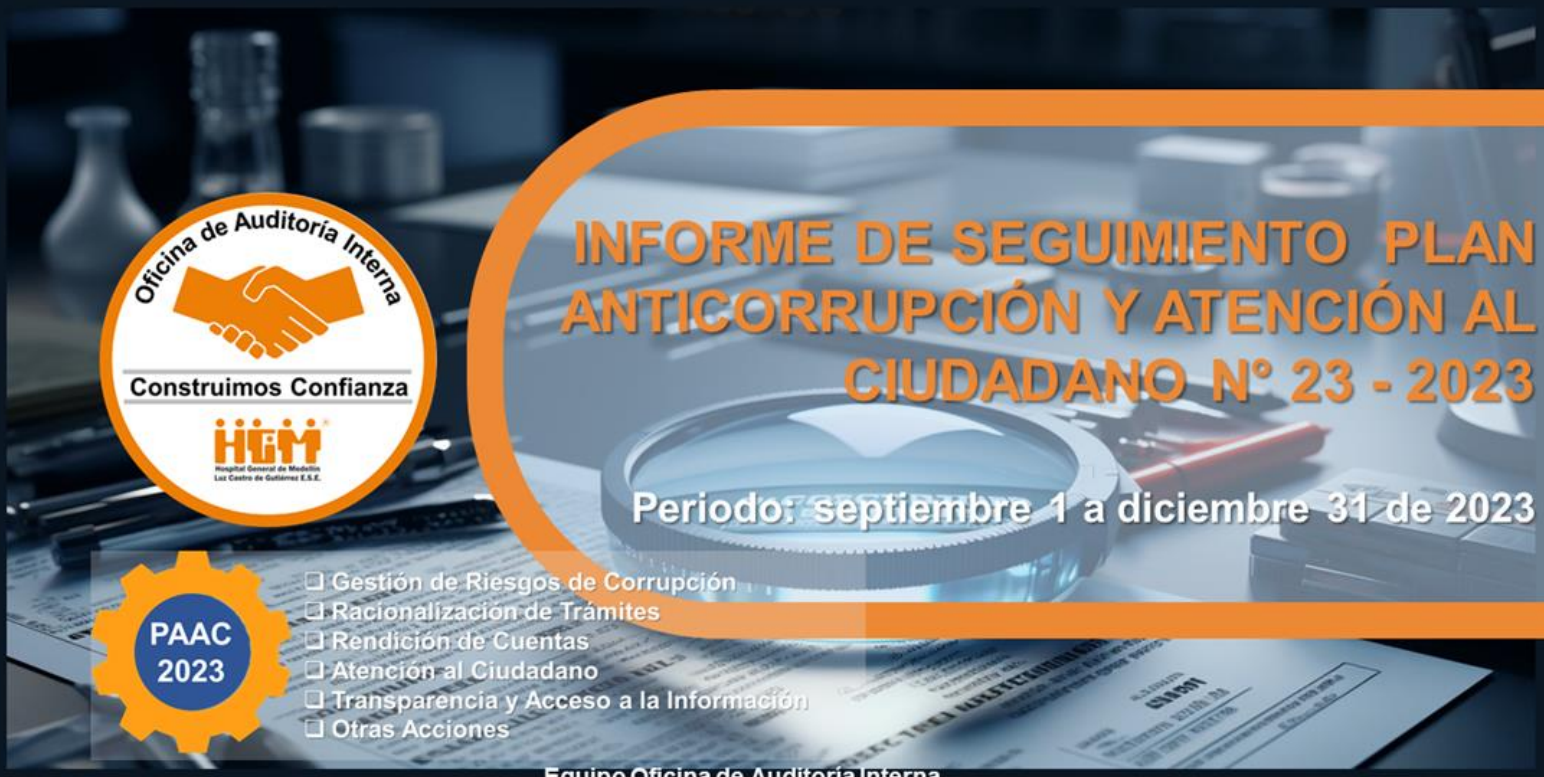


Equipo Oficina de Auditoría Interna
Jefe de la Oficina: William Alberto Higuita Lopera.
Auditores: María Janneth Agudelo Arango, Karina Ruíz De la Hoz
Técnico: Julio E. Suescún Montoya. **Correo Oficina:** oficinadeauditoria@hgm.gov.co

