



INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO N° 22 - 2023

Período: mayo 1 a agosto 31 de 2023



- Gestión de Riesgos de Corrupción
- Racionalización de Trámites
- Rendición de Cuentas
- Atención al Ciudadano
- Transparencia y Acceso a la Información
- Otras Acciones

Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina: William Alberto Higuera Lopera. Auditores: María Janneth Agudelo Arango, Karina Ruíz De la Hoz
Técnico: Julio E. Suescún Montoya. Correo Oficina: oficinadeauditoria@hgm.gov.co

Informe de Seguimiento

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.
Oficina de Auditoría Interna



Alcaldía de Medellín
Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

14 de septiembre de 2023

CONTENIDO

I. GENERALIDADES.....	4
1.1. Objetivo	4
1.2. Fundamento Normativo.	4
1.3. Documentos Base.	6
1.4. Terminología básica.	7
II. COMPONENTE 1. GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.	10
2.1. Política de Administración de Riesgos.	10
2.2. Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción.	10
2.3. Consulta y Divulgación.	10
2.4. Mecanismos de manejo, tratamiento y seguimiento.....	11
III. COMPONENTE 2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.	13
3.1. Publicación y actualización de Trámites.	13
3.2. Racionalización y simplificación de Trámites.	13
3.3. Divulgación.....	13
IV. COMPONENTE 3. RENDICIÓN DE CUENTAS.	17
4.1. Informar avances y resultados de la gestión de calidad y el lenguaje comprensible.	17
4.2. Desarrollar escenarios de diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones.	18
V. COMPONENTE 4. MECANISMOS PARA LA ATENCIÓN AL CIUDADANO.	21
5.1. Planeación estratégica del servicio al ciudadano.	21
5.2. Fortalecimiento del Talento Humano al servicio del ciudadano.....	21
5.3. Gestión de relacionamiento con los ciudadanos.	22
5.4. Conocimiento al servicio del ciudadano.	22
5.5. Evaluación de gestión y medición de la percepción ciudadana.....	24
VI. COMPONENTE 5. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN. PÚBLICA.....	26
6.1. Lineamientos de Transparencia Activa.	26
6.2. Lineamientos de Transparencia Pasiva y Monitoreo del Acceso a la Información Pública.....	26
6.3. Instrumentos de Gestión de la Información.....	27
6.4. Criterio diferencial de accesibilidad.....	28
6.5. Monitoreo del Acceso a la Información Pública.....	29
VII. COMPONENTE 6. OTRAS INICIATIVAS ADICIONALES.	31
7.1. Ética y Conflictos de Interés.	31
VIII. RECOMENDACIONES.....	32
IX. CONCLUSIONES.....	35

PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna, en cumplimiento de sus funciones y en especial la de "Planear, dirigir, organizar la verificación y evaluación del Sistema Institucional de Control Interno – SICI", presenta el Informe de Seguimiento N°22-2023 al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC, correspondiente al período entre mayo 1 y agosto 31 del 2023.

El documento se estructura en nueve (9) capítulos. En el primero se enuncian las generalidades y el componente legal y normativo; del capítulo segundo al séptimo se relaciona las actividades realizadas en cada uno de los componentes definidos en el plan. En el capítulo ocho se enuncian las recomendaciones y, en el último capítulo se formulan las conclusiones.

El presente Informe se enmarca en la Línea III. Una Auditoría de Impacto y Efectiva. Plan Estratégico 2021 – 2027 "**Construimos Confianza**" de la Oficina de Auditoría Interna.

Nos anima de fondo contribuir al cumplimiento de los objetivos del Hospital General de Medellín con la observancia plena de los requerimientos de orden legal y de buenas prácticas de transparencia en el marco del buen gobierno público, gestión de riesgos y control efectivo.

Desde la Oficina de Auditoría interna se lidera un conjunto de estrategias y acciones diseñadas para contribuir 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 2023, 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.

- Resolución 2063 del 09 de junio de 2017. "Por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud - PPSS".
- 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 1°. 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 2013 del 29 de diciembre del 2019. "Por medio del cual se busca garantizar el cumplimiento de los principios de transparencia y publicidad mediante la publicación de las declaraciones de bienes y renta y el registro de los conflictos de interés"

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto dar cumplimiento a los principios de transparencia y publicidad, y la promoción de la participación y control social a través de la publicación y divulgación proactiva de la declaración de bienes y rentas, del registro de conflictos de interés y la declaración del impuesto sobre la renta y complementarios.

- 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 1°. 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.

- Resolución 1519 de 2020. "Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos en materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos"
- Decreto 742 del 2 de julio de 2021. "Por el cual se modifica el artículo 2.2.22.2.1. del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, con el fin de incorporar la política de compras y Contratación Pública a las políticas de gestión y desempeño institucional"

Artículo 1. Modificación del artículo 2.2.22.2.1. del Decreto 1083 de 2015. Modifíquese el artículo 2.2.22.2.1. del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función

Pública, adicionando un nuevo numeral en los siguientes términos: "19. Compras y Contratación Pública"

- Circular externa 20211700000004-5 de septiembre de 2021. Supersalud. "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"
- Circular externa 20211700000005-5 de septiembre de 2021. Supersalud. "Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018".
- Ley 2195 del 18 de enero 2022.
"Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones".
- Circular Externa 2022151000000053-5 de agosto de 2022. Supersalud.
"Lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno"

