

# HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

## LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E.

### Oficina de Auditoría Interna



## INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO N° 16 - 2021

**Periodo: de Mayo 01 a Agosto 31 de 2021.**

Informe tipo:

**De Cumplimiento**  
Septiembre 2021



**Alcaldía de Medellín**

# HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

## Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

### Oficina de Auditoría Interna

#### Equipo Oficina de Auditoría Interna

**Jefe de la Oficina:**  
Carlos Uriel López Ríos

**Auditores:**  
José Heriberto Vargas Lema  
María Janneth Agudelo Arango  
Karina Ruíz De la Hoz

**Técnico:**  
Julio E. Suescún Montoya

**Correo Oficina:**  
[oficinadeauditoria@hgm.gov.co](mailto: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](http://www.hgm.gov.co)

## INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO N° 16 - 2021

**Periodo:**  
**de Mayo 01 a Agosto 31 de 2021**



## CONTENIDO

<b>I. GENERALIDADES.....</b>	<b>5</b>
1.1. Objetivo .....	5
1.2. Fundamento Normativo.....	5
1.3. Documentos Base. ....	6
1.4. Terminología básica. ....	7
 <b>II. COMPONENTE 1. GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN. ....</b>	 <b>9</b>
2.1. Política de Administración de Riesgos. ....	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. ....	10
2.6. Monitoreo a la Matriz de Riesgos de corrupción (Marzo, Junio, Septiembre, Diciembre). ....	10
 <b>III. COMPONENTE 2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES. ....</b>	 <b>12</b>
 <b>IV. COMPONENTE 3. RENDICIÓN DE CUENTAS. ....</b>	 <b>15</b>
 <b>V. COMPONENTE 4. ATENCIÓN AL CIUDADANO. ....</b>	 <b>18</b>
 <b>VI. COMPONENTE 5. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.....</b>	 <b>21</b>
 <b>VII. RECOMENDACIONES.....</b>	 <b>22</b>
 <b>VIII. CONCLUSIONES.....</b>	 <b>24</b>

## 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°16-2021 al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC, correspondiente al período entre mayo 1 y agosto 31 del 2021.

El documento se estructura en ocho (8) 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 recomendaciones y, en el último capítulo se formulan las conclusiones.

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 del año 2021, 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 a 53.*

- 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.*

- Ley 1996 del 26 de Agosto de 2019. "Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad"

*Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer medidas específicas para la garantía del derecho a la capacidad legal plena de las personas con discapacidad, mayores de edad, y al acceso a los apoyos que puedan requerirse para el ejercicio de la misma.*

- Ley 2016 del 27 de febrero de 2020. "Por la cual se adopta el código de integridad del Servicio Público Colombiano y se dictan otras disposiciones"

*Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene como objeto la adopción e implementación del Código de Integridad del Servicio Público Colombiano expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, por parte de todas las entidades del Estado a nivel nacional y territorial y en todas las Ramas del Poder Público, las cuales tendrán la autonomía de complementarlo respetando los valores que ya están contenidos en el mismo.*

### 1.3. Documentos Base.

- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAYAC 2021. Página web de la institución/Transparencia y Acceso a la Información Pública/ 6 Planeación/ 6.2 Planes e Informes de Gestión/ 6.2.4 Planes Institucionales Integrados/ Plan Anticorrupción.
- Matriz de riesgos de corrupción en los diferentes procesos. Carpeta compartida Gestión de Riesgos/Matriz de Riesgos 2021.
- 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.
- 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.
- Instructivo Atención en Consulta externa por telemedicina. MI-AIS-SA001106.

#### **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.

- **Corrupción.**

El uso del poder para desviar la gestión de lo público hacia el beneficio privado.

- **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. Política de Administración de Riesgos.**

- La Política de Gestión de Riesgos se encuentra publicada en el Mapa de Procesos, en el macroproceso Gestión de la Planeación.
- Se ajustó la Política de Riesgos Institucional teniendo en cuenta los lineamientos dados por el DAFP en diciembre de 2020 y, se divulga en el primer Comité de Gestores de Riesgos el 24 de marzo de 2021.
- Los despliegues realizados a agosto 31 de 2021 de la plataforma estratégica corresponden a 762 personas verificado a través de la plataforma de evaluación de despliegues institucionales.