Informe de Seguimiento

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

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

Alcaldía de Medellín
Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

15 de enero de 2024

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. 11
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. 14

IV. COMPONENTE 3. RENDICIÓN DE CUENTAS. 16
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
4.3. Responder a compromisos propuestos, evaluación y retroalimentación en los ejercicios de rendición de cuentas con acciones correctivas para mejora. 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. 25

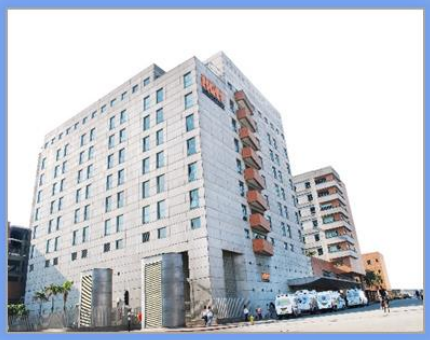
VI. COMPONENTE 5. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN. PÚBLICA. 27
6.1. Lineamientos de Transparencia Activa. 27
6.2. Lineamientos de Transparencia Pasiva y Monitoreo del Acceso a la Información Pública. 27
6.3. Instrumentos de Gestión de la Información. 27
6.4. Criterio diferencial de accesibilidad. 29
6.5. Monitoreo del Acceso a la Información Pública. 29

VII. COMPONENTE 6. OTRAS INICIATIVAS ADICIONALES. 32
7.1. Ética y Conflictos de Interés. 32

VIII. RECOMENDACIONES. 34

IX. CONCLUSIONES. 37

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 Nº22-2023 al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC, correspondiente al período entre septiembre 1 y diciembre 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 Auditoria 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 riegos 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 deberé 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.

  Capitulo 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"

  Capitulo 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 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 v 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/Trasparencia 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 – SICOF. Cód.: ES-PLI-GP007M03.
- Instructivo Registro e Investigación de Eventos SICOF. 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.

Se dispone de la política de gestión de riesgos actualizada mediante la resolución N°327, emitida el 3 de marzo de 2023. Esta actualización se enmarca dentro del objetivo estratégico N°6 "Consolidar la institución como un hospital líder en buenas prácticas de gobierno corporativo y gestión pública", programa 6.1 "Modelo de gobierno corporativo público" proyecto estratégico 6.1.1 "Sistema de Gestión Integral de Riesgos SGIR", siendo una actividad esencial programada para completarse el 31 de diciembre de 2023 y su evaluación está prevista para enero de 2024.

2.2. Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción.

- Para el año 2023, se dispone de un mapa de riesgos institucional almacenado en formato Excel. En el proceso de planificación, los riesgos relacionados con la corrupción están registrados, y es responsabilidad del oficial de cumplimiento transferirlos al PAYAC en el componente 1, asegurando así la trazabilidad integral a nivel institucional. Además, en el mapa de procesos, durante la caracterización del proceso de planificación, se identifican tanto los riesgos como los controles asociados con la corrupción, los cuales son elementos fundamentales dentro del Sistema de Control Interno y Fiscalización (SICOF). En el transcurso del año 2024, todos los riesgos serán migrados a la plataforma HOPEX, desde donde se llevará a cabo el seguimiento correspondiente.

- La instauración de la Línea de Transparencia en el Hospital General de Medellín, liderada procedimentalmente por el Oficial de Cumplimiento y gestionada por el proveedor IE Consulting, garantiza la adherencia a las normativas vinculadas con la salvaguarda de la identidad del informante, la imparcialidad en la gestión de los informes, la asignación apropiada de responsables para los casos generados y el seguimiento constante de cada caso asignado.