1.3. Documentos Base.

- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAYAC 2023. Página web de la institución/Transparencia y Acceso a la Información Pública/ 4 Planeación, presupuesto e informes / 4.4 Planes Institucionales Integrados/ Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
- Matriz de riesgos de corrupción en los diferentes procesos. Carpeta compartida Gestión de Riesgos/Matriz de Riesgos 2023.
- 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. Código: MI-AIS-SA001I06.
- Política o Código de Integridad. Código: ES-PLI-GP001L30.
- Política de Cultura Organizacional. Código: ES-PLI-GP001L06.
- Política Información y Atención al Usuario. Código: ES-PLI-GP001L05.
- Política Protección y Uso de Datos Personales. Código: ES-PLI-GP0001L17.
- Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción. Código: ES-PLIGP001L22.
- Política para el Manejo del Conflicto de Intereses. Código: ES-PLI-GP001L25.
- Política de Participación Ciudadana y Social en Salud. Código: ES-PLI-GP001L27.
- Política Gobierno Digital. Código: ES-PLI-GP001L29.
- Política de Mejora Normativa. Código: ES-PLI-GP001L33.
- Política Defensa Jurídica. Código: ES-PLI-GP001L31.
- Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación. Código: ES-PLI-GP001L34.
- Anexo Tipologías y señales de alerta de corrupción. Código: ES-PLI-GP007A04.
- Manual del Sistema de Gestión Integral de Riesgos en el HGM. Cód.: ES-PLI-GP006M01.
- Manual Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad, el Fraude y Soborno Transnacional – SICOE. Cód.: ES-PLI-GP007M03.
- Instructivo Registro e Investigación de Eventos SICOE. Cód.: ES-PLI-GP007I01.
- Políticas asociadas al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Mapa de Procesos.
- Política de Gestión del Riesgo. Código: ES-PLI-GP001L10.

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.
- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión. MIPG.**
El cual les permite a todas las entidades del estado, planear, gestionar, evaluar, controlar y mejorar su desempeño, bajo criterios de calidad, cumpliendo su misión y buscando la satisfacción de los ciudadanos.
- **Rendición de Cuentas.**
La obligación de las entidades y servidores públicos de informar y explicar los avances y los resultados de su gestión, así como el avance en la garantía de derechos a los ciudadanos y sus organizaciones sociales, a través de espacios de diálogo público.
- **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.
- **Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude - SICOF.**
Es el conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para cumplir los siguientes objetivos: Realizar una adecuada gestión de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude.



Primer Componente
GESTIÓN DE RIESGOS
DE CORRUPCIÓN

II. COMPONENTE 1. GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

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

2.1. Política de Administración de Riesgos.

En el mes de febrero fue aprobado en el comité de gestión y desempeño la actualización de la Política de Riesgos bajo la resolución 327 del 2023, la cual se ajustó según los lineamientos DAPF - Política de Administración de Riesgos. Versión 16 del agosto 2022. Esta se encuentra normalizada y publicada en el mapa de procesos, macroproceso gestión de la planeación. A la fecha el DAFP no ha dado nuevos lineamientos respecto a la Política, razón por la cual continúa vigente la normalizada en la actualidad.

2.2. Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción.

- Con la aprobación de la Junta Directiva en el mes septiembre de 2022 del Subsistema SICOF; en el segundo cuatrimestre de 2023 se solicitó al Proceso de Calidad y Planeación la normalización de la Documentación pendiente: Metodología y etapas SICOF y Formato Matriz de Riesgo por Proceso SICOF, con estos documentos procedemos a realizar la Matriz de Riesgo SICOF (Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno).
- Como mecanismos de identificación de los riesgos de COF y Soborno de manera anónima se parametrizó la línea de transparencia a partir del 1 de agosto de 2023 y de acuerdo a esta nueva etapa se está estructurando un procedimiento para la investigación de casos por parte de los líderes de los procesos y su equipo de trabajo, bajo la modalidad de asignación dejando trazabilidad en la investigación del caso hasta su cierre consignado en la Guía General HGM.
- En el nuevo proceso de parametrización de la línea de transparencia se configuraron las causales para la identificación de casos y su escalamiento.
- En la matriz de riesgos del HGM se han realizado los seguimientos a los riesgos de Corrupción para el primer y segundo cuatrimestre de acuerdo con la metodología adoptada.

2.3. Consulta y Divulgación.

- Se realiza seguimiento y monitoreo a los riesgos corrupción de la matriz del HGM en el primer y segundo cuatrimestre de 2023

- En base a consultoría de riesgos SICOF se dio inicio al análisis de los riesgos identificados para homologarlos con las matrices de riesgos publicada, para este segundo cuatrimestre se iniciaron las actividades para poner en marcha el Sub sistema, socializar los riesgos e implementar los controles; los cuales deberán ser de conocimiento y aprobación del comité de Transparencia, la Gerencia y la Junta Directiva para proceder a realizar la divulgación a las partes interesadas. Se realiza seguimiento y monitoreo a los riesgos corrupción de la matriz del HGM en el primer y segundo cuatrimestre de 2023

2.4. Mecanismos de manejo, tratamiento y seguimiento.

- Por parte de la Oficina de Auditoría Interna se realizó la evaluación del Sistema de Administración de Lavados de Activos y Financiación del Terrorismo con corte al 30 de junio, y se elaboró un plan de mejoramiento por parte del Oficial del Cumplimiento.
- En el tercer trimestre se dará inicio a la auditoría del Sistema de Gestión Integral de Riesgos, y se hará una profundización en los subsistemas (riesgos operativos, riesgo de salud, SARLAFT, SICOF, seguridad digital, ambiental, seguridad y salud en el trabajo, legal, riesgo liquidez, crédito, mercado y actuarial).
- Desde la Oficina de cumplimiento se pone en marcha el Comité de Transparencia para tratar los riesgos asociados a Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno al que tiene como objetivo mitigar y fomentar la cultura de integridad en el HGM.
- Se actualiza la parametrización de la Línea de Transparencia a través del canal telefónico, página web y email para el reporte de casos de manera anónima, con gestión del Oficial de Cumplimiento y los Líderes de cada proceso, garantizando la trazabilidad y el seguimiento a cada uno de los casos y generando acciones correctivas para la mitigación en la materialidad de los riesgos.



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. Publicación y actualización de Trámites.