### **2.2. Riesgos de corrupción revisados (39 procesos).**

Teniendo en cuenta la metodología del DAFP y los ajustes realizados a la misma en diciembre del 2020, durante el mes de agosto la Profesional Gestora de Riesgos (segunda línea), realizó un taller de identificación de riesgos de corrupción con los líderes y delegados de veinte seis (26) procesos de la entidad, quedaron pendientes trece (13) procesos distribuidos así: 9 asistenciales, investigación, Salud y Seguridad, Información clínica y administrativa y costos.

### **2.3. Análisis y Evaluación de Riesgos de Corrupción HGM.**

Para la presente vigencia, se cambian los riesgos de corrupción de los procesos; a nivel institucional los riesgos de corrupción identificados son: 1) Pagar o recibir sobornos; 2) Malversación desviación de activos; 3) Conflicto de intereses; 4) Clientelismo favoritismo, nepotismo; 5) Tráfico de influencias; 6) Recibir dádivas o beneficios. Se redacta el riesgo teniendo en cuenta la posibilidad de afectación económica, legal o reputacional y se diseñan los controles teniendo en cuenta el cargo, la acción y el complemento y se definen acciones de seguimiento en cada proceso.

### **2.4. Matriz de Riesgos.**

La Matriz de Riesgos de Corrupción HGM actualizada con los riesgos de corrupción asociados a los de veinte seis (26) procesos de la entidad, quedaron pendientes trece (13) procesos distribuidos así: 9 asistenciales,

investigación, Salud y Seguridad, Información clínica y administrativa y costos.

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

- La segunda publicación en la página del HGM se realiza con corte al 31 de agosto de 2021.
- Se realizará la divulgación en el Comité de Gestores de Riesgos, se publica en la carpeta compartida de OCI.
- Se cuenta con: la carpeta compartida de OCI en la cual hay un archivo de Excel con el PAYAC y el mapa de riesgos de corrupción institucional.
- En la página del HGM se publica cada 4 meses el PAYAC y los respectivos riesgos de corrupción. "La matriz de riesgos es publicada por la Oficina de Comunicaciones en la página de la institución.

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

- La gestora de riesgos de la Oficina de Calidad y Planeación, cada 4 meses hace monitoreo y seguimiento a los riesgos de corrupción del PAYAC. Se realizará un plan institucional para el control de los riesgos de corrupción con el despliegue del Código de Integridad, las Políticas Institucionales y con los puntos de control en las actividades de los procesos que sean susceptibles a los actos de corrupción.
- En el Comité de Gestores de Riesgos del mes de septiembre se realizará el despliegue oficial del nuevo mapa de los riesgos de corrupción identificados en el PAYAC.



**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 con mayor cantidad de quejas identificados en el segundo cuatrimestre de la vigencia 2021 recibidas por los diferentes canales en la Oficina de Atención al Usuario son: Dificultad en el acceso a los servicios de salud con el 62%; esto se explica en razón de la emergencia sanitaria SARS COVID 19, seguidas por las quejas por trato digno con un 22% y, derecho a la información del estado de salud de los pacientes a través de las líneas telefónicas con el 9%.
- 3.4. Construir la política de Racionalización de Trámites y realizar el autodiagnóstico articulado con las recomendaciones del FURAG.
- 3.5. Hasta la fecha en la página SUIT se tienen actualizados los trámites. No se han creado nuevos OPAs. (Otros procedimientos administrativos).
- 3.6. La institución aún no tiene identificados los trámites que generan mayores costos internos en su ejecución para la entidad y definir las tarifas de los trámites.
- 3.7. 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.
- 3.8. Se vienen diseñando piezas de promoción y divulgación para realizar campañas y así darle cumplimiento a esta actividad.
- 3.9. Se difunde información a través de correos electrónicos e intranet, para que los servidores se apropien de dichos canales.
- 3.10. La institución no ha definido como evaluar la satisfacción de sus usuarios con los trámites y servicios que la entidad presta en línea.
- 3.11. 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 que corresponden al 89% de la población a atender, en este momento contamos con la atención integral de las gestantes migrantes venezolanas por medio de la OIM, que corresponde a un 3% de la población atender y el 2% corresponde al INPEC también caracterizada.

