGUNDO SEMESTRE
	Porcentaje de riesgos poblacionales evaluados por procesos asistenciales.	Formula: Números de procesos evaluados en riesgos poblacionales / Número total de procesos *100.	100%	SEGUNDO SEMESTRE
	Porcentaje de riesgos clínicos evaluados por procesos asistenciales.	Números de procesos evaluados en riesgos clínicos / Numero total de procesos *100.	100%	SEGUNDO SEMESTRE
	Porcentaje de controles verificados en su funcionamiento.	(Número de controles verificados en en el periodo / total de controles programados a verificar en el periodo) * 100	85%	100%

DESAFÍOS Y PLANES DE MEJORA

- Fortalecer la cultura de reporte y ajustar la matriz de riesgos con riesgos de los procesos, sus controles y evidencias
- Integrar riesgos clínicos, poblacionales e individuales.
- Contar con ficha de indicadores del proceso.
- Consolidar la trazabilidad para acreditación.

CONCLUSIONES

•La gestión del riesgo está institucionalizada y alineada con los estándares de acreditación.

•Existe compromiso de la alta dirección y de todos los colaboradores.

•Los riesgos son gestionados de manera preventiva y con enfoque en seguridad del paciente.

2.**2- Socializar los resultados del seguimiento a la gestión de riesgos**

Responsable: Oficina de Control Interno

Indicador: Número de socializaciones realizadas

Evidencias: las evidencias aportadas: listados de asistencia del mes de septiembre, corresponden al tercer cuatrimestre.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN

Anexo al OPL-PD04

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO

OPL-PD04-FO23
Versión: 02

FECHA: 22-08-2025 LUGAR: Seminario menor HORA:

TEMA (S): jornada de planeación Coord Asistenciales

COPIA NO CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACION

MONITOR (ES):

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	# CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACION	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
20	Isabel Castro Arcado	1061689224	coordinador	Asesoría	Esterilización	central-esterilizacion@hosp	
21	Xiomara Ortiz	25289993	Prof RIAS.	Asesoría	Serv Amb RIAS.	rutaintegrales@hospitalsanjose.gov.co	
22	Darly Fernanda Ortiz	34327728	Enf. Gr1	HUSJ	Referencia	coordinacion.referencia@hospitalsanjose.co	
23	Nohela Muñoz	34564948	Coord Patolog	HUSJ.	Patología	coordpatologia@hospitalsanjose	
24	Jenny Chamorro T	36451672	Coordinadora	Anatropeutas	Salud Mental	saludmental@hospitalsanjose	
25	Anderson Romero	1061771310	coordinador O/T	HUSJ	ortopedia	andersonromeroortopedia@gmail.com	
26	Victor Hugo Lozano	4613197	Coordinador	SMP SAS	PIAAS	vhlozano@hotmail.com	
27	Federico Pozzitz	10548763	COORDINACIÓN	SIMED.	CRITICOS.	fgpmdoc1501@gmail.com	
28	Fabio Azos P.	1114886555	Coordinador.	Asesoría	Urgencias A.	urgenciasadultos@hospitalsanjose.gov.co	Fabio A.
29	Carlos Felipe Adarga Ena	1061796820	Coordinador	Asesoría	Epidemiología	epidemiologia@hospitalsanjose.gov.co	
30	Kelly Cerón M	1061712256	Enf. PrOAP	Asesoría	PIAAS	infectologia@hospitalsanjose.gov.co	
31	ANGIM Vecino	34577314	Coordin	Activus	Reconcito	reconcitos@hospitalsanjose.gov.co	
32	Marta Leon Castillo	34560110	Subgerente	HUSJ	Calidad	— o —	
33	Katherine Alegría	34351446	Coordinador	Asesoría	Angiografía	Angiografia@HUSJ.gov.co	
34							

COPIA NO CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE — EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN

Anexo al OPL-PD04

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO

OPL-PD04-FO23

Versión: 02

FECHA: 27 Agosto 2025 | LUGAR: Seminario Menor | HORA:

TEMA (S): * Jornada de Planeación

COPIA NO CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACION

MONITOR (ES):

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	# CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACION	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Carlos Javier Timaná	76314936	Coordinador	Assesalud	Mercadeo	mercadeo@hospitalsanjose.gov.co	
2	Francy Liceth Mangupilla	1061729320	Rep. humanización	Assesalud	Aseg. Calidad.	humanizacion@hospitalsanjose	
3	Fredy A. López	76311047	Coordinador	Assesalud	I e I	Innovacione Investigación @ HSJ.gov.co	
4	Jhon Fernando Segura	16706440	Profesional E	Assesalud	A. CALIDAD	Calidad@hospitalsanjose.gov.co	
5	Claudia X. Bucheli	34569106	Médico Esp GU	HUSJ	SST	segundaxbucheli@hospitalsanjose.gov.co	
6	Jhonny Mosquera	10341085	Coordinador	HUSJ	VIC	vigilancia, control epidemiologico	
	Rocio Pasquel	34545410	Coord. Enf	HUSJ.	Coord. enf	c.enfermeria@hospital	
8	Kelly Y. Tabla B.	1085342918	Nutricionista D.	Sintracempah	Economato	nutricionservicioalimentos@gmail.com	
9	Juan David Ortiz	1061707215	Coordinador	Assesalud	Sistemas	Sistemas@hospital	
10	José Luis Muñoz B	4.613845	Coordinador	HUSJ	Ctl Int Disp	jolomuber22@gmail.com	
11	Manuel Mar Calle	25280110	Profesional	Assesalud	Sistemas	Sistemas@hospital	
12	Karen Andrea Erazo R.	1061755300	coordinadora	Assesalud	Bioético	etico_medico@hospitalsanj	
13	Laura María Colonia A.	1061782681	Referente de seg. del paciente	Assesalud	Aseg. de la calidad	seguridad del paciente@hospitalsan...	
14	Cielo Martínez Torres	76313696	Coordinador comunicaciones	Assesalud	Comunicaciones	comunicaciones@hospitalsanjose.gov.co	
15	John Alejandro Lopez U.	1061812121	Profesional	Assesalud	Talento Humano	talentohumano@hospitalsanjose.gov.co	
16	Martha Paredes	25289326	Coordinador	H.U.S.J	Talento Humano	coordtalentohumano@hospitalsanjose.gov.co	
17	Victor Fdo Latorre	10291751	Coordinador	Assesalud	Gestión Documental	gestiondocumental@hospitalsanjose...	
18	Diana Patricia Lasso	67007152	Apoyo C-Interno	Assesalud	Control Interno	gescontrol@hosanj...	
19	Johana Valentina Cobo	34330723	coordinadora	Sanitrucelco	Auditores clínicos	coordomedicos@hospitalsanjose	

