



INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO N° 14 - 2020

Periodo: de Septiembre 01 a Diciembre 31 de 2020.

Informe tipo:
De Cumplimiento
Diciembre 2021



INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO N° 14 - 2020

Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina:

Carlos Uriel López Ríos

Auditores:

José Heriberto Vargas Lema
María Janeth Agudelo Arango
Karina Marina Ruíz De la Hoz

Técnico:

Julio E. Suescún Montoya

Correo Oficina:

oficinadeauditoria@hgm.gov.co

Oficina de Auditoría Interna
Hospital General de Medellín
Carrera 48 #32 – 102
PBX: 3847300
Medellín – Antioquia
Colombia
www.hgm.gov.co

Periodo:
de Sep. 01 a Dic. 31 de 2020



Alcaldía de Medellín

CONTENIDO

I. GENERALIDADES.....	5
1.1. Objetivo.....	5
1.2. Fundamento Normativo.	5
1.3. Documentos Base.....	6
1.4. Terminología básica.....	7
 II. COMPONENTE 1. GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.....	 9
2.1. Comunicaciones Internas y Despliegues y/o Sensibilizaciones:	9
2.2. Riesgos de corrupción revisados (39 procesos):	9
2.3. Análisis y Evaluación de Riesgos de Corrupción HGM:.....	9
2.4. Matriz de Riesgos:	9
2.5. Mapa de Riesgos de Corrupción publicado para consideración y participación de las partes interesadas:	9
2.6. Monitoreo a la Matriz de Riesgos de corrupción (Marzo, Junio, Septiembre, Diciembre):.....	10
 III. COMPONENTE 2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.	 12
 IV. COMPONENTE 3. RENDICIÓN DE CUENTAS.	 15
 V. COMPONENTE 4. ATENCIÓN AL CIUDADANO.....	 18
 VI. COMPONENTE 5. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.....	 22
 VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	 24

PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna, en cumplimiento de sus funciones y en especial la de “Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema Institucional de Control Interno – SICI”, presenta el Informe de Seguimiento N°14-2020 al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC, correspondiente al período entre septiembre 1 y diciembre 31 del 2020.

El documento se estructura en siete capítulos. En el primero se enuncian las generalidades y el componente legal y normativo; del capítulo segundo al sexto se relaciona las actividades realizadas en cada uno de los componentes definidos en el plan. En el capítulo siete se enuncian algunas conclusiones y recomendaciones.

El presente **Informe de Auditoría** se enmarca en la Línea II, Eje I. Aseguramiento y Auditoría Interna Innovadora del Plan Estratégico 2017-2021 “**Construimos Confianza**” de la Oficina de Auditoría Interna, adoptado mediante Acuerdo N° 167 de la Junta Directiva del 21 de septiembre de 2017.

Nos anima el propósito de continuar liderando, desde la Oficina de Auditoría Interna, un conjunto de estrategias y acciones que permitan contribuir, desde la evaluación del gobierno, el control y los riesgos, a la consolidación, afianzamiento y sostenibilidad de los propósitos del Hospital General de Medellín, en el marco de la Mega definida para el año 2027.

Oficina de Auditoría Interna.

Construimos Confianza

Hospital General de Medellín.

Atención Excelente y Calidad de Vida.



I. GENERALIDADES.

1.1. Objetivo

Verificar el cumplimiento de las acciones propuestas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano –PAAC, de acuerdo con la Ley 1474 de 2011 y acatando la metodología definida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

1.2. Fundamento Normativo.

- Ley 1474 del 12 de julio 2011. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

Artículo 73. Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. Dicha estrategia contemplará, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

- Decreto 2641 de 2012. Por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011.

Artículo 5°. El mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas del mencionado documento ("Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano") estará a cargo de las oficinas de control interno, para lo cual se publicará en la página web de la respectiva entidad, las actividades realizadas, de acuerdo con los parámetros establecidos.

- Decreto 124 de 2016. "Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".

Artículo 1. El artículo 2.1.4.1. Del decreto 1081 de 2015 quedará así: Estrategias de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. Señálense como metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano contenida en el documento: "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Versión 2".

- Circular Externa 008 de la Supersalud. Adiciones y modificaciones a Circular 47 de 2007 – Supersalud.

Capítulo II. Participación Ciudadana. Página 47.

- Decreto 2106 de 2019. “Por la cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública”

Capítulo I. Objeto, ámbito de aplicación y medidas para la implementación. Página 2.