Con el grupo de mejoramiento de gerencia de información se desarrolló un tablero en Power BI, relacionado con las campañas de donación del Banco de Sangre, adicional a esto se cuenta con datos públicos en <https://www.datos.gov.co/browse?q=Hospital%20General%20de%20Medell%C3%ADn&sortBy=relevance>. Con esta información se presenta la producción del Banco de Sangre.

Banco de sangre, Hospital General de Medellín		Conjunto de datos
Salud y Protección Social		
Base de datos de los donantes de sangre ocurridas en en el Hospital General de Medellín		Se actualizó 17 de agosto de 2023
Etiquetas banco de sangre , donantes		Vistas 164
	Documentos de API	

3.2. Racionalización y simplificación de Trámites.

Con el fortalecimiento de la Oficina de Atención al Usuario se ha mejorado ostensiblemente el proceso de trámites para los pacientes, de igual manera la implementación del digiturno el cual se dio inicio en el 2022, ya cuanta con la consistencia deseada lo cual lleva a una gran mejora en el proceso de atención.

3.3. Divulgación.

Para el acceso a gestionar trámites desde la web, el Hospital cuenta con los siguientes medios y canales:

- Virtuales: En la página web se tiene a disposición de los usuarios dos formularios para el envío y radicación de PQRSD:
<https://www.hgm.gov.co/formularios/68>
<https://www.hgm.gov.co/publicaciones/1569/recepcion-de-pqrs/>
- Correos electrónicos: atencionalusuario@hgm.gov.co;
contacto@hgm.gov.co

- 26 buzones distribuidos por los servicios del Hospital en los cuales los usuarios encuentran los formatos y allí pueden depositar las PQRSD. (Dos veces a la semana, se realizan los recorridos de apertura en compañía de uno de los miembros de la Asociación de Usuarios para garantizar la transparencia), se realiza la respectiva gestión para dar respuesta en los términos establecidos en la Ley.
- Canal presencial: Proceso personalizado en la oficina de atención al usuario ubicada en el primer piso. De igual manera el Hospital cuenta, con un puesto de Información ubicado en la Taquilla N°5, en el cual se orienta a los usuarios de lunes a jueves de 7:00 a.m. a 5:00 p.m., viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. y domingos y festivos de 8:00 a.m. a 2:00 p.m.
- Canal telefónico: Cuatro líneas telefónicas disponibles las 24 horas del día los 7 días de la semana para el acercamiento de los usuarios con la institución 3847300 ext. 1820 - 1819 - 1812-1813.
- Redes sociales: El hospital cuenta con 4 redes sociales Facebook, Instagram, X "antes Twitter" y YouTube, manejadas directamente por la oficina de Comunicaciones en articulación con la oficina de Atención al Usuario, desde allí se da respuesta a las preguntas y solicitudes de los usuarios. La institución no ha generado trámites adicionales desde el análisis de identificación de los trámites que generan mayores costos internos.



Fuente: Intranet HGM – Comunicaciones.

Canal	Modo de Contacto	
Telefónico	Línea telefónica 384 73 00 extensión 1812 y 1813, disponible 24 horas.	
Físico	Toda correspondencia, documentos o escritos.	
Virtual	Correos Electrónicos:	atencionalusuario@hgm.gov.co contacto@hgm.gov.co
	Sitio Web	http://www.hgm.gov.co/index.php/contacto
Presencial	Proceso personalizado en la Oficina de Atención al Usuario ubicada en el primer piso.	
Buzones	En cada servicio del hospital se han dispuesto buzones y se facilitan los formatos donde el usuario puede escribir sugerencias, reclamos, agradecimientos o felicitaciones. Se hace recorrido por los buzones diariamente y se realiza la respectiva gestión para dar la respuesta en los términos de ley.	
Redes sociales	Perfil en Facebook, Instagram, X "antes Twitter", YouTube.	

Fuente: Oficina Atención al usuario.



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:

4.1. Informar avances y resultados de la gestión de calidad y el lenguaje comprensible.

- Se encuentra actualizado el Manual de Rendición de Cuentas y publicado en el mapa de proceso de la institución.
- Por motivos de salud del representante legal de la institución se aplazó la fecha de la audiencia pública de rendición de cuentas para el día 14 de julio de 2023 a las 2 pm. Esta modificación fue debidamente notificada a la Supersalud, a la ciudadanía y medios de comunicación. El proceso de preparación de la audiencia pública se llevó a cabo tal como lo establece la normatividad.
- Se realizó difusión a la audiencia pública de Rendición de Cuentas a través de los canales institucionales (página web, intranet, pantallas digitales), carteleras, redes sociales (Instagram, X "antes Twitter", Facebook), se enviaron carta de invitación a los vecinos, Asociación de Usuarios, Sindicatos, Representantes de la Alcaldía, medios de comunicación entre otros. La invitación contaba con formulario de inscripción y preguntas que se responderían en el ejercicio de la Audiencia.
- Se realizaron piezas gráficas, que contenían la información institucional correspondiente a la vigencia, con la finalidad de informar y dar a conocer mediante cifras, datos y hechos la gestión.
- El informe se encuentra publicado en la página en las fechas establecidas por la normatividad.
- Posterior a la Rendición de Cuentas, se subió el acta en la cual se recopila toda la información compartida en la Audiencia.

Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 2022

14
JUL

✓ Aquí trabajamos con
**CIFRAS, DATOS
Y HECHOS**

**AUDIENCIA PÚBLICA DE
RENDICIÓN DE CUENTAS**

En el Hospital General de Medellín hablamos con cifras, datos y hechos, te invitamos a **conocer nuestra gestión** y las acciones que nos llevaron a **superar los retos del 2022**

14 Julio
Viernes **2:00**
p.m.

YouTube
Transmisión en YouTube

Inscríbete y realiza tu pregunta escaneando el código QR

HGM
Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Fuente: Intranet HGM – Comunicaciones.

