

Informe N°

107.4.11

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	05 de junio 2025		
TITULO DEL INFORME	Seguimiento al programa de transparencia y ética pública HUSJ. – de enero a abril 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 HUSJ, por el periodo comprendido desde el mes de enero al mes de abril 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 DEL JEFE DE LA OFICINA	José Alejandro Martínez Realpe
ARTICULACION CON EL MECI:	SÉPTIMA DEMISIÓN		

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. Conclusiones presentadas por oficina de control interno
6. Recomendaciones

DESARROLLO DEL CONTENIDO

1. Introducción

Informe de la gestión realizada durante el primer 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 Republica., 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 entidad.

El programa de transparencia y ética pública, se encuentra publicado en la página web de la Institución mediante el siguiente link <https://hospitalsan jose.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.

1			HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.																							
2			OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN																							
3			PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - 2025																							
4	OBJETIVO: Promover 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 de Popayán E.S.E																									
5																										
6	COMPONENTE	ITEM	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	INDICADOR	FORMULA	META	EVIDENCIA	PERIODICIDAD	2025																SEGUIMIENTO
7										Enero				Febrero				Marzo				Abril				
8										1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
11	MEDIDAS DE DEBIDA DILIGENCIA	1.3	Diligenciamiento del Aplicativo por la integridad pública del SIGEP, para la declaración de	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															1		
12		1.4.	Divulgación Código de Conducta y Buen Gobierno (incluye código de Integridad y conflicto de intereses) en proceso de inducción	Oficina de Talento Humano	Servidores publicos que reciben inducción general	Servidores publicos que reciben inducción general/ Total nuevos ingresos	Mayor e igual a 90%	Informe que contenga soporte de las actividades realizadas	Febrero a Noviembre															1		
13	PREVENCIÓN, GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LAVADO DE ACTIVOS/FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO/PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN	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 presencial en cada servicio o proceso	2	Informe de la actividad con listado de Asistencia y evidencia fotográfica.	Febrero a Noviembre															1		
15		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														1		
16		3.1	Realizar un seguimiento trimestral al Esquema de Publicación de información de la página web de la entidad.	Procedso de comunicaciones	Seguimiento al esquema de publicación trimestral	NA	3	Informe de comunicaciones	Cuatrimestr e															1		
17		3.3	Informar a través de piezas comunicacionales los diferentes mecanismos con los que cuenta el hospital para interponer denuncias o presuntos	Oficina Asesora de Planeación con el Apoyo del proceso de Comunicaciones	Cumplimiento en Sistema Integrado de Gestión del Riesgo de corrupcion	Número de piezas comunicacional es publicadas	3	Tres (3) piezas comunicacionales	junio															1		
21	6																									
22																										
23	Actividades a Cumplir en el periodo 6																									
24	Actividades Programadas 6																									
25	% de cumplimiento 100%																									

2. **PRIMER COMPONENTE: MEDIDAS DE DEBIDA DILIGENCIA**

Actividades realizadas por colaboradores de la Oficina de Talento Humano:

1.3 Diligenciamiento del Aplicativo por la integridad pública del SIGEP, para la declaración de Personas Expuestas Políticamente y reporte de las PEP en Aplicativo de Integridad. Evidencia: pantallazo de este reporte.

El Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) en concordancia con la Ley 2013 de 2019 y la Directiva Presidencial 08 de 2022, las entidades del Estado colombiano deben promover mecanismos de transparencia e integridad pública mediante el diligenciamiento obligatorio del aplicativo por la integridad pública del SIGEP especialmente en lo relacionado con la declaración de Personas Expuestas Políticamente (PEP).

El presente informe analiza el nivel de cumplimiento del Hospital Universitario San José de Popayán en relación con el registro y actualización de la información correspondiente a la condición de PEP en el SIGEP.

Los funcionarios públicos del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., que cumplen con los criterios para ser catalogados como PEP-Personas Expuestas Políticamente, de acuerdo al Decreto 830 de 2021 para el diligenciamiento del aplicativo por la integridad pública son:

Nombre	Cargo
JUAN CARLOS ARTEAGA CIFUENTES	Gerente - E.S. E
ADRIANA LUCIA BELALCAZAR MURCIA	Tesorero Gr.1
JUAN FRANCISCO MORA OBANDO	Subgerente Administrativo y financiero

El Hospital Universitario San José de Popayán ha avanzado parcialmente en el cumplimiento del diligenciamiento del aplicativo SIGEP para la declaración de PEP.

RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN:

- Formalizar un procedimiento interno para el diligenciamiento y verificación del módulo de integridad del SIGEP, asignando responsables y plazos.
- Sensibilizar a los funcionarios identificados como PEP sobre su responsabilidad legal en la actualización oportuna del aplicativo.
- Implementar alertas o recordatorios internos automáticos desde el área de Talento Humano o Sistemas.
- Incluir esta obligación en el proceso de inducción y reintroducción de servidores públicos.

1.4 Divulgación Código de Conducta y Buen Gobierno (incluye Código de Integridad y conflicto de intereses), la cual se realiza en el proceso de inducción general que reciben los servidores públicos y personal nuevo que ingresa

Evidencia: soporte de las actividades realizadas.

El Hospital Universitario San José de Popayán, en cumplimiento de los principios de legalidad, transparencia, integridad y eficiencia, ha adoptado políticas institucionales que promueven la ética pública, la cultura de la legalidad y el buen gobierno.

En este sentido, se establece como prioridad estratégica la socialización del Código de Conducta, el Código de Integridad y las directrices sobre gestión de conflictos de interés como parte esencial del proceso de inducción general para los nuevos colaboradores de la institución con el objetivo de presentar los mecanismos de divulgación y apropiación del Código de Conducta y Buen Gobierno, incluyendo los componentes de integridad y conflictos de interés, en el marco del proceso de inducción general, con el propósito de fortalecer la cultura organizacional basada en valores y principios éticos.

Durante el proceso de inducción general, que se realiza con cada nuevo ingreso de personal asistencial, administrativo y de apoyo, se incluye como módulo obligatorio la socialización del Código de Conducta y Buen Gobierno, el cual incluye las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los valores que identifican y reúne el Código de Integridad y del Servicio Público adoptado por el Hospital Universitario San José?

R//

El 60,9 % de los colaboradores conocen e identifican cuales son los valores que identifican del código de integridad, porcentaje bajo por el cual se tendrá que tomar acciones

2. “Cuando tengo dudas respecto a la aplicación de mis deberes busco orientación en las instancias pertinentes al interior de mi entidad S...do a lo que debemos hacer según el siguiente valor:

R//

El 61% de los colaboradores reconoce el valor de la honestidad, porcentaje bajo del cual se tendrá que sensibilizar nuevamente.

3., Mediante cual resolución, ¿el Hospital Universitario San José adopto el Código de integridad, ética hospitalaria y buen gobierno?

R//

El 81 % de los colaboradores si conoce a resolución que el HUSJ adopto el código de integridad, ética y buen gobierno, porcentaje bueno de conocimiento.

4. Quienes deben asumir y cumplir de manera consiente los principios y valores del Código de ¿Integridad del Servicio Público del Hospital Universitario San José?

R//

El 90,2% de los colaboradores del HUSJ reconocen quienes deben de asumir y cumplir de manera consiente los principios y valores del código de integridad, porcentaje bueno de conocimiento

5. Cuáles son los cinco valores que identifica y reúne el Código de Integridad y del Servicio Publico nacional que caracteriza a labor de los servidores públicos?

R//

El 76,8 % conocen los 5 valores que identifican y reúne el Código de Integridad Nacional que caracteriza la labor de los servidores públicos. Porcentaje bueno de conocimiento.

CONCLUSIONES

Tomando como base la presente información, el proceso de Gestión de Talento Humano seguirá realizando otra actividad en el mes de mayo de 2025 en la semana del 21 y 22 donde se impartirá conocimiento sobre las políticas Institucionales del HUSJ, aprovechando que todos los colaboradores asistirán a este evento y de esta manera se podrá realizar nuevamente la sensibilización del Código de Integridad del Servidor Público, especialmente en que los colaboradores reconozcan cuales son los valores que identifica y reúne el código de integridad y del servicio público adoptado por el HUSJ ya que en el Pretest y el Post Test desde el cual realizaron desde el 19 de marzo de 2025 el conocimiento a la pregunta de cuál era los valores adoptados por el HUSJ fue del 60,9%, además, el 61,5% de los colaboradores tenían dudas respecto a la aplicación de sus deberes.