- 3.12. Se cuenta con la central de citas, con ajustes durante el cuatrimestre para dar respuesta a la atención por la modalidad de telemedicina.
- 3.13. Los principales trámites con los que se apoya a los usuarios con los diferentes requerimientos para el acceso a la salud son: citas por consulta externa, dificultades para obtener información por los canales telefónicos, además de asesoría sobre los procesos de autorizaciones a través de la página de su EPS, pérdida de documentos, historias clínicas, extravío de objetos personales, tarjetas de bancos, llaves; apoyo a las Damas Voluntarias con las actividades de entrega de ropa. Escucha activa de los usuarios por diferentes manifestaciones, trámites de tiquetes a los usuarios de la EPS-S Comfachocó.
- 3.14. Para el año 2021 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**

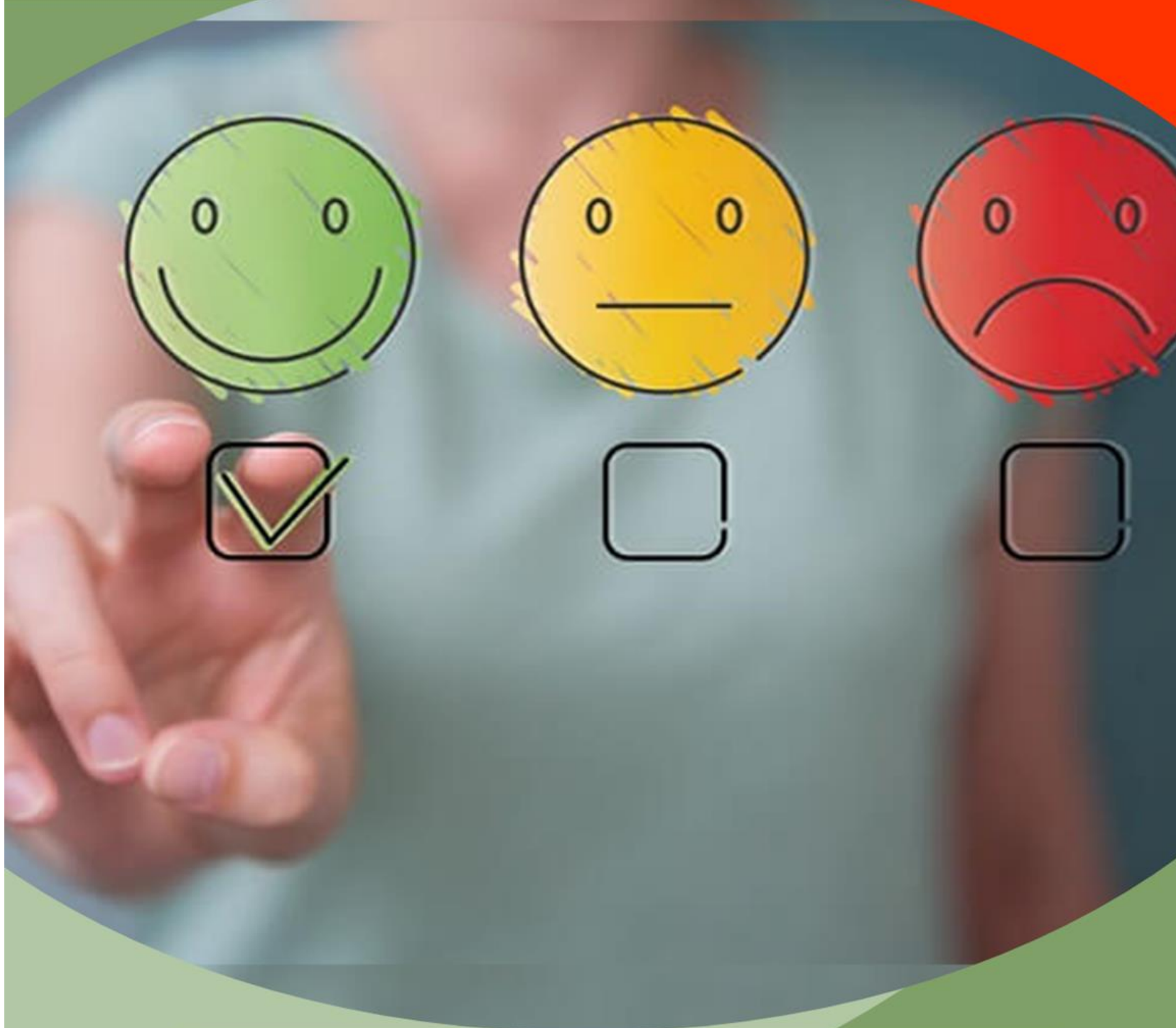
#### IV. COMPONENTE 3. RENDICIÓN DE CUENTAS.