4.2. Desarrollar escenarios de diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones.

- El proceso de preparación, diseño, aprestamiento, ejecución de la Audiencia pública se llevó a cabo tal como lo establece la normatividad. No se cuenta con un comité evaluador de los resultados de la Rendición de Cuentas.
- Se encuentra en ejecución y seguimiento el plan de acción mejoramiento de acuerdo con los lineamientos del Autodiagnóstico Gestión de la Rendición de Cuentas de MIPG.

4.3. Responder a compromisos propuestos, evaluación y retroalimentación en los ejercicios de rendición de cuentas con acciones correctivas para mejora.

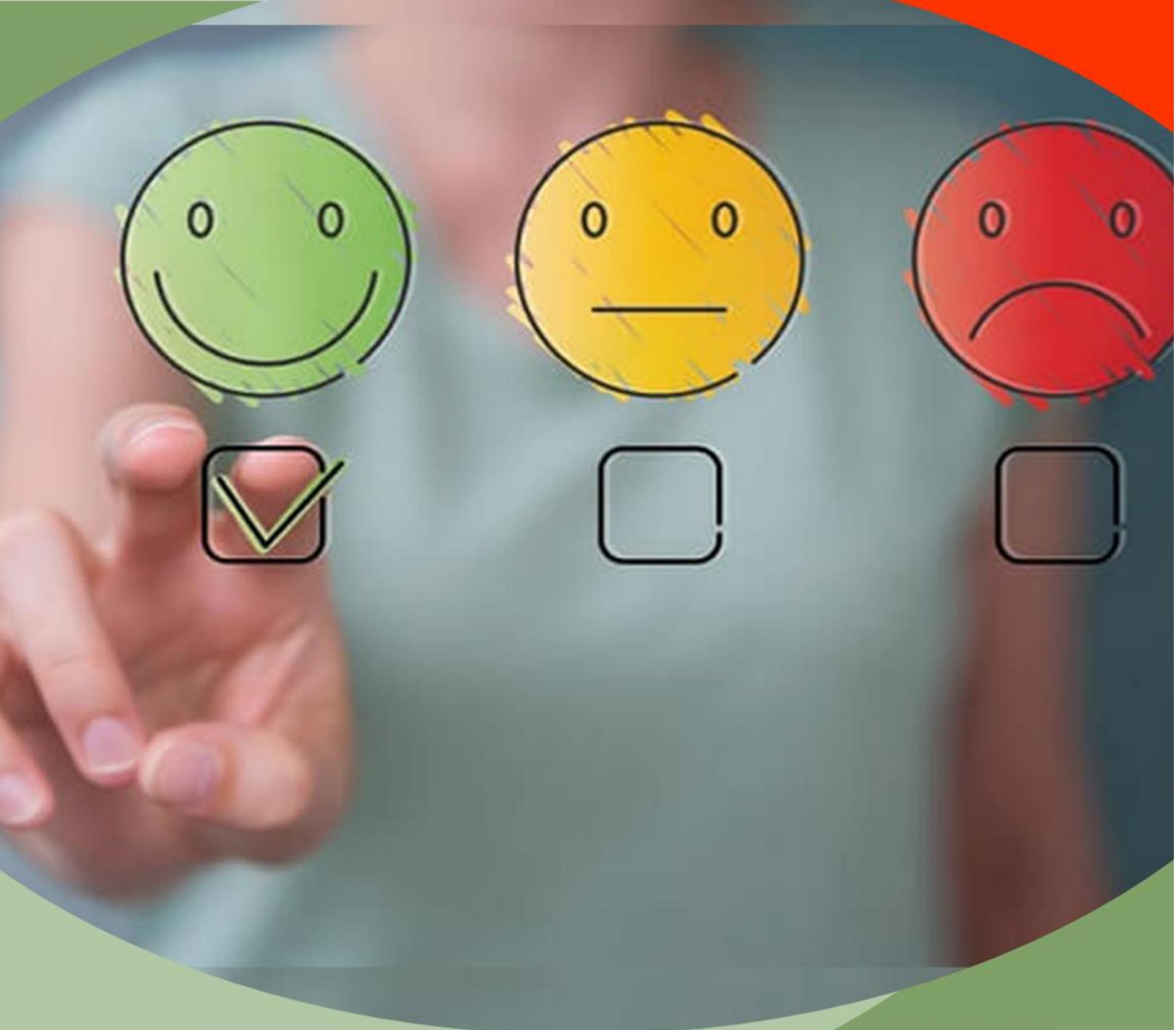
- A la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas asistieron de manera virtual 176 personas y presencial 21 personas. Una vez culminada la audiencia fueron diligenciados 43 encuestas de evaluación 22 en el formulario virtual y 21 formatos de evaluación presencial. Este formato contiene seis preguntas que buscan establecer la importancia del tema, valorar la metodología utilizada, el desarrollo de esta, identificar el medio de comunicación por el cual se enteró de la audiencia, la utilidad como medio de comunicación y de control ciudadano y si consideran pertinente dar continuidad a la rendición de cuentas.
- Las preguntas realizadas por la ciudadanía a través del formulario de inscripción y preguntas fueron respondidas durante el ejercicio de Rendición de Cuentas que se realizó de manera presencial y virtual a través del canal de YouTube, pueden ser visualizadas en el siguiente enlace <https://www.youtube.com/watch?v=Ms1-LhhFhQ0>. Y están incluidas en el acta de Rendición de Cuentas la cual también se encuentra publicada en la página web. <https://www.hgm.gov.co/publicaciones/385/rendicion-de-cuentas/>

Formato de Evaluación

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=H8ZxnDxm6UWHcYGs7wjjKUPOW8B2cONNkSuE3iGyJN5UOTcyOTIGQjIhMUKxMUTFGVTQ5UEE0RC4u>



Fuente: Intranet HGM – Comunicaciones.