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

Anexo al OPL-PD04

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO

FECHA: 02 - Sept - 2025 LUGAR: Cirugía. 7:00 - 8:30

TEMA (S): Gestion del Riesgo - Seguridad del paciente

COPIA NO CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL OFICINA PLANEACION

MONITOR (ES): Angel Maria. Marcela Jouqui R

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	# CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACION	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	
20	Maria M Gomez	1061936516	Enfermera	Sit Salud	Quirofanos	— o — o — o —	Maria Gomez
21	Natalie Enríquez	1061720576	Aux Enfermería	Planta	Quirofanos	— —	Natalie E
22	Ernestina Ortega	34556307	Aux enfermera	Planta	Quirofanos	— —	Ernestina Ortega
23	Myriam Ofany Garcia	34657535	Auxiliar	Planta	Esterilización	— o —	Myriam Garcia
24	Dobey Ocoqué	1063802672	Aux Enfermería	Planta	Quirofano	— " —	dobey ocoqué
25	Marlon Zambrano	34326664	Aux Enfermer	Planta	Quirofano	— " —	MZP.
26	Claudia Patricia Niño	52441358	Inst. Quirurgica	Assesalud	Quirofano	— o —	
27	Andrés Felipe Tello	16376030	Inst. Qx	Assesalud	Quirófano	— —	
28	Daniela Salinas	1058866770	Inst Qx	Assesalud	Quirofano	— — —	
29	Nicole A. Perea Dorado	1117805730	Aux enfermería	Sintrocaqueh	Quirofanos	— o —	Nicole P
30	Yoan Stiven Ossa Y	1004251158	Aux enfermería	Sintrocaqueh	Quirofanos	— o —	Stiven Y
31	Lorena Alvarado	34552034	Aux en Enfermería	Sintrocaqueh	Esterilización	—	
32	Ruben Gonzalez	76325930	Aux Enf	Sintrocaqueh	Esterilización.		Rgon
33	Bobby Dido Mejia	34567410	Aux enfermería	planta	Esterilización		
34	Diana A. Torres C	1061680870	Aux enfermería	Sintrocaqueh	Esterilización		

COPIA NO CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL OFICINA PLANEACION

Actividad de reunión cirugía:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

Anexo al OPL-PD04

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO

FECHA: 02 Sept 2025 LUGAR: Cirugía 7:00 - 8:30

TEMA (S): Gestion del Riesgo - Seguridad del Paciente.

COPIA NO CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL OFICINA PLANEACION

MONITOR (ES): Angeli Mera - Manela Joaqui R.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	# CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACION	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	
20	Jesus Zambrano	76315836	Auxiliar enfermeria	Sinhacompah	Esterilizacion		JE 3037
21	Olver sotelo	1631 1049	Aux enfermeria	Planta	Esterilizacion		Olver sotelo
22	Cesar Panama	10291400	Aux Enf.	Sinhacompah	Cirugia	—	[illegible]
23	Astolfo Zambrano	25275537	Aux Enf	Sinhacompah	Apoyo diagnostico	— —	Astolfo Z.
24	Nancy Ramos Polanco	34555851	Aux Enf	Sinhacompah	Apoyo Diagnostico	— —	Nancy Ramos
25	Brayan David Cad	1088168105	Medico	Assica	Cirugia	—	BCard
26	Mallu Palacio	1025214055	Medica	ASSICA	Quirofano	—	M. P.
27	Mario G.	1193293121	Tecng. Imagenes.	Assesalud	Cirugia	— — —	[illegible]
28	Luz Dary Paz	34547463	A. Asistencial	planta	Esterilizacion		Luz Dary Paz
29	Franco Barrios	1061330010	Aux enfermeria	sinhacompah	esterilizacion		Franco B.
30	Eudoro Cruz	76303548	Aux Enfer.	planta	Esterilizacion		[illegible]
31	Carlos E Palacios	76140153	I. Q.	Assesalud	Cirugia	—	[illegible]
32	Hd. Vivianathuman	1061697177	Aux endoscopia	Sinhacompah	Endoscopia	— —	[illegible]
33	Angélica C	1061762533	I. Q.	Assesalud	Cx.	—	[illegible]
34	Emerson Arrama	10300189	Tec Rx	Assesalud	Quirofano	— — —	[illegible]

COPIA NO CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL OFICINA PLANEACION

Acta de reunión comité de gestión y desempeño:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	Anexo al OPL-PD04 FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO	OPL-PD04-FO23 Versión: 02

FECHA: 04-09/2025 LUGAR: Sala de Juntas Gerencia HORA:

TEMA (S): Comité de Gestión y Desempeño

COPIA NO CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL OFICINA PLANEACION

MONITOR (ES):

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACIÓN	PROCESO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Claudia D. Elias	1061768106	Profesional P.	Asesoría	Planeación	planeación@hospitalsanjose.gov.co	
2	Isabella Ordoñez A.	1061733748	Profesional	Asesoría	Planeación	planeación@hospitalsanjose.gov	
3	Luis Miguel Zambrano	1061722044	Prof. BP	Asesoría	Planeación	— o —	
4	Milena Bambagüe	34 322 241	Jefe OAP	HUSJ	Planeación	Planeación@hospitalsanjose.gov.co	
5	Edison A Sanchez	76724673	Coordinador Presupuesto	Asesoría	Presupuesto	presupuesto@hospitalsanjose	
6	Victor Fabio Latorre	10297139	Coordinador	Asesoría	Gestión Docum.	gestiondocumental@hospitalsanjose.gov.co	
7	Luis Felipe Munoz	10549465	Esp G1	HUSJ	Gestión de Pr	gestiondeproyectos etc	
8	Kelly Q. Salas Q	34322911	Coordinadora	Asesoría	Estadística	estadistica@hospitalsanjose.gov.co	
9	Angeli María A.	1061768109	Profesional	Asesoría	Planeación		
10	Martha Paredes	35289326	Coordinad.	H.U.S.J	Talento Hum.	coordtalentohumano@hospitalsanjose.gov.co	
11	Rafael Gomez D	16314711	Profe Un.	Asesoría	Jurídica		
12	Jhon David Ortiz O	1061797215	Coordinador	Asesoría	Sistemas	sistemas@hospitalsanjose	
13	Marta Cantillo	34500110	Subgerente	HUSJ	Alta gerencia		
14	Maria Camila Ordoñez	1061812823	Enfermera	Asesoría	Gestión clínica	gestionclinica@hospitalsanjose.gov.co	
15	Juan Manuel Guerrero	1061732344	Jurídico	HUSJ	Ofi. jurídica	juridica@husj.gov.co	
16	Erika Johanna Correa	38051263	Profesional	ASESORIA	Planeación	planeacion@hospitalsanjose.gov.co	
17	Diego A. Castro	76304172	Apoyo a Sist.	Asesoría	Sistemas		
18							