1.3. Documentos Base.

- Plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAYAC 2020. Página web de la institución/Transparencia y acceso a la información.
- Publicaciones en la intranet. Gestión Integral de la Calidad/ Otros temas relacionados con SGCI.
- Matriz de riesgos de corrupción en los diferentes procesos. Carpeta compartida Gestión de Riesgos/Matriz de Riesgos 2020.
- Código de ética y de buen gobierno. Mapa de procesos/Gestión de la Planeación/ES-PLI- GP002D08.
- Plan de capacitación institucional. Intranet/Gestión Humana/Plan Capacitación.
- Evaluación plan de acción. Actas en EURODOC/ Comité Ampliado de Gerencia.
- Procesos y procedimientos. Intranet / Mapa de Proceso Institucional.
- Rendición de cuentas. Página web de la institución/Transparencia y acceso a la información.
- Planes de mejoramiento. Carpeta compartida Planes de Mejoramiento/ Planes de Mejoramiento Institucional.
- Indicadores Institucionales de Gestión. Carpeta compartida Indicadores.
- Informes de quejas y reclamos. Sistema de Información SAP.
- Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC. Presidencia de la República. 2015.

1.4. Terminología básica.

▫ **Código de Ética y Buen Gobierno**

Es una declaración de los principios y valores de comportamiento (ética) y de buena gestión administrativa con los cuales se compromete toda la institución para con sus pacientes, familiares, proveedores y sus propios funcionarios en cumplimiento de su misión institucional como entidad pública prestadora de servicios de salud.

▫ **Confianza**

Esperanza firme que se tiene en una persona o cosa. Es el resultado de juicio que se hace sobre una persona para asumirla como veraz, competente o interesada en el bienestar de uno mismo.

▫ **Gestión del Riesgo**

Proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos.

▫ **Sistema de información**

Conjunto formal de procesos de gestión de datos, documentos y necesidades de información que interactúan de manera deliberada y sistemática, alineados al direccionamiento estratégico con el fin de apoyar la toma de decisiones basada en hechos y datos.



Primer Componente

**GESTIÓN DE RIESGOS
DE CORRUPCIÓN**

II. COMPONENTE 1. GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

Revisada la Gestión de Riesgos de Corrupción en los procesos se encuentra que fueron ejecutadas las siguientes actividades:

2.1. Comunicaciones Internas y Despliegues y/o Sensibilizaciones.

- A la fecha se han enviado correos a los involucrados en el Sistema de Gestión Integral de Riesgos informando avances a la fecha, se comparte y se solicita información de riesgos de los diferentes procesos.
- En el período se han realizado 34 despliegues virtuales del Sistema de Gestión Integral de Riesgos a todos los gestores de los procesos; el acumulado de personas capacitadas en el año es de 277.

2.2. Riesgos de corrupción revisados (39 procesos).

Durante el periodo se presenta seguimiento de los riesgos de corrupción asociados a los procesos estratégicos, misionales, apoyo y, de evaluación y control.

2.3. Análisis y Evaluación de Riesgos de Corrupción HGM.

En el periodo se presenta análisis y evaluación de los riesgos de corrupción asociados a los procesos estratégicos, misionales, apoyo y, de evaluación y control.

2.4. Matriz de Riesgos.

La Matriz de Riesgos de Corrupción HGM actualizada con los riesgos de corrupción asociados a los procesos de Planeación, SIAU, Jurídica, Infraestructura física, gestión farmacéutica y docencia servicio.

2.5. Mapa de Riesgos de Corrupción publicado para consideración y participación de las partes interesadas.

- La matriz de riesgos es publicada por la Oficina de Comunicaciones en la página de la institución.
- A la fecha se han enviado correos a los involucrados en el Sistema de Gestión Integral de Riesgos informando avances a la fecha, se comparte y se solicita información de riesgos de los diferentes procesos.
- La matriz de riesgos de corrupción está en la carpeta compartida de gestión de riesgos en la cual pueden acceder todos los gestores de riesgos y adicionalmente se publica en la página web del HGM para las demás partes interesadas.

2.6. Monitoreo a la Matriz de Riesgos de corrupción (Marzo, Junio, Septiembre, Diciembre).

El Monitoreo a la Matriz de Riesgos de corrupción se evidencia con el seguimiento realizado cada corte del cuatrimestre.