Diferentemente a lo que debemos hacer según el valor de la honestidad ya que el porcentaje de calificación de este fue bueno con un 81%. Teniendo en cuenta que a esta fecha había realizado la evaluación 430 Colaboradores. Seguimos programando diferentes actividades para fortalecer sus conocimientos en el Código de Integridad y del Servicio Público del HUSJ 2025.

Reenviamos nuevamente el Post Test por medio de whatsapp, plataformas, redes sociales para acrecentar la participación hasta el día 1 de mayo de 2025 con una participación de 1263 colaboradores donde obtuvimos resultados para seguir implementando un plan de mejoramiento.

Con respecto a el conocimiento de los valores adoptados por el HUSJ, ya que los evaluados a la fecha descrita el 60% de los colaboradores conocen e identifican cuales son los valores que identifican del código de integridad, porcentaje bajo por el cual se planeó un plan de acción realizando nuevamente una sensibilización los días destinados para realizar la adherencia de las políticas Institucionales en el mes de mayo de 2025.

En el primer semestre de 2025 tuvimos la participación de 1263 colaboradores que fueron evaluados, igualmente para que los colaboradores que no participaron a esta fecha puedan realizar su ingreso a la evaluación del Post Test, este se abrirá nuevamente en el evento de la convocatoria a la jornada institucional de despliegue de políticas.

El 90,2% de los colaboradores del HUSJ reconocen quienes deben de asumir y cumplir de manera consciente los principios y valores del código de integridad, porcentaje bueno de conocimiento y el 76,8 % conocen los 5 valores que identifican y reúne el Código de Integridad Nacional que caracteriza la labor de los servidores públicos. Porcentaje bueno de conocimiento.

Es importante resaltar aquí, el compromiso de cada jefe de dependencia y/o coordinador para brindar los espacios, tiempos e incentivar la participación de las personas a su cargo en todas las actividades que sean programadas.

Igualmente destacamos muchos hábitos negativos en el informe que se realizó por parte del proceso de Talento Humano en la actividad del "Buzón de los malos hábitos de los colaboradores del HUSJ". Por lo cual Organizamos en conjunto con el Programa de Humanización actividades donde podamos minimizar estas prácticas negativas que influyen en el clima organizacional y el buen desempeño institucional.

Somos conscientes que modificar estos hábitos negativos en su trabajo no es tarea sencilla, se requiere de tiempo y paciencia. Es un trabajo rutinario, en el que debemos llevar un riguroso control y medición de resultados.

Trabajaremos para eliminar las malas prácticas, cambiando su actitud y aptitud para una mejora continua.

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 socializó las Políticas Institucionales del H.U.S.J.

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.

Durante este periodo se ejecutaron acciones orientadas a la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos de corrupción, de acuerdo con la Metodología de Gestión del Riesgo definida

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.

Los riesgos identificados, se evaluaron y se les realizó seguimiento y control por cada proceso mediante la matriz Excel. La cual se socializó de manera presencial por el oficial de planeación a todos los procesos institucionales.

**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.**

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

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

En este contexto, las entidades deben diseñar, programar y coordinar planes de capacitación dirigidos a todas las áreas y funcionarios, con el objetivo de fortalecer la gestión del riesgo asociado a corrupción, opacidad y fraude. Esta actividad se ha venido implementando a través de los procesos de inducción y las capacitaciones programadas para la vigencia 2025.

EVIDENCIAS: Acta de reunión de socialización de mapa de riesgos por procesos y listado de asistencia:

OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 1 de 1

TEMA DE LA REUNION						SOCIALIZACIÓN, ASESORIA, REVISIÓN, AJUSTE Y CONSTRUCCIÓN MAPAS DE RIESGOS POR PROCESO VIGENCIA 2025	
ACTA No.	FECHA			HORA		LUGAR	RESPONSABLE REUNIÓN
1	28	02	2025	INICIAL	FINAL	OFICINA DE PLANEACION	Angelli Danielly Mera

ASISTENTES O INTEGRANTES			
NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO ELECTRONICO	CARGO	DEPENDENCIA O SERVICIO
Se anexa listado de participantes			

ORDEN DEL DÍA

1. SOCIALIZACIÓN, ASESORIA, REVISIÓN, AJUSTE Y CONSTRUCCIÓN MAPAS DE RIESGOS POR PROCESO VIGENCIA 2025

DESARROLLO

El objetivo de esta reunión es Socializar los mapas de riesgos de procesos y los riesgos de corrupción institucional, establecer controles, definir evidencias y articular los riesgos clínicos, poblacionales e individuales en el marco del sistema de gestión del riesgo del Hospital Universitario San José.