Reunión liga de usuarios:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	Anexo al OPL-PD04 FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO	OPL-PD04-FO23 Versión: 02

FECHA: 19 - Septiembre - 2025 LUGAR: Sala de Juntas Gerencia HORA:

TEMA (S): Reunión de Gerencia del Riesgo Comunes, Participación Social y Representantes Social, Modelo de atención, Humanizados, PAI, Referenciación, MIPA

COPIA NO CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL OFICINA PLANEACIÓN

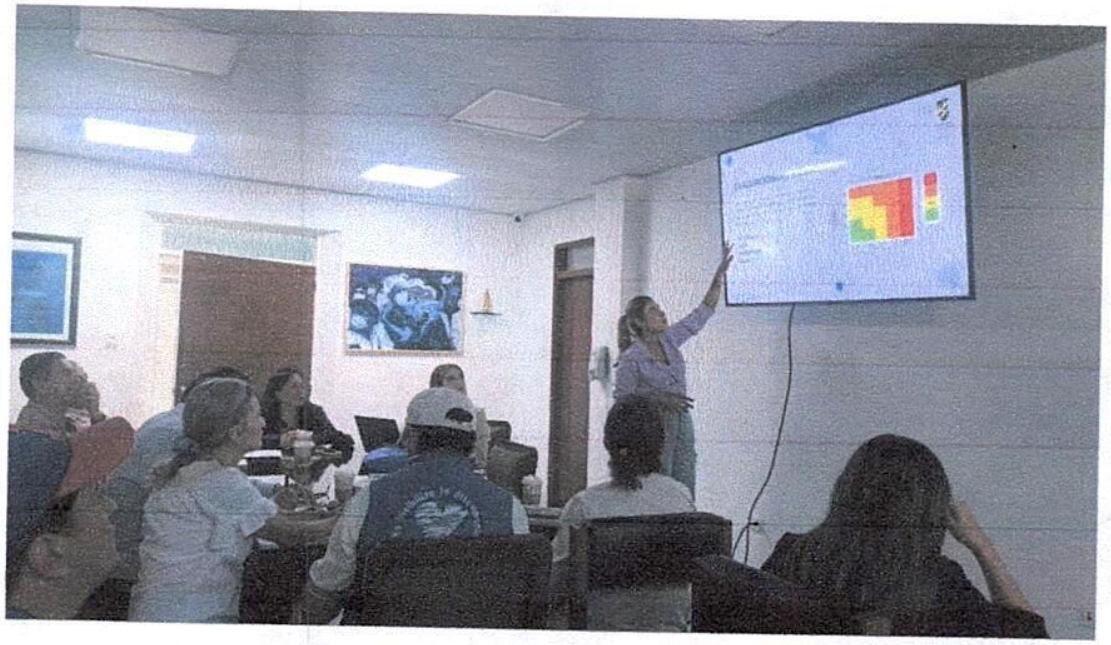
MONITOR (ES):

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	# CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACIÓN	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Reinaldo Trujillo	10534066	Usuario	"	Atención de usuarios	3188342557	
2	Sonia Ramos	25774			Dirección de Calidad	Sonipatrizia1778@gmail.com	
3	Jorge Eduardo Ortiz	10522049		Usuario	Atención de usuarios	jorge.ortiz.3116@gmail.com	
4	Gabriel Camacho	76306593	AUHSSP	AUHSSP	Atención de usuarios	gabriel.camacho@gmail.com	
5	Bibiana Giselle Ortiz	34'344714		Asociación	Atención de usuarios	b.giselleortiz@gmail.com	
6	Jose Rafael Lopez	10832341	Vice-presidente	Asociación	"	[illegible]	
7	Martha Julia C	34558340		Asociación usuarios	"		
8	Harlinzon Hurtado	10299755	Secretario	AUHSSP	"	harlinzonh@gmail.com	
9	Arzani Mesa A	1061710070	Profesional	Asesor social	Planeación	— " —	
10	Gina Ceron G	1061732591	Prof.	Asesor social	Planeación	— " —	Gina Ceron
11	Juan Camilo Dica	1002954790	Profesional	Asesor social	Planeación	— " —	
12	Luis Miguel Bambaque	1061720[illegible]	Prof. Ext.	Asesor social	Planeación	— " —	
13	Claudia Dejenu	1061721904	Prof. P	Asesor social	Planeación	— " —	
14	Erik Johanno Correa	5305128	Profesional	Asesor social	Planeación	— " —	
15							
16							
17							
18							
19							

Fotos reuniones Riesgos:

Reunión coordinadores:

Capacitación liga de usuarios:



La oficina asesora de planeación realiza de manera periódica la socialización de los resultados del seguimiento a la gestión de riesgos con los diferentes niveles de la organización.

Esta actividad se desarrolla mediante la presentación de informes consolidados y el seguimiento a cada proceso, así como en reuniones con líderes de procesos, garantizando que los hallazgos, avances y oportunidades de mejora sean conocidos, discutidos y apropiados por los responsables.

Los resultados socializados incluyen:

- Estado de implementación de los planes de tratamiento de riesgos.
- Niveles de riesgo residual frente a los inherentes.
- Alertas sobre riesgos críticos o emergentes.
- Acciones correctivas y preventivas implementadas.
- Recomendaciones para el fortalecimiento de los controles existentes.
- Riesgos del proceso.
- Evidencias presentadas.