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

- Se realiza reunión de planeación de la actividad entre las áreas de atención al ciudadano, oficina de calidad y planeación y comunicaciones, se distribuyen las respectivas tareas, se la define metodología y los recursos necesarios.
- Se elaboraron piezas comunicacionales para la difusión y la convocatoria tanto para redes sociales como para medios como Telemedellín y RCN radio. Así mismo, se diseñaron piezas para ir informando acerca del contenido de la rendición y también el informe completo de Rendición de cuentas.
- 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.
- Se elaboró informe y fue publicado en la página web del Hospital. Se cumplió además con el requisito de publicar con un mes de antelación a la fecha de la audiencia. <https://www.hgm.gov.co/documentos/875/actas-rendicion-de-cuentas-/2020/>.
- Para la rendición de cuentas se implementaron varias estrategias como: carta de invitación la cual fue enviada a través de correos electrónicos y también por correos certificados a entes de control, entidades oficiales, comunidad vecina a la Institución, entidades del sector salud, asociación de usuarios, junta directiva, entre otros. Se publicó la convocatoria en la Intranet institucional y la página institucional, asimismo se hizo difusión a través de las redes sociales.
- En la página web de la SUPERSALUD se encuentra el archivo GTOO3 donde se evidencia el cargue de la rendición de cuentas, del 24 de marzo de 2021 a las 9:22 a.m.
- La estrategia de Rendición de cuentas se encuentra en el siguiente link: <file:///C:/Users/ncorreal/Downloads/Acta%20Rendici%C3%B3n%20de%20cuentas%20comunidad%2014-04-2021.pdf>

- 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 cumplió con la realización de la audiencia de rendición de cuentas tal como estaba planeado, de manera virtual.
- Debido a los riesgos de la pandemia se tomó la decisión de hacer el evento de Rendición de cuentas únicamente de manera virtual, así que se publicó y se envió el respectivo link con el formato de evaluación para los participantes que quisieran diligenciarlo. Acta de rendición de cuentas publicada en la página web <https://www.hgm.gov.co/documentos/875/actas-rendicion-de-cuentas-2020/>
- El informe de rendición de cuentas y su respectiva acta se encuentra de publicada en la página web <https://www.hgm.gov.co/documentos/875/actas-rendicion-de-cuentas-2020/>
- Informar a los usuarios los mecanismos de participación: Las piezas elaboradas y los correos indicaban el link para unirse a la presentación del informe. Las redes permiten interactuar en directo con los participantes. El gerente fue respondiendo las preguntas que surgían en directo, las cuales las transmitía por medio de la presentadora.
- En el plan de despliegue semanal de los colaboradores, se encuentra el plan anticorrupción y atención al ciudadano haciendo especial énfasis en el componente de rendición de cuentas.
- Presentación sistemática cada trimestre de los avances de los diferentes proyectos del plan de acción en donde se socializan los resultados de las audiencias públicas a los directores y líderes de los procesos para que los tengan en cuenta como insumos en la implementación del modelo de mejoramiento institucional.
- Se cuenta con carpeta en medio magnético y físico con las evidencias asociadas a la audiencia pública de rendición de cuentas.
- Se elaboraron piezas sobre la gestión del 2020 para las redes sociales y las pantallas digitales con el fin de socializarlas a los diferentes públicos además 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. También se envió al Concejo y la Asamblea y a autoridades del ámbito municipal y departamental y sectores de la salud.





**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:

- El proceso SIAU se tiene incluido dentro de los planes de inducción y reinducción y los despliegues semanales.
- 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.
- Se realiza sensibilización sobre el mejoramiento de oportunidad y calidad en la respuesta, mediante el envío de los resultados del informe semanal a todos los responsables de la gestión de las PQRS. Asimismo, se realiza medición semestral de la oportunidad y calidad de la respuesta; que para el primer semestre de la vigencia 2021 se encuentra en proceso de medición.
- La información relacionada con la atención al ciudadano se encuentra actualizada en la página web, en el esquema de publicación en el link de Transparencia.
- La Asociación de usuarios cuenta con micrositio asignado en la página institucional en la cual se consigna toda la información pertinente a la participación. Cuenta con cartelera física, con información actualizada sobre los requisitos de ingreso. De manera regular se realizan convocatorias de participación a través de las redes sociales y los canales institucionales.
- La institución cuenta con un plan de capacitación estructurado para la asociación de usuarios. También con el plan de acción formulado para la vigencia 2021 y reportado a los entes de control, el cual se encuentra en el siguiente link :<https://www.hgm.gov.co/publicaciones/583/asociacion-de-usuarios-hgm/>
- Durante el primer trimestre de 2021, dentro de la línea estratégica "HGM me cuida", realizamos vacunación masiva al recurso asistencial de la ciudad, para garantizar un adecuado flujo, se fortaleció la señalización "YO ME VACUNO", en el servicio de consulta externa que había sido adaptado a zona violeta de

urgencias, volvió a su normalidad y se realizaron los ajustes en la señalización de los servicios ofertados y prestados nuevamente.