Durante el mes de enero y febrero de 2025, se realiza la socialización y la revisión y ajuste de los mapas de riesgos incluyendo los riesgos de corrupción, con cada uno de los líderes y su colaboradores de apoyo de cada subproceso, según metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, basados en la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 6, que incluye la matriz en Excel para hacer la construcción de riesgos y controles, así como su valoración y seguimiento. Esta matriz se complementó, con las directrices impartidas por la Supersalud en su circular 20211700000004-5 del 15 de septiembre de 2021, "Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos", así como con las directrices impartidas en la circular 20211700000005-5 del 17 de septiembre de 2021 "por la cual se dan instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude SICOE".

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN		LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO					OPL-PD04-FO21
FECHA: 28/02/2025		LUGAR:		COPIA NO CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL OFICINA PLANEACION		HORA:	
TEMA (S): Socialización, Asesoría, Revisión, construcción de mapas de riesgos 2025							
MONITOR (ES): Angeris Mera Aranda							
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	# CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACION	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Angie Ruiz Hoto	106180987	Administrativo	Asesalud	Int. Psicosocial	angie.ruih@hsj.gov.co	Angie Ruiz
2	John Freddy Polanco M.	10744000	coordinador	Asesalud	Int. Psicosocial	coordinadorintervencion@hsj.gov.co	John Freddy
3	Juan Carlos Garín	106126570	Enf. IAAS	Asesalud	PIAAS	juancgarin30@gmail.com	Juan Carlos
4	Caribson Burbano L.	1061761562	Enfermero IAAS	Asesalud	PIAAS	comite_infeccion@hsj.gov.co	Caribson
5	Adrian David Diaz	1061780503	Ing. Ambiental	Asesalud	Gestión Ambiental	gestionambiental@hsj.gov.co	Adrian
6	Terly fernanda	3432778	Enfermera G	HUSJ	COORDINACIÓN REFERENCIA	coordinacionreferencia@hsj.gov.co	Terly
7	Alma	76712422	Almacén	HUSJ	Almacenamiento	almacenamiento@hsj.gov.co	Alma

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN		Anexo al OPL-PD04 FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO					OPL-PD04-FO23
FECHA: 28/02/2025		LUGAR: Jueves de Pácorica # 2		COPIA NO CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL OFICINA PLANEACION		HORA:	
TEMA (S): Socialización, Asesoría, Revisión, construcción de mapas 2025							
MONITOR (ES): Angeris Mera Aranda							
N°	NOMBRES Y APELLIDOS	# CEDULA	ACTIVIDAD Y/O CARGO	ORGANIZACIÓN O ASOCIACION	PROCESO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
20	Jenny Chano	34351630	Coordinadora	Asesalud	Subalman	subalman@hsj.gov.co	Jenny
21	Daniela Lopez	106172200	Coordinadora	Asesalud	Asesalud	whhuanan@hsj.gov.co	Daniela
22	Luzethida Losada	107270237	Lider Unidad	Asesalud	Asesalud	liderconeo@hospitalpopayan.gov.co	Luzethida
23	Danyany Odonez Diaz	7234338280	Lider Unidad	Asesalud	Asesalud	liderexpediente@hsj.gov.co	Danyany
24	Caribson Burbano L.	76327684	Coordinador	HUSJ	Pediatric	pediatric@hsj.gov.co	Caribson
25	Ana Mercedes	3437954	Coordinadora	HUSJ	neonatal	neonatal@hsj.gov.co	Ana Mercedes
26	Miguel Mendez	34571325	Coordinador	Asesalud	Origen	coordinacioncine@hsj.gov.co	Miguel
27	Yicela Urbano N.	1083663529	Coordinador	Asesalud	Consulta externa	consultaxterna@hsj.gov.co	Yicela

2.3 Realizar reportes de operaciones sospechosas a la UIAF

Responsable: Oficial de Cumplimiento SARLAFT

SOPORTE MES DE ENERO DEL 2025

Certificado

Reporte generado el 6 feb de 2025 09:36:31a.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: 2827034

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

Medio de entrega de la información: En Linea

Fecha de radicación: 06/02/2025 09:26:36 a.m.