- Con la instauración del Comité de Transparencia, conformado por la Subgerencia de Procesos Administrativos y Financieros, la Subgerencia de Procesos Asistenciales, el Director de Gestión Humana, el Jefe de la Oficina Jurídica, el Jefe de la Oficina de Calidad, el Oficial de Cumplimiento y el Jefe de Auditoría Interna, se establece una estructura integral. La coordinación del Comité está a cargo del Oficial de Cumplimiento, mientras que la Secretaría Técnica la lidera la Oficina Jurídica. Entre sus responsabilidades se encuentra la revisión de los casos asignados, así como la implementación de mecanismos para fomentar la promoción de la línea y la cultura de integridad y transparencia.

- Se lleva a cabo el monitoreo de los riesgos de corrupción en todos los procesos institucionales, siguiendo la metodología de gestión de riesgos establecida por el HGM.

2.3. Consulta y Divulgación.

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

- Se analizaron los riesgos SICOF y se analizan las causas y controles asociados para identificar la eficacia en la mitigación. Desde la oficina de Cumplimiento. Para este tercer cuatrimestre se realizan las actividades necesarias para actualizar los riesgos de corrupción de cara al SICOF, esta etapa incluye la identificación de riesgos por cada uno de los procesos del HGM, unificar las causas de generación de riesgo y los controles que mitigan el riesgo. Para la documentación de los controles se requiere unificar la documentación necesaria para socializarlo con la Gerencia, el Comité de Transparencia y el Comité de Riesgos, para posteriormente llevarlos a divulgación a las partes interesadas.

2.4. Mecanismos de manejo, tratamiento y seguimiento.

- En el tercer cuatrimestre se realizó la auditoría al Sistema de Gestión Integral de Riesgos, dando alcance a 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).

- 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.

- Desde la Oficina de Cumplimiento se coordina el Comité de Transparencia, el cual tiene como objetivo tratar los riesgos asociados a Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, fomentar la cultura de integridad en el HGM, asignar los casos reportados a través de los canales de denuncia y hacerle seguimiento al tratamiento de los casos asignados. Se pone en funcionamiento la Línea de Transparencia a través de los canales habilitados: canal telefónico, pagina web y email para el reporte de casos de manera anónima, con gestión del Oficial de Cumplimiento y los Líderes de cada proceso, se garantiza la trazabilidad y el seguimiento a cada uno de los casos y la generación de acciones correctivas para la mitigación en la materialidad de los riesgos en el caso que los reportes sean positivos. Luego del tratamiento a los casos reportados se podrán realizar ajustes a la identificación de riesgos, las causas y las posibles mitigaciones.

Segundo Componente

RACIONALIZACIÓN DE TRÀMITES

III. COMPONENTE 2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES.

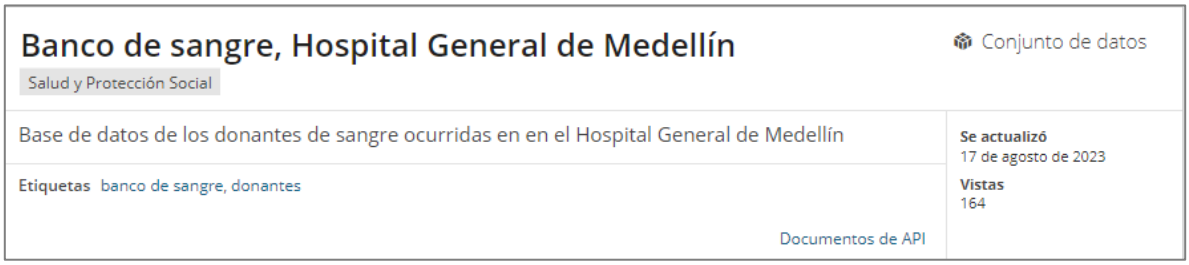
En el marco de la estrategia Anti-trámites, se realizaron las siguientes actividades:

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.



- Se introdujeron pantallas digitales tanto en la sala de espera como en el área al aire libre de la cafetería en el segundo piso. Estas pantallas proporcionan a los familiares información en tiempo real sobre el progreso del proceso de atención quirúrgica. Además, se ha desarrollado una aplicación móvil que permite a los familiares acceder a la misma información directamente desde sus teléfonos.