Segundo Componente
RACIONALIZACIÓN
DE TRÀMITES

III. COMPONENTE 2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.

En el marco de la estrategia Anti-trámites, se realizaron las siguientes actividades:

- 3.1. En la institución se encuentran actualizados y registrados los trámites en el Sistema único de Información de Trámites SUIT.
- 3.2. Hasta la fecha no se han creado nuevos trámites o procedimientos administrativos.
- 3.3. Los trámites identificados en el último cuatrimestre de la vigencia con mayor cantidad de quejas y reclamos recibidas en la Oficina de Atención al Usuario por los diferentes canales son la dificultad en el acceso a los servicios de salud, esto con ocasión de la pandemia COVID 19, estuvieron cerrados los servicios de consulta externa. Asimismo, la dificultad en el acceso a la información del estado de salud de los pacientes y las dificultades de comunicación con los diferentes servicios a través de las líneas telefónicas.
- 3.4. Hasta la fecha en la página SUIT se tienen actualizados los trámites. No se han creado nuevos OPAs.(Otros procedimientos administrativos).
- 3.5. Se cuenta con inventario de los trámites y OPAs obligatorios del SUIT en el portal No+filas, están identificados 12 trámites y se encuentran en la página web /Inicio /Atención al Ciudadano /listado de trámites, se abre el hipervínculo.
- 3.6. No se cuenta con identificación de trámites diferentes a los OPAs obligados en el SUIT.
- 3.7. Se vienen diseñando piezas de promoción y divulgación para realizar campañas y así darle cumplimiento a esta actividad.
- 3.8. Se realiza difusión de información sobre las mejoras de los trámites a los servidores públicos a través de correos electrónicos e intranet.
- 3.9. Se cumplió la caracterización de usuarios al realizar mensualmente el informe de producción en donde se especifican aspectos sociodemográficos como edad, sexo, nacionalidad y otros aspectos de aseguramiento y condiciones de salud. También se realizó de manera puntual, una caracterización de los pacientes desde 2018 específicamente sobre pacientes de SAVIA.
- 3.10. Se cumplió la caracterización de usuarios al realizar mensualmente el informe de producción en donde se especifican aspectos sociodemográficos como edad, sexo, nacionalidad y otros aspectos de aseguramiento y condiciones de salud. También se realizó de manera puntual, una caracterización de los pacientes desde 2018 específicamente sobre pacientes de SAVIA.

- 3.11. Diariamente se apoya a los usuarios con los diferentes requerimientos, como acceso a los servicios de salud, citas por consulta externa, dificultades para obtener información por los canales telefónicos. Asesoría sobre los procesos de autorizaciones a través de la página de su EPS, pérdida de documentos, historias clínicas, objetos personales, tarjetas de bancos, llaves. Apoyo a las damas voluntarias con las actividades de entrega de ropa y alimentación. Escucha activa de los usuarios que se manifiestan por trato digno. Con ocasión de la pandemia Covid 19, se evidenció un incremento importante en las quejas y reclamos especialmente en el acceso a los servicios, información y trato digno. Escucha activa de los usuarios que se manifiestan por trato digno. Con ocasión de la pandemia Covid 19, se evidenció un incremento importante en las quejas y reclamos. especialmente en el acceso a los servicios, información y trato digno, trámites de tiquetes a los usuarios de las EPS-S Barrios Unidos y Comfachocó.
- 3.12. Entre los derechos mayormente identificados como vulnerados se encuentra:
- Recibir un trato digno,
 - Recibir la mejor atención disponible- oportunidad,
 - Información,
 - Recibir la mejor atención disponible - continuidad,
 - Recibir la mejor atención disponible - puntualidad,
 - Recibir la mejor atención disponible - respeto por la intimidad,
 - Recibir la mejor atención disponible.
 - Pérdida de objetos.
- 3.13. Para el año 2020 se alinearán las estrategias de racionalización de tramites con la política diseñada en ese sentido, con el fin de garantizar la optimización de dichos tramites de cara al ciudadano; especialmente haciendo uso de las TICs.