Cuarto Componente
ATENCIÓN
AL CIUDADANO

V. COMPONENTE 4. MECANISMOS PARA LA ATENCIÓN AL CIUDADANO.

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

5.1. Planeación estratégica del servicio al ciudadano.

- Se cuenta con un plan de acción de Participación Ciudadana en Salud incluidas en el proyecto 6,4, en el cual se promueven los ejes que propone la Resolución 2063 de 2017, los cuales son: fortalecimiento institucional, empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud, impulso a la cultura de la salud, control social en salud, gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión. Asimismo, la participación de los miembros de la Asociación de Usuarios en el Comité de Ética, Junta Directiva.
- A la fecha se cuenta con un porcentaje de cumplimiento del 100% durante el segundo cuatrimestre. Las actividades de participación ciudadana se han fortalecido, con el aumento de los integrantes de los miembros de la Asociación de usuarios.

5.2. Fortalecimiento del Talento Humano al servicio del ciudadano.

- Durante el segundo cuatrimestre del presente año en materia de fortalecimiento de cultura del servicio al ciudadanos y articulado con la ruta de creación de valor "al servicio de los ciudadanos", por tanto, en materia de afianzamiento y motivación para el servicio, se realizaron acciones articuladas desde las dimensiones de bienestar, capacitación y administración del personal; acciones de capacitación que se desagregan de la siguiente manera:

Capacitación que fortalecen la Cultura del servicio:

- 1. MIPG: 13 colaboradores capacitados y certificados.
- 2. Inducción - Reinducción: 117 colaboradores capacitados y certificados
- 3. SARLAFT: 58 colaboradores capacitados y certificados
- 4. Código Fucsia: 38 colaboradores capacitados y certificados
- 5. Duelo: 43 colaboradores capacitados y certificados
- 6. Integridad: 1 colaborador capacitado y certificado
- 7. Humanización: 8 colaboradores capacitados y certificados
- 8. Lenguaje claro: 17 colaboradores capacitados y certificados.

Concertación de objetivos y evaluación de desempeño 2023:

- 1. Evaluación y concertación de objetivos de funcionarios de carrera administrativa (compromisos funcionales y compromisos comportamentales según el decreto 815 de 2018): 872 funcionarios de carrera administrativa con concertación de objetivos, entre ellos los institucionales y misionales que permiten brindar y vivir un clima del servicio al ciudadano.

Fortalecimiento de habilidades blandas:

- 1. Liderazgo: 69 participantes
- 2. Cultura Organizacional: 69 participantes
- 3. Comunicación asertiva y efectiva entre equipos de trabajo: 69 participantes
- 4. Semana de la humanización: 308 participantes
- 5. Entrenamiento en puesto de trabajo: 118 participantes.

5.3. Gestión de relacionamiento con los ciudadanos.

- Desde el proceso SIAU se realiza fomento de la participación ciudadana de manera continua a través de los canales institucionales (página web, intranet, pantallas digitales), carteleras, redes sociales (Instagram, X "antes Twitter", Facebook) y son los mismos miembros de la Asociación quienes realizan fomento e invitación a la participación ciudadana.
- Se encuentra en ejecución el plan de trabajo de la Asociación de Usuarios para la vigencia 2023.
- Participación de los miembros de la Asociación de Usuarios en el Comité de Ética, y la Junta Directiva, quien asiste regularmente a las sesiones programadas.
- Desde el proceso SIAU se valora la oportunidad y calidad de la respuesta a las PQRSD mediante el informe semanal de seguimiento a las PQRSD y Plan de Acción bimestral.

5.4. Conocimiento al servicio del ciudadano.

- Como parte del fortalecimiento del servicio y anudado a las directrices del comité de ética y el comité de humanización se trabaja desde la estrategia de trato digno el fortalecimiento de habilidades blandas en pro del mejoramiento de la atención y el servicio al ciudadano. En el segundo cuatrimestre se ha citado a 22 personas entre colaboradores y funcionarios.

En mejoramiento de la infraestructura física en humanización cuenta con los siguientes avances:

- Se implementó el proyecto sistema de seguridad y acceso como parte de las medidas de control para garantizar la seguridad de la comunidad hospitalaria y de nuestros usuarios.



Fuente Intranet - HGM

- Se realizaron adecuaciones en el lobby principal con paneles informativos y señalética que facilita la orientación y embellece el lugar.
- Se aumentaron los números de muebles y sillas para la espera en los servicios de Imagenología, consulta externa y cirugía.
- Oratorio: se realizaron cambios en la cubierta, así como al interior del oratorio mejorando la iluminación y el diseño minimalista que diera el traste con un espacio renovado para los usuarios.
- Elevador de gestión documental: Dentro del tema de inclusión al cliente interno se logró la instalación de malacate o monta cargas que servirá para que las personas con movilidad reducida tengan acceso al archivo general y a los salones de docencia servicio.

- La ampliación de la oficina de atención al usuario con espacios iluminados y cómodos con el ánimo de mejorar la atención de los usuarios.
- Se realizó la integración con escaleras de las terrazas del 4 norte y del 3 piso sur para el cliente interno.
- Cambio de los vidrios del domo del mall principal y de consulta externa que permite un ambiente cálido y de transparencia.
- Ampliación del horario de visitas en la UCI de 9:00a.m a 5:00pm, con el enfoque de UCI Humanizadas.
- En infraestructura tecnológica tenemos validación de prototipos en ambiente controlado y ambiente real: con el contenedor de desinfección de sonda transesofágica, en el proceso de sensibilización de donación de órganos se diseñaron órganos en 3D para las campañas, rediseño electrónico MAGA para industrializar procesos clínicos y el rediseño del sensor de inclinación, proyecto de biometría en la primera fase de diseño.
- La Asociación de usuarios cuenta con micrositio asignado en la página institucional en la cual se consigna toda la información pertinente a la participación (<https://www.hgm.gov.co/publicaciones/583/asociacion-de-usuarios-hgm/>). 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 Carta de trato digno se encuentra publicada en el siguiente enlace: <https://www.hgm.gov.co/publicaciones/472/carta-al-trato-digno/>.