- Para mejorar la experiencia general, se implementaron sistemas de turnos digitales en varias zonas clave, incluyendo el hall principal, la entrada a la consulta externa, la entrada a urgencias y el laboratorio clínico. Estos servicios abarcan áreas como facturación en la taquilla del primer piso, imagenología, consulta externa, urgencias para adultos y pediátricas, urgencias gineco-obstétricas, así como el laboratorio clínico.

- En octubre 17 de 2023 se realizó la última actualización de los conjuntos datos en www.datos.gov.co, en esta oportunidad se realizó el monitoreo de la calidad de los datos, se define el mecanismo para evitar el reúso de los mismos en la plataforma de publicación, y se realizó la publicación en el portal de gobierno digital.

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.

- 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.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.

	HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Atención Excelente y Calidad de Vida **OFICINA DE AUDITORíA INTERNA** Construimos Confianza **INFORME ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO** Vigencia enero 1 a diciembre 31 de 2023	

Revisión de Canales de Comunicación		
Canal	**Modo de Contacto**	
	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 Contáctenos	http://www.hgm.gov.co/index.php/contacto
Presencial	Proceso personalizado en la Oficina de Atención al Usuario ubicada en el primer piso sector sur en horario hábil.	
Redes Sociales	Pérfil en Facebook, Instagram X "antes Twitter", You Tube	
Buzones	En cada servicio del Hospital y en su sede alterna, se han dispuesto buzones y se facilitan los formatos, donde el usuario puede consignar sugerencias, reclamos, agradecimientos o felicitaciones para dar respuesta a estas manifestaciones dentro de los términos de ley. Se hace recorrido por los buzones todos los días y se realiza la respectiva gestión para dar respuesta a estas manifestaciones dentro de los términos de ley .	

Fuente: Oficina Atención al usuario.