Tercer Componente
RENDICIÓN
DE CUENTAS

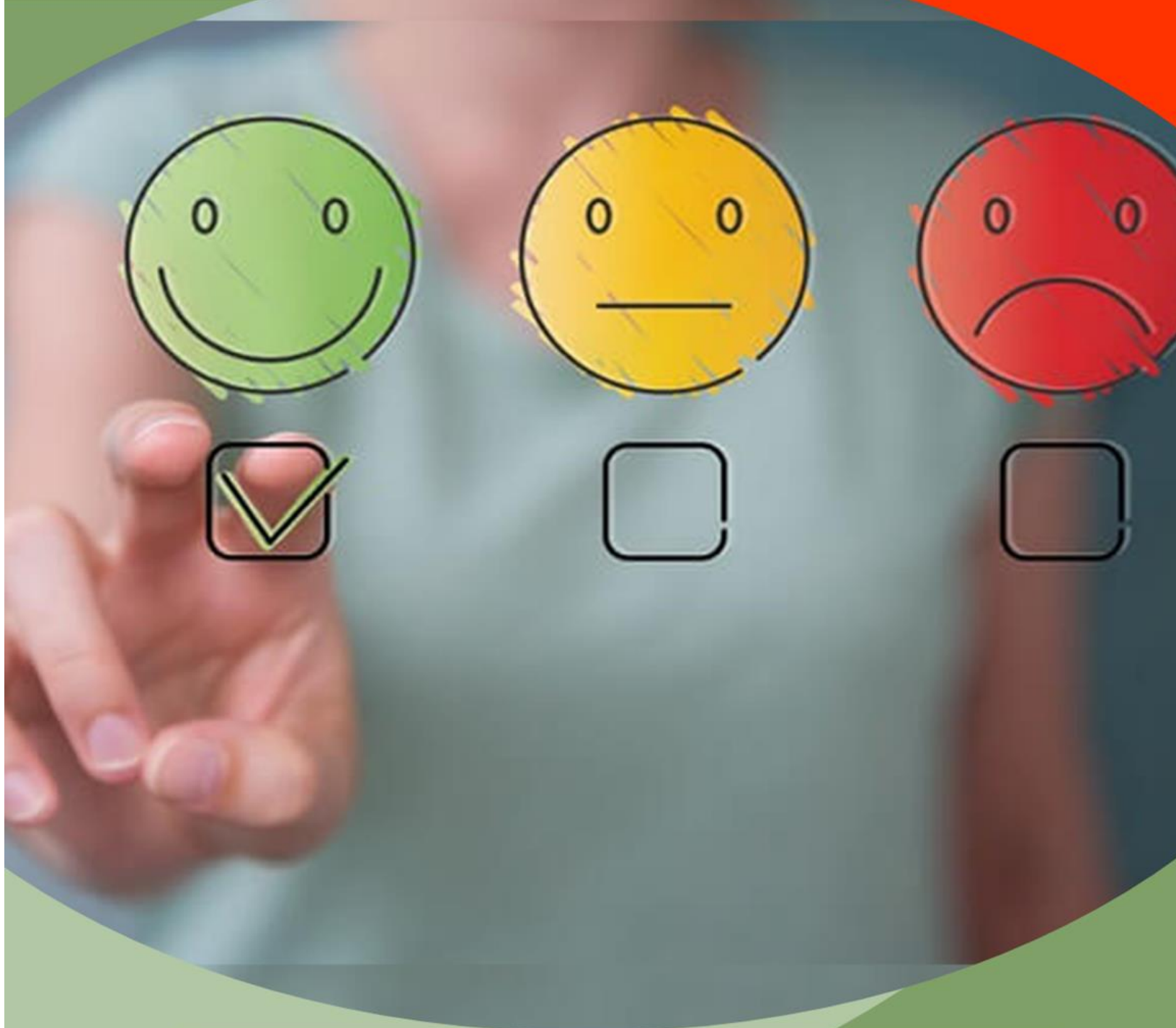
IV. COMPONENTE 3. RENDICIÓN DE CUENTAS.

En el marco de la estrategia de Rendición de Cuentas, se realizaron las siguientes actividades:

- Se realiza reunión de planeación con el área de comunicaciones, la oficina del SIAU y la oficina de calidad y planeación. Se define metodología y recursos necesarios.
- Cada una de las áreas aporta la información requerida, desde la oficina de calidad se realiza la consolidación de las presentaciones que conforman el informe, estadística remite la caracterización de usuarios por grupos etarios y un gerencial de producción que permite visualizar el comportamiento anual de las actividades misionales.
- Para la rendición de cuentas se implementaron varias estrategias como: invitación virtual, invitación física, campaña de expectativas en redes sociales, cartilla impresa, además de acciones comunicacionales a través de la intranet, los correos electrónicos, las carteleras, redes sociales, a la Asociación de Usuarios del Hospital, los medios de comunicación y el contacto con los públicos del área de influencia del Hospital.
- No se recibieron con antelación a la audiencia de rendición de cuentas inquietudes y/o solicitudes de la comunidad para dar trámite oportuno por los responsables.
- Se realizó la Audiencia Pública de rendición de cuentas de la vigencia 2019 el día 20 de febrero de 2020. Se cumple con la estructura en presentación definitiva en la web.
- Se aplicó la encuesta de manera aleatoria en la cual los asistentes expresaron sus opiniones sobre la actividad. Se publica en la página web de la Institución la tabulación de la encuesta de percepción de la audiencia Se aplicó la encuesta de manera aleatoria en la cual los asistentes expresaron sus opiniones sobre la actividad. Se publica en la página web de la Institución la tabulación de la encuesta de percepción de la audiencia pública.
Ver: <https://www.hgm.gov.co/publicaciones/569/rendicion-de-cuentas-2019---realizada-el-20/02/2020>.
- Durante la audiencia de Rendición de Cuentas, se le informó a los asistentes los diferentes canales de participación que tienen a su disposición, en especial,

redes sociales y buzones de sugerencias. Asimismo, se les da a conocer la Política de Participación Social en Salud, Decreto 2063 de 2017.

- La lista de asistencia y presentaciones de la Rendición de Cuentas están publicadas en la sección Transparencia y acceso a la información de la página web del Hospital de manera permanente en el link:
Ver: <https://www.hgm.gov.co/publicaciones/569/rendición-de-cuentas-2019-realizada-el20022020/>
- Se hizo la respectiva retroalimentación en el comité de gerencia, durante la ejecución del plan de acción.
- Se cuenta con carpeta en medio magnético y físico con las evidencias asociadas a la audiencia pública de rendición de cuentas.
- Fueron utilizados todos los canales institucionales con el fin de darle difusión al evento de rendición de cuentas a través de redes sociales, la intranet, boletín de prensa y un plegable que se entregó a todos los asistentes y se repartió a todos los comercios aledaños a la institución. También se envió al Concejo y la Asamblea y a autoridades del ámbito municipal y departamental y sectores de la salud. El HGM cuenta con diversas redes sociales a través de las cuales se da la cuenta a la comunidad de los diversos hechos y realizaciones que son de interés general , entre estas redes tenemos canal de youtube, cuenta twitter, Instagram y facebook



Cuarto Componente
ATENCIÓN
AL CIUDADANO

V. COMPONENTE 4. ATENCIÓN AL CIUDADANO.

Revisado el componente de Atención al Usuario se verifican las evidencias del cumplimiento de las siguientes acciones:

- Semanalmente se envía mediante correo electrónico el informe del proceso gestión de reclamos, sugerencias, felicitaciones y agradecimientos a los líderes y directores en un consolidado que recoge la respuesta y trámite que se le dio a las PQRS aportadas por los usuarios. Las acciones de mejora derivadas de la evaluación del SIAU se encuentran incluidas en el plan de mejoramiento Institucional.
- El proceso SIAU se tiene incluido dentro de los planes de inducción y reinducción y los despliegues semanales. Se hizo especial énfasis en el personal que ingresó a la institución con ocasión de la convocatoria de la CNSC 426 de 2016.
- Mes a mes se ha venido trabajando en el mejoramiento de oportunidad y calidad en la respuesta Para el 4to bimestre la oportunidad en la respuesta alcanzó un porcentaje de 94.5% acercándose al porcentaje de la meta sobresaliente.
- La información relacionada con la atención al ciudadano se encuentra en la página web, esta información ha sido enviada por las diferentes dependencias.
- La Asociación de Usuarios cuenta con un espacio permanente en la página de la institución, cuentan además con una cartelera y espacios en las carteleras Institucionales en los cuales se publica toda la información concerniente a la Asociación de Usuarios del HGM.
Ver: <https://www.hgm.gov.co/publicaciones/583/asociacion-de-usuarios-hgm/>.
- Se encuentra estructurado el plan de capacitación anual de la asociación de usuarios. Se han llevado a cabo las tres reuniones previstas para el primer trimestre de la vigencia. La contingencia del COVID 19 afectó el normal desarrollo de las actividades que se tenían planificadas. Se espera retornar el plan anual una vez se supere la contingencia.
- Se adelantaron tareas de señalización especialmente enfocadas en la orientación de los usuarios a cerca de las zonas Covid (verde) y no Covid (violeta) del Hospital; así como la demarcación para el debido distanciamiento social y la apropiación de las medidas de bioseguridad.