- Desde el mes de junio se reactivó el programa de cultura organizacional con el tema de fortalecimiento de los valores institucionales (Honestidad, respeto, justicia, diligencia, seguridad y compromiso).
- En el mes de agosto se desarrolló la semana de la humanización al cliente interno con actividades lúdicas y de sensibilización.
- Semestralmente se publica el consolidado de la gestión de las PQRS en la página web de la Institución. Hasta el momento se encuentran publicados 9 informes.
- La Carta de trato digno se encuentra publicada en el siguiente link: <https://www.hgm.gov.co/publicaciones/472/carta-al-trato-digno/>
- La política de atención al usuario y la política pública de participación social en salud se encuentran publicadas en el mapa de proceso institucional, está pendiente su despliegue e implementación.
- Mes a mes se mide la Satisfacción de los Usuarios. El porcentaje de satisfacción en lo corrido de la vigencia 2021 en la medición de la Satisfacción mensual fue de 98,9%.
- Se encuentra funcionando en la página de la institución el espacio de radicación de PQRS por medio del cual los usuarios pueden dejar sus manifestaciones y realizar seguimiento.  
<https://www.hgm.gov.co/publicaciones/1196/recepcion-de-solicitudes-de-informacion-publica/>





**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:

- La institución realizó los ajustes en el mes de diciembre de 2020 con lo sugerido por la Procuraduría General de la Nación, al informe ITA, para la vigencia se encuentra con un cumplimiento del 84%.
- La matriz de información a publicar en la página web se encuentra ajustada según los resultados del autodiagnóstico. El esquema de publicación se encuentra en el link de transparencia y acceso a la información.
- Fue realizado el curso por parte de 32 personas de diferentes dependencias sobre la "Ley de Transparencia y acceso a la información, con base en este curso y las sugerencias formuladas por la Procuraduría General de la Nación, se definió el esquema de publicación en la página de la institución.
- Se ha cumplido con la publicación de la información que se ha recibido en la Oficina de Comunicaciones de acuerdo al cronograma dando cumplimiento a la Ley 1712 de 2014.
- 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 1755 del 2015. En el segundo cuatrimestre de la vigencia se ha recibido 2.783 manifestaciones de las cuales 774 fueron sugerencias y reclamos. El 67,7% de reclamaciones presentadas han sido respondidas dentro de los términos la Ley.
- Para el seguimiento a los Derechos de Petición radicados por la transacción 020 desde las Taquillas únicas de correspondencia para el segundo cuatrimestre en el HGM se recibieron 553 Derechos de Petición de los cuales 478 se contestaron satisfactoriamente y en los tiempos establecidos por la Ley; los 75 están en proceso de respuesta.
- 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 de junio de 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.
- Al segundo cuatrimestre se han realizado las transferencias de las siguientes áreas: Subgerencia Procesos Administrativos y financieros, farmacia, estadística, dirección de apoyo diagnóstico, Subgerencia de Procesos asistenciales, consulta externa, urgencias, UCI's, coordinación de enfermería, administración de personal, dirección de apoyo logístico, cardiología y facturación, que les correspondía según cronograma establecido por el área de Gestión Documental con un cumplimiento del 95%.
- Se encuentran habilitados los micrositios para accesibilidad en la página web en lo referente a Con ver Tic y Centro de Relevó.
- La información básica y la establecida en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública, Ley 1712 de 2014, en diversos formatos e idioma inglés y español está publicada y se mantiene actualizada.
- Para el segundo cuatrimestre se realizó la actualización en la página Web de los instrumentos archivísticos con acceso a la información pública.

## **VII. 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. Definir la acción preventiva que impacte la causalidad del riesgo y, desarrollar el plan contingencia, evaluando la efectividad del control.
- 7.4. Continuar con el seguimiento a los riesgos de los contratos e informar las alertas a que haya lugar por parte de los supervisores e interventores, dentro del rol que ejercen en el esquema de líneas de defensa establecido por la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.