Tercer Componente

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

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

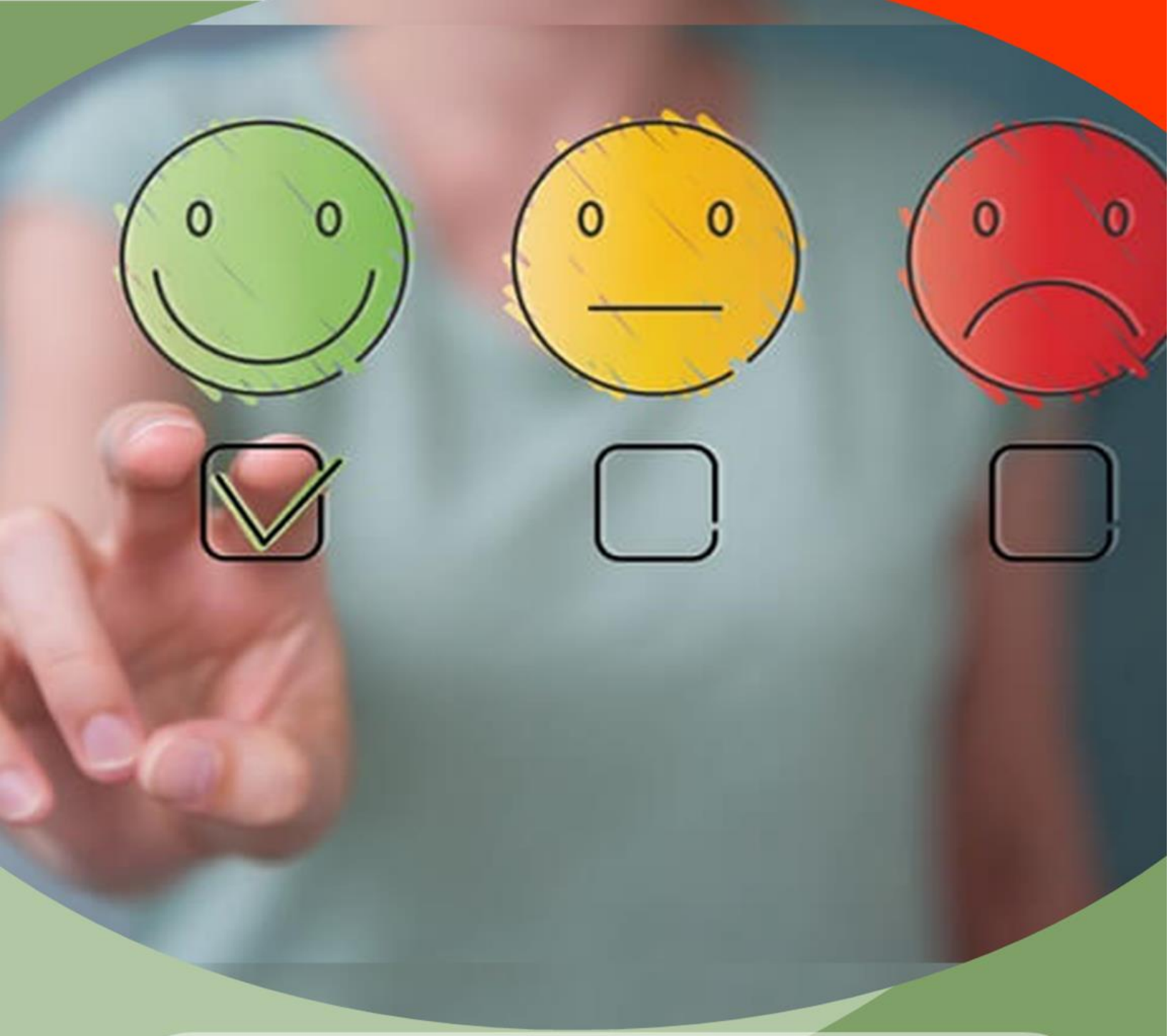
importancia del tema, valorar la metodología utilizada, el desarrollo de esta, identificar el medio de comunicación por el cual se enteró de la audiencia, la utilidad como medio de comunicación y de control ciudadano y si consideran pertinente dar continuidad a la rendición de cuentas.

- 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=H8ZxnDxM6UWHcYGs7wijKUPOW8B2cONNkSuE3iGyJN5UOTcyOTlGQjlOQlhMUkxMUTFGVTQ5UEE0RC4u

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 99.3 % durante el tercer 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.

- En el transcurso del tercer cuatrimestre de 2023, se lograron avances significativos en el fortalecimiento de la cultura organizacional, alineados con las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Estos avances estuvieron especialmente focalizados en la promoción de una cultura de servicio al ciudadano. La certificación abordó diversas competencias vinculadas con el ser, el hacer y el saber estar, evidenciando un compromiso sólido con el desarrollo integral del personal.

- En el ámbito de las competencias del conocimiento, se certificaron exitosamente 242 funcionarios y colaboradores del Hospital General de Medellín (HGM) en disciplinas como Inducción-Reinducción, Lenguaje Claro, Hemovigilancia y SARLAFT. Este logro se materializó con una ejecución del 100%, resaltando el compromiso absoluto del equipo. Cabe destacar la entrega oportuna de las 242 certificaciones, las cuales fueron registradas y archivadas meticulosamente en las historias laborales correspondientes.

- En las competencias del hacer se capacitaron a 1,516 participantes en el perfeccionamiento de sus habilidades, centrando la atención en aspectos críticos como la Seguridad del Paciente, Procesos Disciplinarios, Humanización en Salud, Política de Seguridad del Paciente, SST, Higiene de Manos, Epidemiología, IAMI y Farmacia. Este enfoque en el desarrollo de habilidades demuestra un compromiso activo con la excelencia en la entrega de servicios de salud y seguridad
- En cuanto a las competencias del saber, se llevaron a cabo diversas intervenciones y servicios con la participación de 351 colaboradores. Estas incluyeron jornadas de salud mental en hospitalización, intervenciones individuales y grupales de clima en diferentes áreas como Urgencias y UCI, así como charlas motivacionales y pausas activas en diversos servicios, fortaleciendo así la dimensión emocional y de bienestar en el entorno laboral.