Con este mecanismo de socialización, el Hospital asegura la transparencia, la trazabilidad y la articulación institucional, permitiendo que la información obtenida del seguimiento no se limite a un reporte técnico, sino que se traduzca en decisiones estratégicas orientadas al cumplimiento de los objetivos misionales y al fortalecimiento de la confianza ciudadana.

2.3- Realizar reportes de operaciones sospechosas a la UIAF

Responsable: Oficial de Cumplimiento SARLAFT
Indicador: Número de socializaciones realizadas

Certificado

Reporte generado el 8 jul. de 2025 8:25:19a. 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:	2964105
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	8/07/2025 8:25:02 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 6 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 6 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	73227
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 5 jun. de 2025 11:57:47a. 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:	2931083
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	5/06/2025 11:57:44 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 5 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 5 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	72191
Estado:	Exitoso

ESTADO DE REPORTES
UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANALISIS FINANCIERO UIAF

Bogotá D.C., Agosto 8 de 2025

El informe contiene la relación de los reportes realizados por los sujetos obligados durante el año 2025 según corte realizado el día 8 de Agosto de 2025 8:56:05a. m., de acuerdo a las especificaciones de Resolución y/o Circular.

Cordialmente,

SISTEMA DE REPORTE EN LÍNEA - SIREL
SUBDIRECCIÓN DE INFORMÁTICA
UIAF

Certificado

Reporte generado el 5 sept. de 2025 5:12:21p. 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:	3023706
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	En Linea
Fecha de radicación:	5/09/2025 5:12:11 p. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 8 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 8 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1795796
Estado:	Exitoso

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

Responsable: Oficina Asesora de Planeación
Indicador: Cumplimiento en la formulación el Manual SIGR.
Evidencia: no aportan.
Pendiente actualizarlo según los lineamientos de la Circular Externa y las recomendaciones hechas en aplicación del ICONTEC

2.5- Realizar seguimiento a la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude – SICOF.

Responsable: Oficina Asesora de Control Interno
Indicador: Seguimiento a la implementación de SICOF

Este seguimiento lo realiza control interno donde evalúa:

- Informes periódicos de avance y gestión, solicitados por los entes de control y por la Oficina de Control Interno, en los cuales se presenta el estado de los riesgos identificados, las medidas de control aplicadas y el nivel de riesgo residual.
- Auditorías internas y externas, que permiten verificar la efectividad del subsistema, identificar oportunidades de mejora y recomendar acciones correctivas para fortalecer los controles implementados.
- Monitoreo constante de alertas y situaciones de riesgo, mediante la actualización de matrices y la revisión de indicadores de gestión.
- Socialización de resultados en comités institucionales, garantizando la apropiación de la información por parte de los líderes de proceso y la alta dirección, para la toma de decisiones preventivas y correctivas.

De manera complementaria, se han venido fortaleciendo las estrategias de sensibilización y capacitación en torno al SICOF, con el fin de promover la cultura de integridad y control en toda la organización.
De esta forma, el Hospital asegura que el seguimiento al SICOF no se limite al cumplimiento formal de requerimientos, sino que constituya un mecanismo efectivo de prevención, detección temprana y mitigación de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude, en coherencia con los principios de transparencia y buen gobierno institucional.

De acuerdo al informe enviado por la Oficial de cumplimiento del SICOF el día seis (06) de octubre de 2025, se pudo evaluar lo concerniente a las etapas y elementos del SICOF, en lo referente a la matriz general de riesgos, de igual manera, se evidencian listados de asistencia a las capacitaciones, **pero no se adjuntaron los mecanismos de evaluación para medir la efectividad de dichas capacitaciones**.

Pendiente el informe del Oficial de Cumplimiento, correspondiente al primer semestre de 2025, dirigido a la Junta Directiva y al Representante legal de la Institución, en cumplimiento al numeral 5.2.3.5.3 de Circular Externa en mención.

Referente a la “Política para el sistema integrado de Gestión del riesgo”, de fecha 13 de julio 2023, la cual se encuentra publicado en Vulcano y la cual fue elaborada según la guía para la administración de riegos y el diseño de controles en las entidades públicas - versión 6 de diciembre 2020 emitida por la DAFP; **Se evidencia, que la Política en mención, está alineada con las Políticas institucionales que orientaron el Plan Estratégico de desarrollo de la vigencia 2020 -2024.**

Pendiente actualizar la Política en mención, teniendo en cuenta el nuevo Plan de Desarrollo 2024-2028 y la guía en la versión número siete (7) de 2025 publicada por
la DAFP, donde da a conocer entre otros temas "**se modifica y actualiza el capítulo relacionado con riesgos asociados a posibles actos de corrupción, mediante la incorporación del Sistema de Gestión de riesgos para la integridad Pública SIGRIP"**, de acuerdo con el componente programático denominado estrategia institucional para la lucha contra la corrupción, temática numero 1 Administración del riesgo desplegado en el anexo técnico de los programas de Transparencia Y Ética Pública".

IDENTIFICACION Y ACTUALIZACION DE RIESGOS:

1- Apropiación de dinero y bienes institucionales (Hurto y peculado)
2- Falsedad en certificaciones de cumplimiento de actividades contractuales
3- Estudios previos direccionados
4- Mal uso de los recursos de caja menor
5- Alteración de los valores de la nómina y las prestaciones sociales
6- Prestación de servicios no facturados, auditados ni radicados.

SEGUIMIENTO A GESTION DEL RIESGO
MATRIZ DE CORRUPCION PRIMER CUATRIMESTRE 2025

PROCESOS INSTITUCIONALES	CANTIDAD PROGRAMADAS	CATIDAD EJECUTADAS	%
ADMINISTRATIVOS	36	32	89%
ASISTENCIALES	38	33	87%
TOTAL	**73**	**65**	**89%**

Se cuenta con 6 riesgos de corrupción previamente identificados, con 24 controles

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**

De los 24 controles específicos en los procesos para la gestión de los riesgos, 65 procesos se llevaron a cabo para un cumplimiento del 89%.