Fecha inicial a la que corresponde el reporte: 1 - 1 - 2025

Fecha final a la que corresponde el reporte: 31 - 1 - 2025

No. de registros involucrados en el reporte: 0

Tipo de reporte: Ausencia

Código de la entrega: 1708721

Estado: Exitoso

Certificado

Reporte generado el 6 feb de 2025 09:34:33a.m.

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

No. Radicación:	2827042
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	06/02/2025 09:34:15 a.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 1 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 1 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	68340
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 6 feb de 2025 09:34:58a.m.

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

No. Radicación:	2827048
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	06/02/2025 09:34:55 a.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 1 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 1 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	68178
Estado:	Exitoso

SOPORTE MES DE FEBRERO DEL 2025

Certificado

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

No. Radicación:	2847914
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Tipo de reporte:	Ausencia
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	06/03/2025 06:48:25 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 2 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	28 - 2 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Código de la entrega:	68978
Estado:	Exitoso

Certificado

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

No. Radicación:	2847913
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Tipo de reporte:	Ausencia
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	06/03/2025 06:47:29 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 2 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	28 - 2 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Código de la entrega:	69141
Estado:	Exitoso

Certificado

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

No. Radicación:	2847910
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Tipo de reporte:	Ausencia
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	06/03/2025 06:45:45 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 2 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	28 - 2 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Código de la entrega:	1717343
Estado:	Exitoso

SOPORTE MES DE MARZO DEL 20225

Certificado

Reporte generado el 8 ABR de 2025 8:22:28a. 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:	2880125
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	8/04/2025 8:22:24 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 3 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 3 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	70884
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 8 ABR de 2025 8:21:06a. 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:	2880120
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	En Linea
Fecha de radicación:	8/04/2025 8:20:57 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 3 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 3 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1732572
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 8 ABR de 2025 8:21:55a. 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:	2880121
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	8/04/2025 8:21:51 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 3 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 3 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	71021
Estado:	Exitoso

SOPORTE MES DE ABRIL DEL 2025

Certificado

Reporte generado el 7 may. de 2025 8:53:07a. 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:	2911430
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	7/05/2025 8:53:03 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 4 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 4 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1747185
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 7 may. de 2025 8:54:30a. 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:	2911438
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	7/05/2025 8:54:26 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 4 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 4 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	71702
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 7 may. de 2025 8:55:21a. 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:	2911443
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	7/05/2025 8:55:18 a. m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 4 - 2025
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 4 - 2025
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	71565
Estado:	Exitoso

4. 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.

Actividad realizada por colaboradores del Proceso de comunicaciones.

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

Se evidencia un **buen nivel de cumplimiento general** y se avanza de forma significativa en el cumplimiento de su deber de transparencia activa. **No obstante, se deben fortalecer algunos componentes para garantizar el acceso oportuno, veraz y completo a información pública por parte de la ciudadanía.**

REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN PAGINA WEB INTRITUCIONAL

<https://hospitalsanjose.gov.co/index.php/1-jornada-nacional-de-vacunacion/>



<https://hospitalsanjose.gov.co/index.php/diplomado-de-oncologia-pediatrica-hospital-universitario-san-jose-de-popayan-unicauca/>



<https://hospitalsan jose.gov.co/index.php/nueva-ubicacion-de-nuestra-sede-administrativa/>