- Estos logros destacados en la certificación y cualificación del personal no solo evidencian un compromiso continuo con la mejora y el crecimiento profesional, sino que también fortalecen la capacidad del HGM para brindar servicios de calidad y promover una cultura organizacional basada en la excelencia y el cuidado al paciente.

- Frente al tema de bilingüismo durante el 2023 se realizó capacitación en el curso de inglés mediante el convenio con el Sena-UPB- a 111 funcionarios para mejorar la cultura de la atención y el servicio.

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.

- En el eje de responsabilidad social se ha venido desarrollando la materialidad dentro de los entregables de este proceso se encuentra la actualización con metodología de identificación de partes interesadas (se determinan los diferentes actores que tienen necesidades y expectativas frente a la entidad y que reciben los productos y servicios de parte nuestra, además de reconocer los entes gubernamentales con los cuales interactuamos).

- 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.

Durante el tercer cuatrimestre del presente año, se llevó a cabo un enfoque integral en el fortalecimiento de la cultura del servicio al ciudadano, alineado con la ruta de creación de valor "Al Servicio de los Ciudadanos". Este impulso se materializó mediante acciones estratégicas implementadas en las dimensiones de bienestar, capacitación y administración del personal, detalladas a continuación:

Capacitación:

- MIPG: Se capacitó y certificó a 36 colaboradores, consolidando su conocimiento y aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- Inducción-Reinducción: 89 colaboradores fueron capacitados y certificados, fortaleciendo su comprensión de los valores institucionales y sus responsabilidades.

- Sarlaft: Se capacitó y certificó a 75 colaboradores, logrando una calificación del 100% en los despliegues de calidad en Sarlaft, con la participación activa de 278 colaboradores en la evaluación.
- Código Fucsia: 38 colaboradores fueron capacitados y certificados en la aplicación y conocimiento del Código Fucsia.
- Duelo: 43 colaboradores fueron capacitados y certificados, promoviendo un enfoque compasivo y empático en situaciones difíciles.
- Integridad: 1 colaborador fue capacitado y certificado, resaltando la importancia de la integridad en todas las actividades.
- Humanización: 8 colaboradores fueron capacitados y certificados, consolidando habilidades esenciales para brindar un servicio centrado en la humanización.
- Lenguaje Claro: 17 colaboradores fueron capacitados y certificados, mejorando la comunicación efectiva con los ciudadanos.

En total, se certificaron y capacitaron 295 colaboradores y servidores en temas fundamentales que fortalecen la cultura del servicio, elevando así la calidad y la eficiencia en la atención al ciudadano.

Concertación de Objetivos 2023 - Evaluación de Desempeño:

Concertación de Objetivos de Funcionarios de Carrera Administrativa: Un total de 872 funcionarios de carrera administrativa participaron en la concertación de objetivos, abarcando compromisos funcionales y comportamentales según el Decreto 815 de 2018. Estos objetivos contribuyen directamente a la creación de un clima organizacional propicio para brindar un servicio al ciudadano de excelencia.

Fortalecimiento de Habilidades Blandas:

- Liderazgo: 69 participantes se beneficiaron de programas de fortalecimiento de habilidades de liderazgo.
- Cultura Organizacional: 69 participantes se involucraron en iniciativas para fortalecer la comprensión y adhesión a la cultura organizacional.
- Comunicación Asertiva y Efectiva entre Equipos de Trabajo: 69 participantes mejoraron sus habilidades de comunicación, promoviendo la colaboración y la eficiencia.

Estos resultados y acciones evidencian un compromiso continuo con la mejora y el desarrollo integral de los colaboradores, fortaleciendo así la capacidad de la organización para ofrecer servicios de calidad y promover una cultura organizacional centrada en el servicio al ciudadano.

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.

Proyecto Sistema de Seguridad y Acceso

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.