5.5. Evaluación de gestión y medición de la percepción ciudadana.

- El seguimiento a la gestión de las PQRSD se realiza mediante el envío del informe semanal a las diferentes direcciones y áreas de la institución para su gestión y mejoramiento. Además, en el plan de acción que se realiza bimestralmente se socializa a la alta dirección los indicadores de reclamaciones con las respuestas dentro de los términos, Proporción de usuarios que recomendarían el Hospital y Proporción de usuarios satisfechos con las respuestas a reclamaciones.
- Cada semestre es publicado en la página web de la institución el Informe consolidado de las PQRS.



Quinto Componente
TRANSPARENCIA
Y ACCESO A LA
INFORMACIÓN

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

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

6.1. Lineamientos de Transparencia Activa.

- Se diligenció el FURAG en todos sus componentes y Políticas en espera de resultados para la retroalimentación a los responsables.
- Para la implementación de la política de gobierno se han venido haciendo acciones aisladas desde diferentes procesos de la organización, pero en la operatividad del Equipo de Gobierno Digital y en el cumplimiento de los lineamientos del ministerio de la TCS no se han realizado las implementaciones requeridas.

6.2. Lineamientos de Transparencia Pasiva y Monitoreo del Acceso a la Información Pública.

- Desde la implementación del Portal del HGM, está en línea el seguimiento a las PQRS que son radicadas por el usuario. Se está pendiente de que el área de Sistema defina cuál será el diseño con el fin de buscar la interfaz en la comunicación bidireccional que se implementará en la página Web.
- Informe semanal de seguimiento a las PQRSD enviado por la Oficina de Atención al Usuario a las diferentes direcciones y líderes de los procesos para su gestión y mejoramiento.
- Se realiza el seguimiento mediante un informe semanal y plan de acción bimensual a las PQRSD que aportan los usuarios como oportunidad de mejora institucional. En lo corrido de la vigencia 2023 se han recibido: agradecimientos: 1,222, Felicitaciones 940, Reclamos 1,259, sugerencias 38.
- Por Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia el Hospital General de Medellín publica semestralmente los Derechos de Petición en la página Web institucional en el siguiente enlace <https://www.hgm.gov.co/documentos/1071/informe-sobre-solicitudes-de-acceso-a-la-informacion/>. Se propone la centralización de los derechos de petición, ya que en la institución se tienen cuatro puntos referenciados por donde ingresan (Taquillas 13 y 14 Gestión Documental, Taquilla de estadística, SIAU y taquilla de Archivo Clínico, en esta última no se tiene control en el sistema, debido a que lo hacen a través de una base de datos

en Excel. Desde Calidad se solicita realizar plataforma en la página Web para el seguimiento de los derechos de petición para el usuario interno y externo, así lo exige la Ley y la institución está en un proceso de transformación digital e implementación de nuevas tecnologías.

6.3. Instrumentos de Gestión de la Información.

- Se realizó el diseño para la interfaz en la comunicación bidireccional que requiere la implementación en la página Web y se contempló en el presupuesto para el PAA 2023.
- Por Ley 1712 del 2014-Ley de Transparencia el Hospital General de Medellín publica anualmente los inventarios de activos de información e índice de la información clasificada y reservada en el siguiente enlace <https://www.hgm.gov.co/documentos/270/indice-de-informacion-clasificada-y-reservada/>. Este instrumento fue aprobado en el Comité Institucional y de desempeño el 10 de octubre del 2022 y se publicó bajo resolución 20230000084 del 17 de enero del 2023.
- En conjunto con el área jurídica se actualizó el Instrumento Archivístico Índice de información Clasificada y reservada. Desde la Oficina de Comunicaciones, en el tema de instrumentos de gestión de la información y dando cumplimiento a Ley 1712 de 2014 de transparencia y acceso a la información pública y nacional se realizó el cargue de las bases de datos abiertos del Hospital, la cual se publica en la plataforma de Gobierno digital, de manera trimestral.
- Se cuenta con las propuestas económicas por parte de los proveedores tanto del software de gestión documental como de la plataforma web para su integración.

Índice de información clasificada y reservada		
Ayuda Compartir Buscar		
Tipo de documento:	Ordenar por:	Mostrar 10 resulta
Listado de documentos		
	Nombre	Índice de información clasificada y reservada.XLSX
	Descripción	Índice de información clasificada y reservada
	Categoría	Índice de información clasificada y reservada
	Tipo de documento	Descargable
	Fechas	Expedición: 29/09/2022 Publicación: 29/09/2022
	<hr/>	
	Nombre	Índice de información clasificada y reservada .XLSX
	Descripción	Índice de información clasificada y reservada
	Categoría	Índice de información clasificada y reservada
	Tipo de documento	Descargable
	Fechas	Expedición: 09/09/2021

Fuente: web institucional.

- En el Hospital la información que se genera en el día a día y la que reposa en los archivos, cuenta con la herramienta exigida por la Ley 594 del 2000, además de tener los
- siguientes Instrumentos Archivísticos:
 - Programa de Gestión Documental - PGD
 - Tablas de Retención Documental – TRD
 - Tablas de Valoración Documental – TVD
 - Plan Institucional de Archivos – PINAR
 - Plan Estratégico del Sistema Integral de Conservación – SIC
 - Esquema Publicación de la Información
 - Índice de Información Clasificada y Reservada
 - Registro de Activos de Información
 - Política de Gestión Documental

6.4. Criterio diferencial de accesibilidad.

- En la Intranet institucional se tiene activada la herramienta ConVerTic y el Centro de Relevo.
- Se tiene habilitada la sección accesibilidad en la página web donde están los iconos para ingresar a la herramienta ConVerTic donde se escucha el respectivo audio y con relación al centro de Relevo hay un enlace que lleva al usuario a un instructivo para utilizar la herramienta.



Fuente: web HGM.