- 7.5. Verificar por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos) la adecuada identificación de los riesgos relacionados con fraude y corrupción.
- 7.6. Construir la política de racionalización de trámites de acuerdo a las políticas definidas en mipg.
- 7.7. Actualizar los tramites teniendo en cuenta lo que la transformación digital vigente utilizando como insumo las PQRS.
- 7.8. Definir un equipo que sea responsable de la racionalización de trámites en el marco del proceso de la información y las comunicaciones.
- 7.9. Habilitar funcionalidades que permitan a los usuarios hacer seguimientos de los trámites disponibles en línea.
- 7.10. Mejorar lo trámites en línea de la entidad teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, con el propósito de aumentar su nivel de satisfacción.
- 7.11. Disponer en línea todos los trámites de la entidad, que sean susceptibles de disponerse en línea.
- 7.12. 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.
- 7.13. Determinar modelos itinerantes y herramientas (equipos móviles) para que los ciudadanos gestionen sus trámites y servicios.
- 7.14. Identificar los trámites de mayor tarifa para los usuarios.
- 7.15. Actualizar las actas del Comité de Gobierno Digital.
- 7.16. Identificar los trámites que generan mayores costos internos en su ejecución para la entidad y definir las tarifas de los trámites.
- 7.17. Implementar programas de cualificación en atención preferente a personas con discapacidad de acuerdo a la normatividad vigente.
- 7.18. Crear una mesa de análisis regulatorio que permita identificar las normas aplicables a los diferentes procesos, dando cumplimiento a la implementación de política mejora normativa.

- 7.19. En el marco de la implementación de mipg, analizar la viabilidad de la creación de una ventanilla única de trámites presenciales en el HGM, en concordancia con la política de gobierno digital.
- 7.20. Definir registros activos de información de acuerdo a la política de gestión de conocimientos.
- 7.21. Utilizar acuerdos marco de precios para bienes y servicios de TI con el propósito de optimizar las compras de tecnologías de información de la entidad.
- 7.22. Formular la política de seguridad y privacidad de la información de la entidad, aprobarla mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarla y actualizarla mediante un proceso de mejora continua, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.
- 7.23. Formular el plan de apertura, mejora y uso de datos abiertos de la entidad, aprobarlo mediante el comité de gestión y desempeño institucional e integrarlo al plan de acción anual.
- 7.24. Analizar la viabilidad de la creación de una ventanilla única de trámites presenciales en el HGM.
- 7.25. Ejecutar las actividades descritas en el plan de trabajo del grupo de humanización en torno al cliente interno.

## **VIII. CONCLUSIONES.**

- 8.1. El equipo de gobierno digital, debe definir el manejo de las TIC'S para la racionalización de los trámites.
- 8.2. Mejorar el lenguaje con que se comunica a sus grupos de valor como lenguaje claro, interpretación de dialectos y bilingüismos.
- 8.3. En el marco del proyecto 1.3 Telesalud no se evidencia la utilización de medios de comunicación para en pago en línea de consulta médica.
- 8.4. La calidad de la respuesta y oportunidad de las PQRS se ve afectada por los cambios en direcciones.
- 8.5. Incorporar en el plan institucional de capacitación temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano (Cultura del servicio), comunicación asertiva y lenguaje simple.



- 8.6. Implementar estrategias para la identificación y declaración de conflictos de interés que contemplen un cronograma de actividades.
- 8.7. Implementar estrategias para la identificación y declaración de conflictos de interés que contemplen la definición de un área responsable para coordinar las acciones institucionales de prevención de conflictos de interés.
- 8.8. En la formulación del Plan Anticorrupción para el 2022, incluir Iniciativas Adicionales: Se refiere a las iniciativas particulares de la entidad que contribuyen a combatir y prevenir la corrupción. Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano 13 Se sugiere el Código de Ética: Promoción de "Acuerdos, compromisos y protocolos éticos," que sirvan para establecer parámetros de comportamiento en la actuación de los servidores públicos.<sup>3</sup> Es importante que se incluyan lineamientos sobre la existencia de conflictos de intereses, canales de denuncia de hechos de corrupción, mecanismos para la protección al denunciante, unidades de reacción inmediata a la corrupción entre otras.

Documento revisado y aprobado por:  
**OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA**

Jefe Oficina de Auditoría Interna  
**Carlos Uriel López Ríos**

Auditores  
**José Heriberto Vargas Lema**  
**María Janneth Agudelo Arango**  
**Karina Ruiz de la Hoz**

Técnico Administrativo Auditoría  
**Julio Ernesto Suescún Montoya**



Medellín, septiembre de 2021.