<https://hospitalsan jose.gov.co/index.php/dia-mundial-tuberculosis/>

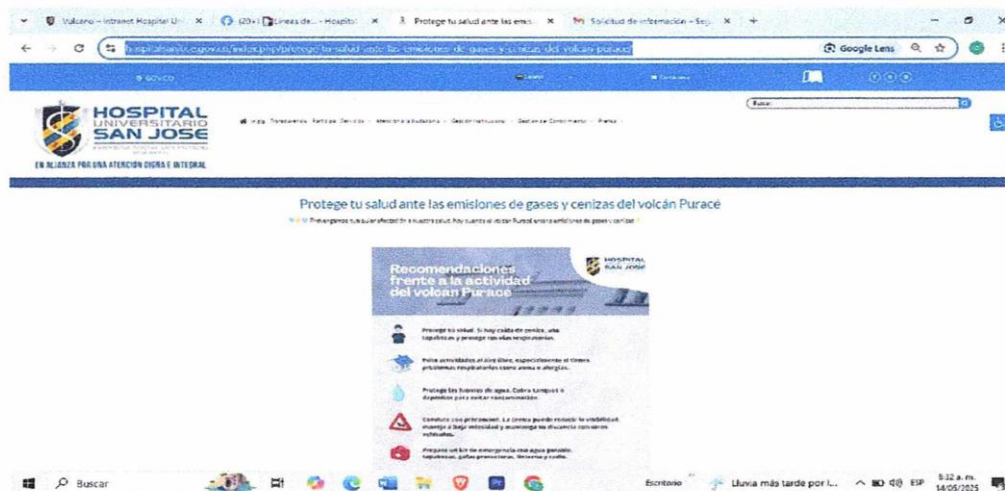


<https://hospitalsan jose.gov.co/index.php/comite-hospitalario-de-emergencias-del-hospital-universitario-san-jose-de-popayan-medidas-frente-a-la-emision-de-gases-y-cenizas-del-volcan-purace/>



<https://hospitalsan jose.gov.co/index.php/protege-tu-salud-ante-las-emisiones-de-gases-y-cenizas-del-volcan-purace/>

<https://hospitalsan jose.gov.co/index.php/protege-tu-salud-ante-las-emisiones-de-gases-y-cenizas-del-volcan-purace/>



3.2 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.

Actividad realizada por colaboradores de la Oficina Asesora de Planeación con el Apoyo del proceso de comunicaciones.

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., en su compromiso con la legalidad, la transparencia y la integridad pública, ha dispuesto diversos mecanismos institucionales para facilitar a la ciudadanía, usuarios, contratistas y funcionarios la interposición de denuncias, quejas o reportes relacionados con posibles actos de corrupción o conductas irregulares al interior de la entidad.

Este informe describe los canales habilitados, su funcionamiento, y las estrategias de divulgación, con el propósito de garantizar el derecho a la participación ciudadana, el control social y el fortalecimiento del sistema de integridad institucional.

CANALES VIRTUALES

- **Formulario web de denuncias:** Disponible en la sección de Transparencia de la página oficial www.hospitalsanjose.gov.co, permite el registro anónimo o identificado de denuncias relacionadas con posibles hechos de corrupción o irregularidades administrativas.
- **Correo electrónico institucional:** El correo electrónico oficial de la Oficina de Control Interno [controlinterno@hospitalsanjose.gov.co] recibe denuncias, quejas o alertas ciudadanas sobre comportamientos contrarios a la ética pública.
- **Sistema PQRS (Petición, Queja, Reclamo y Sugerencia):** Integrado en la plataforma web y de atención al usuario, permite canalizar denuncias cuando estas se presentan como parte de un reclamo relacionado con el servicio o el comportamiento institucional.

2.2. Canales presenciales

- **Buzones físicos de sugerencias y denuncias:** Ubicados en puntos estratégicos del hospital, como la entrada principal y áreas de consulta externa, donde los usuarios pueden depositar de forma anónima sus denuncias o comentarios.
- **Atención directa en la Oficina de Control Interno y la Oficina de Atención al Ciudadano:** Disponibles en horario laboral, donde el denunciante puede entregar por escrito su caso, bajo reserva de identidad si así lo desea.

2.3. Línea telefónica institucional

- **PBX del hospital:** Extensiones asignadas para recepción de inquietudes y denuncias, con redireccionamiento a las áreas correspondientes. Se garantiza el seguimiento de los casos mediante radicado interno.

Todas las denuncias recibidas a través de los canales mencionados son tratadas con **estricta confidencialidad y reserva**, conforme a lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y el Decreto 2641 de 2012. La Oficina de Control Interno realiza el análisis preliminar de los hechos reportados, y de ser necesario, los remite a las instancias competentes como la fiscalía general de la Nación, la Procuraduría o la Contraloría General de la República.

El Hospital ha venido desarrollando acciones de divulgación de estos mecanismos, promoviendo una cultura de legalidad y cero tolerancias con la corrupción. Asimismo, se incluye la información sobre estos mecanismos en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) buscando siempre la mejora continua.