Los procesos que no presentaron matriz de corrupción fueron: **Cirugía, Urgencias pediatría, Pediatría, Endoscopia, Facturación, Aseo, Lavandería, Vigilancia.**

TIPOS DE RIESGOS SEGÚN LA SUPERSALUD	PRIMER SEMESTRE 2025			
	ADMINISTRATIVOS	ASISTENCIALES	TOTAL	%
OPERACIONALES	78	235	313	99
DE CREDITO	1	0	1	0,3
LAFT	1	0	1	0,3
REPUTACIONAL	1	0	1	0,3
TOTAL	**81**	**235**	**316**	**100%**

SEGUIMIENTO A GESTION DEL RIESGO
MATRIZ DE CORRUPCION SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025

PROCESOS INSTITUCIONALES	CANTIDAD PROGRAMDAS	CANTIDAD EJECUTADA	%
ADMINISTRATIVOS	34	32	94
ASISTENCIALES	34	33	97
TOTAL	68	65	96

De los 24 controles específicos en los procesos tanto asistenciales como administrativos para la gestión de los riesgos, 65 procesos llevaron a cabo el seguimiento a la gestión del riesgo para un cumplimiento del 96%.
Los procesos que no presentaron matriz de corrupción fueron: **Esterilización, Economato, Vigilancia.**

3- TERCER COMPONENTE:
ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN

3.1- Realizar un seguimiento trimestral al Esquema de Publicación de información de la página web de la entidad.

Responsable: Proceso de comunicaciones.

REDES INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE ACTOS DE CORRUPCION TRANSPARENCIA Y LEGALIDAD

Al llamar al número de teléfono de Atención al usuario:+57(602)8200972: responden de EMTEL S.A.: ***"informa que el abonado solicitado esta ESTA VACANTE"*.**
Al llamar al número de teléfono de la Línea Anticorrupción: 018000918080: la respuesta es: ***"lo sentimos usted no está autorizado para marcar este número".***

3.2- Formulación y ejecución del plan para implementación de la estrategia de rendición de cuentas

Evidencia 1.9: Formulación y Ejecución del plan para implementación de la Estrategia de rendición de Cuentas.

La audiencia pública de Rendición de Cuentas, fue liderada por el Gerente de la E.S.E., Dr. Juan Carlos Arteaga Cifuentes, contó con la participación de la Subgerente científica, Dra. Marta Lucía Castillo Ossa; el Subgerente Administrativo y Financiero, Dr. Juan Francisco Mora Obando y la jefe de Planeación Enfermera Milena Bambague Meneses, quienes se encargaron de socializar un balance que le permitió a la ciudadanía ser veedora del cumplimiento de la función pública en la institución.

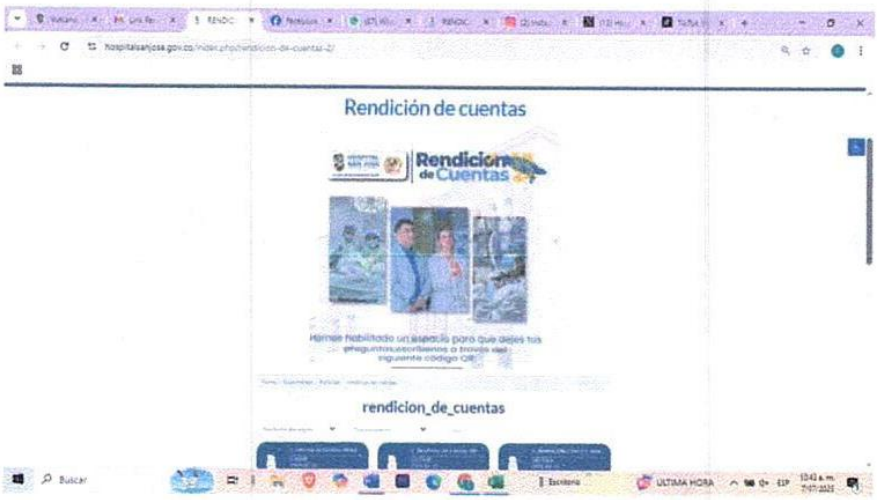
TEMAS ABORDADOS

- Proyectos de inversión
- Construcción de Torre para consulta externa, innovación y áreas administrativas.
- Ampliación del área física del servicio de urgencias, oncología, cirugía, esterilización, unidad mental, dotación de equipos biomédicos, central de gases, transporte asistencial.
- Direccionamiento estratégico.
- Aseguramiento de la Calidad
- Habilitación de Servicios
- Apertura de nuevos servicios
- Informe de avance de acreditación
- Gestión de PQRS.
- Indicadores de satisfacción del usuario
- Informe financiero
- Producción de servicios
- Estado de cartera
- Presupuesto de ingresos y gastos
- Indicadores financieros
- Responsabilidad social
- Innovación e investigación.
- Intervención de la ciudadanía

ASPECTOS NORMATIVOS

Para la organización de contenidos se siguieron los lineamientos de la Circular 008 de 2018, que considera la audiencia pública de rendición de cuentas, como una herramienta para el suministro de la información de la gestión y los resultados a la comunidad, en busca de transparencia y comunicación desde la perspectiva

- **Registro de la publicación en el portal web – desde el día 10 de abril**



RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE RENDICIÓN DE CUENTAS

La Oficina Asesora de Planeación y el proceso de Comunicaciones lideraron la programación de la rendición de cuentas vigencia 2024, la cual se dispuso para el día jueves 26 de junio de 2025 a partir de las 8:30 am en al auditorio el CAM. El evento que fue trasmitido a través de nuestra Fan Page de FACEBOOK, también fue retrasmitida en nuestra página web a través del siguiente link https://hospitalsanjose.gov.co/index.php/rendicion-de-cuentas-vigencia-2024/

Dando cumplimiento a las indicaciones de la Super Intendencia de Salud

Socialización de la Rendición de cuentas a través del portal web – Micrositio – Rendición de cuentas

En la pagina web del Hospital Universitario San José de Popayán existe un micrositio para la rendición de cuentas, en este espacio se publicó la socialización del evento invitando a la comunidad a participar del espacio desde el día 10 de abril de 2025.

https://hospitalsanjose.gov.co/index.php/rendicion-de-cuentas-2/

La actividad de rendición de cuentas se llevó a cabo de manera abierta y participativa, contando con la asistencia de usuarios, comunidad, veedurías ciudadanas y entes de control. Los resultados fueron publicados en los medios institucionales, asegurando acceso público a la información y fortaleciendo la confianza en la gestión de la entidad.
De esta forma, el Hospital garantiza que la Estrategia de Rendición de Cuentas no se limite a un ejercicio de cumplimiento formal, sino que se constituya en una herramienta efectiva para la transparencia, la gestión del riesgo de corrupción y la consolidación de un relacionamiento responsable y bidireccional con la ciudadanía.