- La Oficina de Comunicaciones diariamente atiende las consultas e inquietudes de los usuarios a través del chat de Facebook. Por su parte, el chat de la página web es automático es decir no se cuenta con personal para interactuar con los usuarios.
- Se adelanta en la actualidad la campaña de humanización en el HGM como un factor fundamental de la Institución basado en el buen trato y el respeto entre los servidores y hacia los pacientes y sus familias. Desde el programa de Cultura HGM, se vienen realizando talleres virtuales, campañas virtuales e intervenciones virtuales que buscan promover los valores, los principios, los atributos y las competencias del personal del HGM con el objetivo de mejorar la atención con calidad a los usuarios y sus familias.
- Durante la vigencia 2020 por intermedio del Comité de humanización se realizaron actividades y capacitaciones las cuales fueron: Días de la humanización, capacitaciones de comunicación asertivas, dimensiones del bienestar, como construir equipos de trabajo, redescubrir y fortalecer la comunicación efectiva, liderazgo y empoderamiento.
- Se vienen liderando las jornadas de capacitación de Comunicación asertiva las cuales se vieron interrumpidas debido a la contingencia del Covid 19, estos talleres están direccionados al personal asistencial. Además se realizan de manera virtual intervenciones grupales de trabajo en equipo, comunicación asertiva para los diferentes grupos asistenciales y administrativos. Con el apoyo del SENA, continuamos formando en competencias del Ser y el Hacer al personal asistencial.
- Se publica el informe de gestión de las PQRS de manera semestral en la página institucional. Actualmente se encuentran publicados 8 informes. El de la vigencia Semestre I 2020 fue publicado el pasado 15 de julio de 2020. <https://www.hgm.gov.co/documentos/673/informe-de-gestion-siau-2020/>
- Se adelantó a través de la Campaña la Humanización basada en el trato digno, que a la vez tiene como base la Carta del trato digno. Esta campaña se difundió, en las carteleras físicas y digitales, descansapantallas, boletín HGM al día e Intranet. Se siguen publicando los derechos y deberes de los usuarios en las pantallas del Hospital y se han adelantado campañas relacionadas con el trato digno.
- Se encuentra en proceso de articulación la Política de Atención al Ciudadano con la Política de Participación en Salud.

- Se encuentra en proceso de adecuación la consulta de las PQRS a través de la página web, ya que se requiere de la implementación de desarrollo tecnológico que se encuentra en estudio.





Quinto Componente
TRANSPARENCIA
Y ACCESO A LA
INFORMACIÓN

VI. COMPONENTE 5. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.

Revisado el componente de Transparencia e Información se verifican las evidencias del cumplimiento de las siguientes acciones:

- Las brechas evidenciadas en el autodiagnóstico se vienen y actualizando la información en la medida en que las dependencias la hacen llegar a la Oficina de Comunicaciones en su versión 2.
- Se realiza recepción, clasificación, envío seguimiento a las PQRS que ingresan a la oficina de Atención al Usuario a través de EURODOC a las áreas que le compete dar respuesta a los Derechos de Petición, con el objeto de verificar que se respondan según lo establecido por la Ley 1712 del 2014. A diciembre 31 se recibieron 4,868 manifestaciones de las cuales 1,313 fueron sugerencias y reclamos, y el porcentaje de reclamaciones respondidas dentro de los términos fue de 76,2 %.
- Se cuenta con cronograma para la publicación de la información en la Web.
- Se hace seguimiento a través de EURODOC a las áreas que le compete dar respuesta a los derechos de petición, con el objeto que se responda según lo establecido por la Ley.

Desde la Oficina de Atención al Usuario Las PQRS que se reciben y se tramitan a través del SIAU, se envía a los directores y líderes de los procesos, una vez gestionados. Al 31 de agosto, el porcentaje de manifestaciones aportadas por los usuarios y que fueron respondidas de manera oportuna fue de 92%.

- La actualización de los activos de información se hace a través de los cambios de las series documentales establecidas por cada área a través de los Gestores Documentales, la última actualización se realizó el 16-06-2018. Esta se actualiza cada que ocurra un cambio administrativo o cambio de series documentales.
- El seguimiento se está haciendo aplicación a TVD y, a través de los Gestores Documentales al momento de recibir la transferencia del área se le consulta al Director si hay cambios en su tabla de retención. La entidad cuenta con un activo de información, y se actualiza de manera permanente para actualizar y/o ajustar.