- En octubre, se recibió el resultado del FURAG 2022, el cual presentó una metodología no comparable con las tres vigencias anteriores. La evaluación obtenida fue del 73.1. El indicador consolidado derivado de los resultados del FURAG 2022 revela que el HGM se sitúa 6 puntos por encima del promedio de las entidades del grupo de comparación, pero también 20.9 puntos por debajo del puntaje más alto alcanzado por entidades del mismo grupo. Se diligenció el FURAG en todos sus componentes y políticas, y actualmente estamos a la espera de los resultados para proporcionar 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.
- Cada semana, la Oficina de Atención al Usuario envía un informe de seguimiento de PQRSD a las diversas direcciones y líderes de los procesos. Este informe tiene como objetivo facilitar la gestión y promover mejoras continuas en la atención y respuesta a las PQRSD.

- Durante el último cuatrimestre de 2023, se presentaron 184 solicitudes, de las cuales 153 fueron respondidas dentro del plazo establecido, representando un 83%. Por otro lado, hay 31 solicitudes aún sin respuesta, lo que corresponde al 17% restante. Es importante destacar que estas solicitudes pendientes están sujetas a plazos legales para su respuesta.

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 2024.

- 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.

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.

- Se utilizan también estrategias de marketing social para promover ideas y cambios de comportamiento, mediante tácticas de BTL que implican una interacción más efectiva

con el mensaje. Esto incluye legitimadores, actividades lúdicas que facilitan un aprendizaje más significativo y un impacto más profundo del mensaje. En respuesta a las adversidades generadas por la crisis financiera de la Institución, se implementaron conferencias de prensa, comunicados y boletines en diversas plataformas, así como reuniones específicas con grupos para proporcionar claridad y divulgar la situación real del hospital.

- Igualmente, se le ha dado cumplimiento al plan de acción y plan de medios propuesto en el Plan de Comunicaciones de la Institución.

Sexto componente

OTRAS ACCIONES

VII. COMPONENTE 6. OTRAS INICIATIVAS ADICIONALES.

7.1. Ética y Conflictos de Interés.

- Para fortalecer la ética y abordar estrategias para gestionar conflictos de interés, se han propuesto diversas actividades lúdicas, capacitaciones y espacios de reflexión crítica, alineadas con los proyectos estratégicos 4.1, 4.2 y 4.3, que corresponden a Gestión por Competencias, Cultura Organizacional y Universidad Corporativa, respectivamente, a continuación, se detallan algunas actividades: **Trabajo en equipo** : 69 funcionarios tanto del área administrativa como asistencial, con el objetivo de fomentar la colaboración y la sinergia entre los equipos. **Comunicación:** Otros 69 funcionarios, abarcando áreas administrativas y asistenciales, participaron en actividades diseñadas para mejorar las habilidades comunicativas dentro de la organización, promoviendo una comunicación efectiva y transparente **Implementación del Código de Integridad - Despliegues Institucionales:** Un total de 177 funcionarios y colaboradores participaron activamente en los despliegues institucionales relacionados con la implementación del Código de Integridad. Destacable es el hecho de que la calificación obtenida superó el 100%, indicando un alto nivel de compromiso y comprensión de los principios éticos establecidos.

- En el mes de noviembre se retoma la línea de Transparencia en el HGM, ha sido efectiva y se ha realizado el respectivo manejo de la información de acuerdo a su finalidad. El link en la página web cuenta con todo lo que el ciudadano requiere para su accesibilidad:https://www.hgm.gov.co/publicaciones/956/línea-de-transpatrencia/

- 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.

- Adicionalmente, desde la Oficina Jurídica, se llevó a cabo la actualización de la política del daño antijurídico. Este proceso incluyó despliegues y reuniones con las distintas áreas de la organización para informar sobre las modificaciones realizadas y garantizar su adecuada comprensión. Estas acciones coordinadas reflejan un enfoque integral para reforzar la ética y gestionar los conflictos de interés en la institución, evidenciando un compromiso activo con la integridad y el cumplimiento de las normativas internas

- 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 octubre y diciembre 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 535 funcionarios en 21 áreas.