6.5. Monitoreo del Acceso a la Información Pública.

- El programa parte del proyecto 6.3 Gestión de las Comunicaciones Públicas y Estratégicas del Plan de Desarrollo Institucional que hace referencia al Modelo de Gobierno Corporativo Público.
- Los canales de comunicación interna y externa electrónicos y/o digitales del Hospital General de Medellín son: el correo electrónico corporativo, la intranet, la página web, página Facebook, X "antes Twitter" e Instagram, tableros electrónicos y carteleras digitales. Todos estos canales coordinados y elaborados por la Oficina de Comunicaciones.
 - También se emplean campañas de marketing social con el propósito de vender ideas y cambios de comportamiento estrategias de BTL (Below The Line) o interacción con el mensaje que permiten mayor efectividad, legitimadores, actividades lúdicas que permiten un mayor aprendizaje e impacto con el mensaje.
- Igualmente, se le ha dado cumplimiento al Cronograma del Plan de Medios de la Institución.



Sexto componente
OTRAS ACCIONES

VII. COMPONENTE 6. OTRAS INICIATIVAS ADICIONALES.

7.1. Ética y Conflictos de Interés.

- Para el fortalecimiento de la ética y las estrategias para prevenir e identificar la aparición de conflictos de interés, se proponen actividades lúdicas, capacitaciones y espacios de reflexión crítica articuladas los proyectos estratégicos: Gestión por competencias 4.1, Cultura Organizacional 4.2 y Universidad Corporativa 4.3; a continuación, se detallan algunas actividades: Trabajo en equipo y comunicación: 69 funcionarios. Implementación del Código de Integridad mediante los despliegues institucionales: 2032 funcionarios y colaboradores con calificación superior al 100%.
- La institución tiene definida la Política para el Manejo del Conflicto de Interés, la cual se encuentra en el mapa de proceso, para su consulta, socialización e implementación.
- La oficina jurídica realiza despliegues y reuniones con todas las áreas de la institución dando a conocer las Políticas de daño antijurídico y la Política de la mejora normativa.
- En el comité de conciliación en cabeza de la jefe jurídica como secretaria técnica se reúne mínimo una vez al mes para prevenir el daño jurídico.
- Se actualizó la resolución para la conformación y puesta en marcha del comité de Transparencia del HGM con sesión en los meses de junio y agosto de acuerdo con la periodicidad pactada en la resolución de conformación del Comité (Bimensual).
- El Hospital General de Medellín cuenta con una línea única de denuncia anónima (Línea de Transparencia) con su slogan "La herramienta correcta para reportar lo incorrecto", para todos los funcionarios y grupos de interés.
- Está en proceso de construcción la Campaña de expectativa sobre Línea de Transparencia aprobada por el Comité de Transparencia para la apropiación de los canales de denuncia y la gestión de los casos reportados, en donde se establece la configuración de las categorías de denuncia con su descripción, la guía general de funcionamiento para la gestión de casos, definición de las reglas para el escalamiento de casos y responsables de la gestión, y la configuración de motivos de cierre de los casos para la consolidación de informes que ayuden a las identificación de las causales de materialidad de los riesgos.

- La entidad cuenta con un Programa de Transparencia y Ética Empresarial aprobado por la Junta Directiva en sesión extraordinaria del 4 de agosto de 2023.
- La Oficina de Auditoría Interna realizó la campaña "Autocontrol" mediante piezas comunicacionales, obsequios, presentación y el juego concéntrese, dirigida a toda la comunidad hospitalaria con una asistencia de 469 funcionarios en 19 áreas.

VIII. RECOMENDACIONES.

- 8.1. 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 dirección.
- 8.2. Establecer claramente dentro del sistema de riesgos y de acuerdo con los lineamientos de la Política el apetito de riesgo que el HGM quiere aceptar y su tolerancia conforme al nivel de variación en relación con la concesión de un objetivo.
- 8.3. 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.
- 8.4. Definir la acción preventiva que impacte la causalidad del riesgo y, desarrollar un plan de contingencia, evaluando la efectividad del control.
- 8.5. 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 establecido por la entidad en su Manual y Política de Riesgos.
- 8.6. 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, corrupción, soborno y opacidad.
- 8.7. Construir la Política de racionalización de trámites y de estadísticas de acuerdo con las políticas definidas en MIPG, con un trabajo articulado de todos los miembros del comité de gestión y desempeño.

- 8.8. Actualizar los trámites teniendo en cuenta la transformación digital vigente utilizando como insumo las PQRS.
- 8.9. Habilitar funcionalidades que permitan a los usuarios hacer seguimientos de los trámites disponibles en línea.
- 8.10. Mejorar los trámites en línea de la entidad teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, con el propósito de aumentar el nivel de satisfacción.
- 8.11. Programar las actividades del componente de Riesgos, teniendo en cuenta la implementación del subsistema SICOF en el cual se identifican riesgos de opacidad, fraude, soborno como una subcategoría de un riesgo, como la corrupción y acorde a la normatividad vigente, ejecutando de manera oportuna todas las fases de la implementación del subsistema.
- 8.12. Definir la línea estratégica los controles a implementar en los riesgos de corrupción ya que éstos son estratégicos y su materialización generaría un impacto reputacional, legal y económicos.
- 8.13. Disponer en línea todos los trámites de la entidad, mediante la ventanilla única como lo establece el MIPG.
- 8.14. En el cumplimiento de la Política de Participación Ciudadana y Social en Salud se debe definir la formulación participativa de los ciudadanos en la política, planes, y servicios ciudadanos.
- 8.15. 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.
- 8.16. Determinar modelos itinerantes y herramientas (equipos móviles) para que los ciudadanos gestionen sus trámites y servicios.
- 8.17. Identificar los trámites de mayor tarifa para los usuarios.
- 8.18. Cumplir con el cronograma definido de comités institucionales y las reuniones periódica del Grupo de Gobierno Digital.
- 8.19. Identificar los trámites que generan mayores costos internos en su ejecución para la entidad y definir las tarifas de los trámites.
- 8.20. Fortalecer programas de cualificación en atención preferente a personas con discapacidad con enfoque diferencial de acuerdo con la normatividad vigente.