- Salvaguardar la información que se tiene en el archivo Central. Los permisos en EURODOC de consulta de información son restringidos y se hace capacitación al personal que ingresa. Esto se hace con el fin de mantener la información de reserva de los archivos de gestión vigilados y controlados, para la documentación a eliminar reservada el HGM se tiene contrato con la empresa REPIKA que mensualmente nos hace eliminación técnica de los documentos .
- Se encuentran habilitados los micrositos para accesibilidad en la página web en lo referente a Con ver Tic y Centro de Relevó.
- En la página web se encuentra montada la información de las diversas áreas que se allega a la Oficina de Comunicaciones y se puede acceder a ella en español e inglés.
- El seguimiento periódico a la implementación de los aspectos establecidos en la Ley de Transparencia y Acceso a la información pública, se hace a través de la actualización de los instrumentos archivísticos, transferencias documentales y aplicación de las TVD, aplicando la normatividad vigente estipulada para el cumplimiento de la Ley de transparencia del HGM.
- Para el informe de seguimiento a las solicitudes de acceso a la información, se tiene establecido un formato de salida y se responde por correo electrónico toda consulta, a través de los indicadores se tiene establecido tiempo de entrega en la información. A través de los Indicadores se mide el tiempo de entrega de la información. Se tiene establecido un seguimiento al personal que ingresa y se retira del HGM para el acceso a EURODOC.
- Se ha realizado durante el segundo semestre del año y se han generado avances y madures en la estructura de publicación para facilitar acceso a la ciudadanía.
- El informe de peticiones de Acceso a la Información Pública como un derecho fundamental se encuentra en construcción por parte del profesional de gestión documental.
- Para el seguimiento a la implementación de los aspectos establecidos por la Ley de Transparencia y acceso a la información este se encuentra en un grado de madurez es alto, falta actualización de información

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 7.1. Se recomienda continuar fortaleciendo la cultura de gestión de riesgos en la institución, lo que implica un mayor despliegue, socialización y participación de todos los funcionarios partiendo de la alta gerencia.
- 7.2. La Oficina de Auditoría Interna recomienda definir estrategias específicas de seguimiento periódico a los riesgos de corrupción en los diferentes procesos y desde el Comité Coordinador de Control Interno, que permita establecer la solidez y efectividad de los controles, el plan de tratamiento propuesto y la mitigación de nuevos riesgos.
- 7.3. Implementar mecanismos que permitan cuantificar los beneficios de la racionalización hacia los usuarios, en términos de reducciones de costos, tiempos, requisitos, interacciones con la entidad y desplazamientos
- 7.4. Identificar los trámites de mayor tarifa para los usuarios.
- 7.5. Actualizar las actas del Comité de Gobierno Digital.
- 7.6. Identificar los trámites que generan mayores costos internos en su ejecución para la entidad
- 7.7. Realizar una priorización participativa de tramites a racionalizar bajo una estrategia formulada o definida dentro de la política de Racionalización de Tramites
- 7.8. Ajustar actos administrativos reglamentarios de trámites.
- 7.9. No se cuenta con mecanismos que permitan cuantificar los beneficios de la racionalización hacia los usuarios, en términos de reducciones de costos, tiempos, requisitos, interacciones con la entidad y desplazamientos (se prioriza la ejecución en condiciones de pandemia).
- 7.10. Analizar la viabilidad de la creación de una ventanilla única de trámites presenciales en el HGM.
- 7.11. Estructurar una central de citas.
- 7.12. Ejecutar las actividades descritas en el plan de trabajo del grupo de humanización en torno al cliente interno

- 7.13. Implementar la publicación de las PQRS en la página web para el seguimiento por parte de los usuarios.
- 7.14. Se están tomando acciones para subsanar los hallazgos encontrados en el seguimiento ITA.

Elaborado y revisado por:

Equipo de Trabajo de la **Oficina de Auditoría Interna.**

Elaboró:	María Janneth Agudelo Arango, Profesional de Auditoría Interna.
Soporte Técnico	Julio Ernesto Suescún Montoya, Técnico Administrativo de Auditoría Interna
Revisó:	Carlos Uriel López Ríos, Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, Enero 18 de 2021.