CONCLUSIONES DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN

- Durante el primer cuatrimestre del 2025, el Hospital Universitario San José de Popayán avanzó en la implementación de su matriz de riesgos de corrupción, evaluando seis riesgos críticos y aplicando 24 controles específicos, con un nivel de ejecución del 89%.
- Sin embargo, se evidenció una brecha de cobertura en áreas estratégicas como Cirugía, Urgencias Pediátricas, Pediatría, Endoscopia, Facturación, Aseo, Lavandería y Vigilancia, las cuales no presentaron matriz de corrupción, lo que constituye un riesgo latente de omisión en el control preventivo y exige acciones inmediatas de inclusión y seguimiento.
- Las actividades de sensibilización sobre el Código de Integridad y los conflictos de interés evidencian un trabajo sistemático, con la participación activa de más de 1.200 colaboradores. Se destaca el uso de herramientas innovadoras como el Pre-Test, Post-Test y el "buzón de los malos hábitos", lo que denota un enfoque pedagógico y reflexivo en la promoción de la ética pública.

A continuación, se evidencia el porcentaje de cumplimiento por procesos, oficio enviado por correo electrónico desde la Oficina de Planeación el día SEIS (06) de junio de 2025:

Oficina Asesora de Planeación

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1

El Área de Planeación del Hospital Universitario San José ESE de Popayán

Hace constar

Que los líderes de los diferentes procesos asistenciales y administrativos, hicieron entrega de la información requerida para el primer cuatrimestre 2025 de los Mapas de Riesgo de corrupción, como Se detalla en tabla anexa.

CONTROL DE EVIDENCIAS DEL MAPA DE RIESGOS POR PROCESO 2025

Código del proceso	Proceso		Número de actividades a entregar	Numero de Actividades Realizadas primer cuatrimestre 2025	% Cumplimiento cuatrimestre
	Administrativo	Asistencial			
1	Control interno		3	3	100%
2	Control disciplinario		3	3	100%
3	Subg. científica		4	4	100%
4	Subg. Administrativa y Financiera		7	7	100%
5	Planeación		3	3	100%
6	Calidad		3	3	100%
7	Marketing		3	3	100%
8	Venta de servicios		3	3	100%
9		SIAU	3	3	100%
10		Prev. infecciones	3	3	100%
11		Apoyo psicosocial	3	3	100%
12		Referencia y contra referencia	3	3	100%
13		Urgencias adultos	3	3	100%
14		Urgencias Gineco	3	3	100%
15		Consulta externa	3	3	100%
16		Urgencias pediátricas	3	0	0%
17		UCINT adultos	3	3	100%
18		UCI adultos I y II	3	3	100%
19		UCI III - UCI adultos II	3	3	100%
20		UCI Pediatría	3	3	100%
21		Neonatología - Bco leche	3	3	100%
22		Internación : med interna, mco	3	3	100%
23		acas, acas, trauma	3	3	100%
24		Salud Mental	3	3	100%
25		Pediatría	3	0	0%
26		Cirugía	3	0	0%
28		esterilización	3	3	100%
29		Laboratorio clínico	3	3	100%
30		Banco sangre	3	3	100%
31		Dx cardiovascular	3	3	100%
32		Nefrología	3	3	100%
33		Quimioterapia	3	3	100%
34		Centro de infusión	3	3	100%
35		Nutrición y dietética	3	3	100%
36		Rehabilitación	3	3	100%
37		Servicio farmacéutico	3	3	100%
38		Madre canguro	3	3	100%
39		Radiología Imágenes	3	3	100%
40		Patología	3	3	100%
41		Endoscopia	3	0	0%

Oficina Asesora de Planeación

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1

42	Talento humano		7	7	100%
43	SST		4	4	100%
44	Sistemas		3	3	100%
45	Comunicaciones		3	3	100%
46	Gestión documental		3	3	100%
47	Epidemiología y estadística		4	4	100%
48	Repres. Jurídica -		6	6	100%
49	contratación		3	3	100%
50	Facturación		7	0	0%
51	Auditoría de cuentas		3	3	100%
52	Cartera		3	3	100%
53	Costos		2	2	100%
54	Contabilidad		3	3	100%
55	Presupuesto		3	3	100%
56	Tesorería		3	3	100%
57	Innovación e investigación		3	3	100%
58	Convenios docencia servicio		3	3	100%
59	Infraestructura		3	3	100%
60	tecnología biomedica		6	6	100%
61	tecnología industrial		3	3	100%
62	Almacen		3	3	100%
63	Gestión ambiental		3	3	100%
64	Aseo servicios generales/ aseo		3	0	0%
65	Aseo servicios generales /vigilancia		3	0	0%
66	Aseo servicios generales / lavandería		3	0	0%
67	Aseo servicios generales /economato		3	3	100%
68	Vigilancia y control		3	3	100%
69	Ética medica		3	3	100%
70	Coordinación Enf		3	3	100%
71	venta servicios		3	3	100%
		38	36	227	199
TOTAL PROCESOS :			73		88%