- 8.21. 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.
- 8.22. Definir registros activos de información de acuerdo con la política de gestión del conocimiento.
- 8.23. 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.
- 8.24. Formular el plan de apertura, mejora y uso de datos abiertos de la entidad, aprobarlo en el comité de gestión y desempeño institucional e integrarlo al plan de acción anual.
- 8.25. Definir un mecanismo efectivo para hacer seguimiento a los requerimientos del ciudadano con su radicado.
- 8.26. Ejecutar las actividades descritas en el plan de trabajo del grupo de humanización en torno al cliente interno.
- 8.27. Avanzar en las estrategias para la identificación y declaración de conflictos de interés que contemplen un cronograma de actividades en cumplimiento de los lineamientos de la Política.
- 8.28. Fortalecer las estrategias y actividades definidas en la circular externa 5-5 del 2021, en relación con el sistema de administración de riesgos de corrupción, opacidad y fraude.
- 8.29. Formular e implementar la Política de racionalización y simplificación de Trámites. Analizar la viabilidad de la creación de una ventanilla única de trámites presenciales en el HGM.
- 8.30. En la elaboración de la política anti-trámites incluir las recomendaciones que nos da el MIPG en materia de trámites, es importante que ambas subgerencias hagan parte activa para la toma de decisiones.
- 8.31. Implementar las estrategias y actividades definidas en la circular externa 53-5 del 2022, en relación con el programa de Transparencia y Ética Empresarial.
- 8.32. 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.

- 8.33. En la dimensión de MIPG “Gestión con Valor para Resultados” se requiere la puesta en marcha de la ventanilla hacia adentro y de la ventanilla hacia afuera, esta última con la participación ciudadana en la gestión y gobierno digital – TIC para la sociedad.
- 8.34. En la misma línea de la dimensión anterior se debe definir el responsable de la formulación e implementación de Racionalización de Trámites dando respuesta a la resolución 455 del 2021 del DAFP.

IX. CONCLUSIONES.

- 9.1. El equipo de gobierno digital debe definir el manejo de las TIC’S para la racionalización de los trámites.
- 9.2. Mejorar la comunicación con los grupos de valor a través del lenguaje claro, interpretación de dialectos y bilingüismos.
- 9.3. En el marco del proyecto 1.3 Telesalud no se evidencia la utilización de los medios de pago en línea para las consultas médicas. (PSE)
- 9.4. Continuar con el plan institucional de capacitación en los temas relacionados con el mejoramiento del servicio al ciudadano (Cultura del servicio), comunicación asertiva y lenguaje simple.
- 9.5. En la ejecución del Plan Anticorrupción para el 2023, al desarrollar otras Iniciativas Adicionales: definir 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. 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. 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. Además del diseño, formulación, aprobación, implementación, seguimiento y evaluación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial.
- 9.6. La rendición de la cuenta tiene como finalidad generar transparencia, condiciones de confianza entre gobernantes y ciudadanos, garantizar el ejercicio del control social.
- 9.7. Definir un equipo que sea responsable de la racionalización de trámites en el marco del proceso gestión de la información y las comunicaciones, puede ser

el mismo equipo de gobierno digital o el equipo de mejoramiento de gestión de la información.

- 9.8. Especificar un mecanismo controlado desde la página web para hacer seguimiento a los requerimientos del ciudadano, el radicado debe permitir la consulta del estado de respuesta.
- 9.9. Desde la dirección de Gestión Humana en el marco de la dimensión 1: Talento Humano y de las políticas de Integridad y Gestión Estratégica de Talento Humano (GETH) articulado con los planes institucionales, el programa de Cultura Organizacional y la creación e implementación del Programa de Transparencia de Ética Empresarial que permita el avance significativo en lo planteado como iniciativas adicionales.
- 9.10. Se encuentra en proceso de desarrollo e implementación la habilitación de funcionalidad que permita a los usuarios realizar seguimiento a las manifestaciones radicadas a través de la página web.
- 9.11. Se avanzó en la formulación de Políticas definidas del MIPG: Presupuesto y Gasto Público, Compras y Contratación.
- 9.12. Se actualizaron la totalidad de Políticas institucionales relacionadas con información tal y como se describen a continuación:
 - Política de Información ES-PLI-GP001L02 actualizada en su versión 1 del 15/01/2023
 - Política de Información y atención al usuario ES-PLI-GP001L05 en su versión 2 del 01/08/2023
 - Política de protección y datos personales ES-PLI-GP001L17 en su versión 2 del 10/02/2023
 - Política de transparencia y acceso a la información pública ES-PLI-GP001I22 en su versión 00 del 22/10/2020
 - Política de gestión documental y administración de archivos ES-PLI-GP01I28 en su versión 00 del 22/10/2020
 - Política de Gestión del conocimiento y la innovación ES-PLI-GP01I34 en su versión 0 del 01/03/202.

Quedando como compromiso la articulación de estas.

- 9.13. Se diligenció el FURAG en todos sus componentes y Políticas en espera de resultados para la retroalimentación a los responsables.
- 9.14. El ITA "Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública" fue diligenciado por todos los responsables, verificado por parte de la oficina de comunicaciones y validado por la segunda y tercera línea.

- 9.15. Se activa nuevamente la Línea de Transparencia y se definen mecanismos de acción frente a las denuncias presentadas.

Equipo de Técnico de la **Oficina de Auditoría Interna:**

María Janneth Agudelo Arango

Profesional de Auditoría Interna.

Karina Marina Ruiz de la Hoz

Profesional de Auditoría Interna

Julio E. Suescún Montoya

Técnico Auditoría



Elaboró: **María Janneth Agudelo Arango,**
Profesional de Auditoría Interna.

Apoyo Gráfico **Julio E. Suescún Montoya,**
y Edición Técnico Auditoría

Revisó: **William Alberto Higueta Lopera,**
Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, 14 de septiembre 2023.