Este proceso tiene como propósito garantizar que la información pública disponible en el portal web institucional (www.hospitaisanjose.gov.co) se mantenga completa, actualizada, accesible y en formatos reutilizables, promoviendo la transparencia activa y facilitando el acceso oportuno a los ciudadanos.

No obstante, se deben fortalecer algunos componentes para garantizar el acceso oportuno, veraz y completo a información pública por parte de la ciudadanía.

Responsable: Oficina Asesora de Planeación con el Apoyo del proceso de Comunicaciones

3.3- Informar a través de piezas comunicacionales los diferentes mecanismos con los que cuenta el hospital para interponer denuncias o presuntos actos de corrupción en cumplimiento del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo de corrupción.

Responsable: Oficina Asesora de Planeación con el Apoyo del proceso de Comunicaciones
Indicador: Cumplimiento en Sistema Integrado de Gestión del Riesgo de corrupción.

4.0- CANALES DE DENUNCIA DE PRESUNTOS ACTOS DE CORRUPCIÓN

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

Evidencia 2.0: 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 201.

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 implemento 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.

La creación de este espacio fortalece nuestro compromiso con la transparencia, el buen gobierno y la responsabilidad social, brindando un canal accesible para que cualquier ciudadano pueda expresar sus inquietudes y ayudar a mejorar los servicios prestados por el hospital.

Responsable: Administración y almacenamiento de información.

Indicador: Cumplimiento a creación link de denuncia

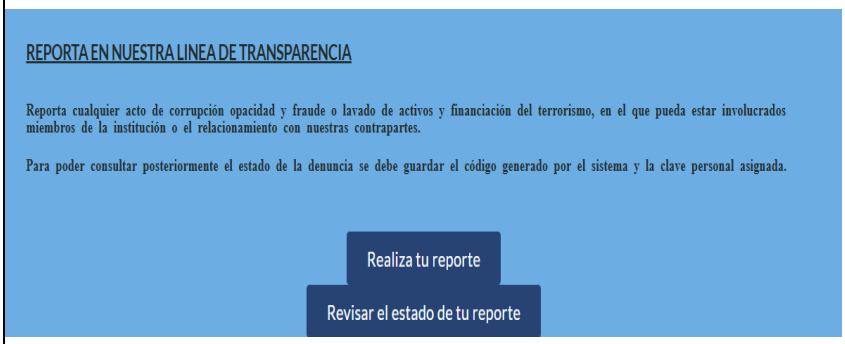
Evidencias:

https://hospitalsanjose.gov.co/

Al llamar al número de teléfono de Atención al usuario:+57(602)8200972: responden de EMTEL S.A.: ***"informa que el abonado solicitado esta ESTA VACANTE".***

Al llamar al número de teléfono de la Línea Anticorrupción: 018000918080: la respuesta es:

"lo sentimos usted no está autorizado para marcar este número".



https://hospitalsanjose.gov.co/
En la página web del Hospital Universitario San José, si existe el link de denuncia, pero cuando los ciudadanos acceden a este enlace, se encuentra el siguiente aviso ***"Usted esta intentando acceder a un proceso de consulta que no existe"***, por esta razón, las personas interesadas en reportar cualquier caso de corrupción, pueden desistir. Por lo cual se recomienda revisar la página web y corregir las falencias existentes.

5.0. ESTRATEGIA DE TRANSPARENCIA, ESTADO ABIERTO, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y CULTURA DE LA LEGALIDAD.

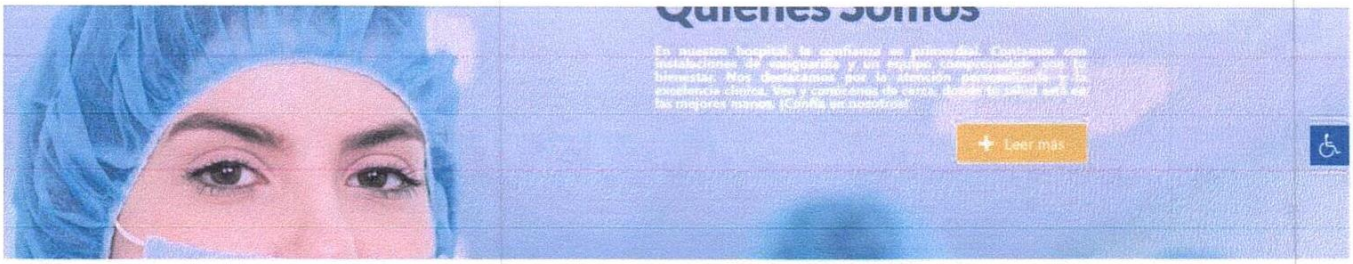
5.1- Revisión del Esquema de Publicación en la página web.

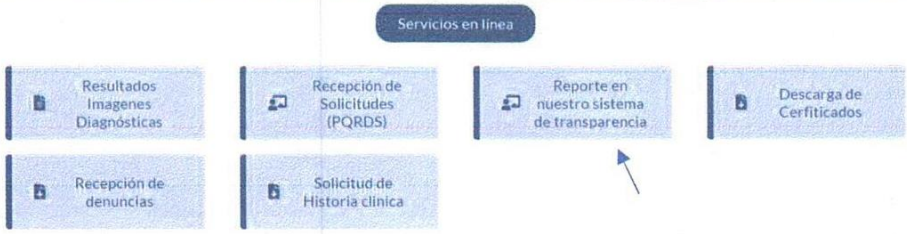
Responsable: Oficina asesora de Planeación con apoyo de Administración y almacenamiento de información.
Indicador: cumplimiento en el esquema de publicación de acuerdo a lo establecido en ITA

Evidencia 2.1: Revisión del esquema de publicación en la página web.

Se anexa pantallazo de la publicación en la página web del reporte de **en 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.