Se evaluaron 65 procesos administrativos 32 y asistenciales 33 en total fueron 73 procesos que cumplieron con las actividades planteadas en la matriz de riesgos de corrupción, **equivalente al 88%**

NOTA: El proceso faltante que no cumplió con la matriz de riesgos fue: cirugía, urgencias, pediatría, pediatría, endoscopia, facturación, aseo, lavandería, vigilancias.

5. CONCLUSIONES PRESENTADAS POR OFICINA DE CONTROL INTERNO

La Oficina de Control Interno verificó la realización de las actividades realizadas en cumplimiento del PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA – 2025 y estableció las siguientes conclusiones:

- 1- Se realizó implementación de la matriz de riesgos de corrupción en 73 procesos determinando seis (06) riesgos críticos y aplicando veinticuatro (24) controles específicos, con un nivel de ejecución de cumplimiento del 88%, lo cual se evidencia en oficio enviado por la Oficina Asesora de Planeación mediante correo electrónico de fecha seis (06) de junio de 2025.
- 2- El porcentaje de cumplimiento en la ejecución de las actividades de los controles para mitigar los riesgos, fue del 88%.
- 3- El porcentaje de incumplimiento fue del 12%, lo anterior debido a que ocho procesos: **Cirugía, Urgencias pediatría, Pediatría, Endoscopia, Facturación, Aseo, Lavandería y Vigilancia**, no presentaron la matriz de riesgos de corrupción.
Es de resaltar, que al realizar la comparación con la información de los riesgos del segundo semestre de año 2024, se evidencia que cuatro (04) de los procesos: **URGENCIAS DE PEDIATRIA, PEDIATRÍA, ASEO Y LAVANDERÍA, son reincidentes en el incumplimiento.**
- 4- 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.

En este orden de ideas, se observa que las evidencias aportadas, no son suficientes, para establecer un cumplimiento estricto de lo mencionado.

En razón a lo anterior se advierte, que los resultados de la evaluación de esta actividad “Realizar un seguimiento trimestral al Esquema de Publicación de información de la página web de la entidad” deberán verse reflejados en el informe del segundo cuatrimestre del año 2025.

6. Recomendaciones:

- 1- Requerir a los coordinadores de los procesos que han incumplido con la presentación de la matriz de riesgos de corrupción y establecer oportunamente planes de mejora de cumplimiento a corto plazo y así evitar la ocurrencia de riesgos elevados en estos procesos, Maxime cuando hay procesos que reinciden en el incumplimiento desde el año 2024.
- 2- Realizar análisis cuatrimestral del cumplimiento y del impacto de las acciones implementadas para mitigar los riesgos asociados a cada proceso, para establecer oportunamente las medidas correctivas al respecto.
- 3- Brindar a los líderes y coordinadores de procesos del Hospital Universitario San José de Popayán las herramientas conceptuales y metodológicas necesarias para concientizarlos de la importancia de fortalecer la implementación, seguimiento y mejora continua del Sistema de Gestión integral del Riesgo institucional, encaminada a promover una cultura organizacional orientada a la prevención, mitigación y control de eventos adversos que puedan afectar la seguridad y la integridad física y emocional de los pacientes que acuden a esta institución.
- 4- Contar con los mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos en las capacitaciones realizadas, con el fin de determinar la eficacia de dichos programas 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.
- 5- Llevar a cabo, verificación detallada de la actividad **“Realizar un seguimiento trimestral al Esquema de Publicación de información de la página web de la entidad”** y propender para que se publiquen temas trascendentales que realice la institución y que merezcan ser conocidos por la comunidad en general.

PROYECTADO POR:

MARIA AMPARO MUÑOZ

MARIA AMPARO MUÑOZ
Enfermera Especialista Gr. 1

REVISADO Y APROBADO POR:

VICTOR FABIO GOMEZ FRANCO

VICTOR FABIO GOMEZ FRANCO
Jefe Oficina Asesora Control Interno

PERSONAS INTERESADAS

JUAN CARLOS ARTEAGA CIFUENTES - Gerente H.U.S.J.