VIII. RECOMENDACIONES.

8.1. Continuar fortaleciendo la cultura de gestión de riesgos de corrupción, opacidad y soborno 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. Actualizarla política de riesgos con las estrategias planteadas en el nuevo lineamiento por el DAFP.

8.4. Establecer estrategias concretas para llevar a cabo un seguimiento periódico de los riesgos de corrupción en diversos procesos, a través de la supervisión conjunta del Comité de Gestión y Desempeño y el Comité Coordinador de Control Interno. Este enfoque busca evaluar la robustez y eficacia de los controles existentes, así como verificar la implementación del plan de tratamiento propuesto y la mitigación de riesgos emergentes.

8.5. Definir la acción preventiva que impacte la causalidad del riesgo y, desarrollar un plan de contingencia, evaluando la efectividad del control.

8.6. 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.

8.7. 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.

8.8. Definir por parte de 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.

8.9. 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.

8.10. Construir la Política de racionalización de trámites de acuerdo con las políticas definidas en MIPG, con un trabajo articulado de todos los miembros del comité de gestión y desempeño.

8.11. Actualizar los trámites teniendo en cuenta la transformación digital vigente utilizando como insumo las PQRS.

8.12. Habilitar funcionalidades que permitan a los usuarios hacer seguimientos de los trámites disponibles en línea.

8.13. 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.

8.14. Disponer en línea todos los trámites de la entidad, mediante la ventanilla única como lo establece el MIPG.

8.15. 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.

8.16. 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.

8.17. Determinar modelos itinerantes y herramientas (equipos móviles) para que los ciudadanos gestionen sus trámites y servicios.

8.18. Identificar los trámites de mayor tarifa para los usuarios.

8.19. Cumplir con el cronograma definido de comités institucionales y las reuniones periódicas del Grupo de Gobierno Digital.

8.20. Identificar los trámites que generan mayores costos internos en su ejecución para la entidad y definir las tarifas de los trámites.

8.21. Fortalecer programas de cualificación en atención preferente a personas con discapacidad con enfoque diferencial de acuerdo con la normatividad vigente.

8.22. 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.

8.23. Definir registros activos de información de acuerdo con la política de gestión del conocimiento.

8.24. 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.

8.25. 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.

8.26. Definir un mecanismo efectivo para hacer seguimiento a los requerimientos del ciudadano con su radicado.

8.27. Ejecutar las actividades descritas en el plan de trabajo del grupo de humanización en torno al cliente interno.

8.28. 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.

8.29. 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.

8.30. Formular e implementar la política de racionalización de trámites por un grupo interdisciplinario y cumpliendo con los lineamientos del DAFP y los criterios del SUIT y otro que apliquen.

8.31. 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.

8.32. Implementar las estrategias y actividades definidas en la circular externa 53-5 del 2022, en relación con el programa de Transparencia y Ética Empresarial.

8.33. 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.

8.34. 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.

8.35. 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.

8.36. Posterior a la formación de los funcionarios en competencias de servicio frente a una segunda lengua valorar los impactos en el proceso de atención y comunicación con los usuarios, pacientes extranjeros.

8.37. Formular e implementar la política de servicio al ciudadano.

8.38. Realizar la caracterización de la población teniendo en cuenta los nuevos convenios de atención que nos disminuyen la población subsidiada.

8.39. Implementar la ventanilla única conforme lo enunciado en la dimensión 3 "gestión con valores para resultados".

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 Humana (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 y Estadística.

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 trasparencia y acceso a la información pública ES-PLI-GP001l22 en su versión 00 del 22/10/2020
- Política de gestión documental y administración de archivos ES-PLI-GP01l28 en su versión 00 del 22/10/2020
- Política de Gestión del conocimiento y la innovación ES-PLI-GP01l34 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 y Edición	**Julio E. Suescún Montoya,** Técnico Auditoría
Revisó:	**William Alberto Higuita Lopera,** Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, 15 de enero 2024.