El objetivo de la línea de transparencia es detectar eventuales irregularidades, incumplimientos normativos, violaciones al manual de prevención del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude, u otros hechos o circunstancias que afecten o puedan afectar el adecuado funcionamiento de nuestra institución.





Evidencia: 2.2: 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 riguroso seguimiento al Índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA) correspondiente al año 2025. En este ejercicio se evaluó la calidad y disponibilidad de la información pública, publicada en la página de Transparencia y Acceso a la Información del hospital.

Se destacaron unos logros durante el presente año, alcanzado un cumplimiento del 99% en los indicadores evaluados por el ITA. Este resultado refleja no solo el compromiso institucional con la transparencia, sino también la implementación exitosa de estrategias dirigidas a mejorar la accesibilidad, veracidad y oportunidad de la información puesta a disposición del público.

Entre las principales estrategias adoptadas por el Hospital para asegurar este nivel de cumplimiento destacan:

1. **Fortalecimiento de la plataforma de acceso a la información**: Se ha optimizado la interfaz y estructura del portal de transparencia para garantizar una navegación intuitiva y de fácil acceso para los usuarios.
2. **Capacitación continua del personal**: Se ha brindado formación al equipo responsable de la gestión de la información, asegurando que estén alineados con las normativas vigentes y los estándares de transparencia.
3. **Actualización oportuna y precisa de la información**: El Hospital ha establecido procesos internos rigurosos para asegurar que los datos publicados sean actualizados periódicamente, reflejando fielmente la gestión institucional.
4. **Retroalimentación ciudadana**: Se ha implementado un mecanismo de recolección de sugerencias y observaciones de los ciudadanos, permitiendo identificar áreas de mejora y garantizar una relación activa con la comunidad.

Este logro no solo representa un hito importante para el Hospital Universitario San José, sino que refuerza su compromiso con la rendición de cuentas y la promoción de una cultura de transparencia. De cara a los próximos años, se continuará trabajando en la mejora continua del acceso a la información pública, asegurando que las estrategias implementadas se adapten a los cambios normativos y a las crecientes expectativas de la ciudadanía.

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PRESENTADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

La Oficina de Control Interno, verificó la información suministrada por funcionarios de la Oficina de Planeación, en cumplimiento del informe **del Programa de Transparencia y Ética Pública - segundo cuatrimestre de 2025**, las cuales fueron enviadas al correo electrónico de la Oficina da de Control Interno el día 24 de septiembre de 2025

1- En la primera conclusión del informe del segundo cuatrimestre de 2025, enviado por la Oficina de Planeación, describen:
En el primer cuatrimestre, se realizó implementación de la matriz de riesgos de corrupción a 73 procesos, determinando seis (06) riesgos críticos y aplicando veinticuatro (24) controles específicos, **con un porcentaje de cumplimiento del 96% en la ejecución de las actividades para mitigar los riesgos.**
Según el informe del **primer cuatrimestre** enviado por la Oficina de Planeación **y revisado por la Oficina de Control Interno, se evidencia que, para este periodo,** el **porcentaje de cumplimiento, solo fue del 89% y no del 96%.**

2- En el primer cuatrimestre de 2025, la oficina de Planeación realizó implementación de la matriz de riesgos de corrupción a 73 procesos y en el segundo cuatrimestre solo a 68 procesos, pero no se describe cuáles son los cinco procesos a los cuales no se les implementó la matriz de riesgos de corrupción, como tampoco la causa que motivo la disminución de estos procesos.

3- Al realizar comparación de la información de los riesgos del segundo semestre de año 2024 y el primer cuatrimestre de 2025, se evidenció que los siguientes procesos: **Cirugía**, **Urgencias de Pediatría, Pediatría, Endoscopia, Facturación, Aseo, Lavandería y Vigilancia, eran reincidentes en incumplimiento, porque no presentaron la matriz de riesgos de procesos.**

Sin embargo, en el informe del segundo cuatrimestre de 2025, no hacen referencia a este tema, ni presentan informe de las acciones correctivas orientadas desde la Oficina de Planeación, para los coordinadores de los procesos que no presentaron la matriz de riesgos en el primer cuatrimestre de 2025, por esta razón es importante que se aclare, qué medidas se implementaron para cerrar esta brecha y si las acciones correctivas adoptadas, impactaron y se logró, que estos procesos atendieran las directrices de Planeación, o si por el contrario, continúan reincidiendo en el incumplimiento.

5- En el informe del segundo cuatrimestre año 2025, indican, **que se evidenció una brecha de NO COBERTURA en las áreas estratégicas de: Facturación**, **Esterilización, Economato y Vigilancia** y mencionan que ***"Se propone realizar acciones inmediatas de inclusión y seguimiento y planes de mejora a estos procesos"*** , pero no se menciona cuáles son estas **acciones inmediatas y en qué período de tiempo se van a implementar, máxime cuando se evidencia que dos (02) de estos procesos, continúan reincidiendo en la no adherencia**

y no atienden las recomendaciones de la oficina de Planeación para realizar la matriz de riesgos.

Se recomienda agilizar la implementación de estos **planes de mejora, que sean oportunos y efectivos para que se logre cerrar esta brecha y así evitar que se materialicen los posibles riesgos, sin haber adoptado las acciones correctivas pertinentes**.

6- Realizar seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos por los coordinadores de los procesos que han incumplido con la presentación de la matriz de riesgos de corrupción y establecer planes de mejora de cumplimiento a corto plazo, en razón a que hay procesos que reinciden en el incumplimiento desde el año 2024.

7- En el informe del primer y segundo cuatrimestre de 2025, no se hizo referencia, ni se suministró información acerca del seguimiento y de los resultados obtenidos en la aplicación de cada uno de los 24 controles establecidos para mitigar los seis (06) riesgos de corrupción en los diferentes procesos, como tampoco se evidencian porcentajes de los indicadores establecidos para medir los logros alcanzados.

Por las razones anteriores, se recomienda realizar seguimiento y análisis cuatrimestral al cumplimiento de los 24 controles implementados para reducir los riesgos de corrupción asociados a cada proceso y en el próximo cuatrimestre presentar a la Oficina de Control Interno, un informe detallado de los resultados obtenidos con la aplicación de cada uno de los 24 controles y el porcentaje de efectividad logrado en la reducción los riesgos en mención.

8- No se presentaron: evidencias fotográficas, ni actas, ni listados de asistencia, a las capacitaciones del SARLAFT.

9- Las capacitaciones sobre gestión del riesgo y seguridad del paciente, socializadas al personal del servicio de Cirugía y Liga de usuarios, fueron realizadas en el mes de septiembre, **estas evidencias no aplican para el segundo cuatrimestre.**

10- Establecer **mecanismos de evaluación**, para medir los resultados obtenidos en las capacitaciones realizadas a líderes, personal de los servicios e integrantes de Ligas de usuarios, con el fin de determinar la eficacia del método utilizado y el alcance de los objetivos propuestos. De acuerdo al numeral 5.2.3.9. de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la SUPERSALUD.

11- La gestión de los riesgos de corrupción se desarrolló teniendo en cuenta los parámetros de la Guía de Administración del Riesgo publicada por el DAFP en su versión 6.
Se recomienda para el próximo cuatrimestre, realizar la gestión de los riesgos, con base en la Guía de Administración del Riesgo DAFP - versión 7 de 2025.

12- Pendiente que la oficina de Planeación actualice el Manual para la implementación del Sistema integrado de Gestión del Riesgo (SIGR), según lineamientos emitidos por la Superintendencia Nacional de Salud a través de la Circular Externa No. 20211700000004-5 de 2021 y las recomendaciones realizadas por los auditores del ICONTEC.

13- Referente al documento "Política para el sistema integrado de Gestión del riesgo", de fecha 13 de julio 2023, que se encuentra publicada en Vulcano y la cual fue elaborada según la guía para la administración de riesgos y el diseño de controles en las entidades públicas - versión 5 de diciembre 2020 emitida por la DAFP, se evidencia, que esta Política, todavía está alineada con las Políticas institucionales que orientaron el Plan Estratégico de desarrollo de la **vigencia 2020 -2024**, **por lo cual se recomienda su actualización, teniendo en cuenta el nuevo direccionamiento estratégico y el Plan de Desarrollo 2024-2028.**

14- Está pendiente el informe del Oficial de Cumplimiento del SICOF, correspondiente al primer semestre de 2025, dirigido a la Junta Directiva y al Representante legal de la Institución, incumplimiento al numeral 5.2.3.5.3 de Circular Externa en mención.
Se recomienda enviar el informe en mención, a la Junta Directiva y al Representante legal de la Institución

15- Con respecto al ITA, se recomienda continuar publicando la información de manera ordenada, actualizada, accesible y comprensible, garantizando la disponibilidad mínima de información definida legalmente en la página Web de la E.S.E Hospital Universitario San José, conforme a los lineamientos establecidos en la Ley1712 de 2014, la Resolución número1519de 2020 y sus anexos.

16- Con respecto a las Redes Institucionales para el Fortalecimiento de la Prevención de Actos de Corrupción Transparencia y Legalidad," al revisar la página web del Hospital Universitario San José y realizar verificación del acceso a esta página, se encontraron algunas falencias:

Al llamar al número de teléfono de Atención al usuario: +57(602)8200972: responden de EMTEL S.A.**:** ***"informa que el abonado solicitado esta ESTA VACANTE"***

Al llamar al número de teléfono de la Línea Anticorrupción: 018000918080: la respuesta es: ***"lo sentimos usted no está autorizado para marcar este número".***

https://hospitalsanjose.gov.co/
En la página web del Hospital Universitario San José, si existe el link de denuncia, pero cuando los ciudadanos acceden a este enlace, se encuentra el siguiente aviso ***"Usted esta intentando acceder a un proceso de consulta que no existe",*** por esta razón, las personas interesadas en reportar cualquier caso de corrupción, pueden desistir.

Se recomienda a la Oficina de Planeación, realizar seguimiento minucioso al proceso "Administración y almacenamiento de información" y establecer medidas correctivas para que el coordinador de este proceso, revise la página web y corrijan las falencias existentes, para que se dé cumplimiento con el indicador.
Maxime, cuando este proceso tiene como propósito garantizar que la información pública disponible en el portal web institucional (https://hospitalsanjose.gov.co/), se mantenga completa, actualizada, accesible y en formatos reutilizables, promoviendo la transparencia activa y facilitando el acceso oportuno a los ciudadanos.

17- Es importante resaltar que, el seguimiento a la actividad, "Realizar un seguimiento trimestral al Esquema de Publicación de información de la página web de la entidad", debe efectuarse dando alcance a lo indicado en la Ley 1712 de 2014 " por medio del cual se crea la Ley de Transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional y se dictan otras disposiciones", **toda vez que el cumplimiento de esta actividad, debe propender por generar un resultado positivo con el fin de comprobar el cumplimiento**

de los principios del ITA (Índice de Transparencia y Acceso a la información) y el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 1519 del año 2020 y sus anexos.

18- Divulgación Código de Conducta y Buen Gobierno (incluye código de Integridad y conflicto de intereses) en proceso de inducción general
Responsable: Oficina de Talento Humano.
Indicador: Servidores públicos que reciben inducción general

Evidencias: no aportan evidencias del segundo cuatrimestre, las evidencias aportadas, corresponden al primer cuatrimestre.
Diligenciamiento del Aplicativo por la integridad pública del SIGEP, para la declaración de Personas Expuestas Políticamente.
Indicador: Reporte PEP en Aplicativo de Integridad.
Evidencias: en el informe, no presentan el reporte de PEP.

Es de resaltar, que desde la oficina de Planeación, se ha establecido comunicación permanente con los líderes y coordinadores de los procesos del Hospital Universitario San José y se les ha ilustrado sobre algunos contenidos, conceptos y métodos necesarios para concientizarlos de la importancia de la implementación y seguimiento continuo, del Sistema de Gestión integral del Riesgo institucional y el SICOF, pero es necesario que se continúen realizando estas capacitaciones profundizando sobre estos temas.

PROYECTADO POR:	REVISADO Y APROBADO POR:
AMPARO MUÑOZ **MARIA AMPARO MUÑOZ** Enfermera Especialista Gr. 1	**VICTOR FABIO GOMEZ FRANCO** Jefe Oficina Asesora Control Interno
PERSONAS INTERESADAS	
JUAN CARLOS ARTEAGA CIFUENTES	- Gerente H.U.S.J.