

GESTIÓN ESTRATÉGICA

Edición N°: 10

Revisión N°:

Fecha: Mayo de 2025

Fecha:

Responsable: Jefe de Planeación y Proyectos

Área: Gestión Estratégica

TRANSICIÓN AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL (PAAC-PTEE)

Vigencia 2025

Manuel Uribe Angel

E.S.E HOSPITAL

Vinculados con la Vida!

Elaboró: Elkin Evelio Palacio Herrera – Jefe
Oficina Planeación y Proyectos

Aprobó: Martha Lucía Vélez Arango
Gerente
Comité Coordinador de Control Interno

Firma:

Firma:

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



HOJA DE CONTROL DEL DOCUMENTO

EDICIÓN	REVISIÓN	FECHA	ELABORO	REVISO	APROBO	OBSERVACIONES
1		Abril 30 de 2013	Elkin Evelio Palacio Herrera	Gloria Patricia Rios	Martha Lucia Vélez Arango	
1	1	Enero 30 de 2014	Elkin Evelio Palacio Herrera	Gloria Patricia Rios	Martha Lucia Vélez Arango	Actualización año 2014
1	2	Enero 30 de 2015	Elkin Evelio Palacio Herrera	Gloria Patricia Rios	Martha Lucia Vélez Arango	Actualización año 2015
1	3	Julio 21 de 2015	Elkin Evelio Palacio Herrera	Gloria Patricia Rios	Martha Lucia Vélez Arango	Actualización riesgos de corrupción, actualización anexa 2 y anexo 4.1
1	4	Enero 29 de 2015	Elkin Evelio Palacio Herrera	Gloria Patricia Rios	Martha Lucia Vélez Arango	Actualización año 2016
2		Marzo 22 de 2016	Elkin Evelio Palacio Herrera (Jefe de Planeación y Proyectos)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucia Vélez Arango (Gerente)	Se adopta e implementa las disposiciones contenidas en los documentos "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2" y "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción", para la consolidación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y del Mapa de Riesgos de Corrupción.
3		19 de Enero	José Sneider	Gloria Patricia		Actualización de las estrategias del Plan para el año 2017

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

		de 2017	Rodríguez Vásquez (Líder de Planeación y Proyectos)	Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucia Vélez Arango (Gerente)	
3	1	15 de junio de 2017	Gloria Patricia Rios Amaya		Martha Lucia Vélez Arango (Gerente)	Se adiciona la Matriz de Riesgos de Corrupción del 2017. Cambio del Organigrama actualizado a marzo 2017 y el Mapa de Procesos
4		30 de enero de 2018	Lucelly Alzate Ríos (Jefe Calidad)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucia Vélez Arango (Gerente)	Se actualiza con las acciones a desarrollarse para el 2018 en los cinco componentes.
5		30 de enero de 2019	Lucelly Alzate Ríos (Jefe Calidad)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucia Vélez Arango (Gerente)	Se actualiza con las acciones a desarrollarse para el 2019 en los cinco componentes y teniendo en cuenta los lineamientos del MIPG – Decreto 1499 de 2017
5	1	Junio 2019	Lucelly Alzate Ríos (Jefe Calidad y Planeación)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	Se adiciona la actividad 2.3-1 del Componente-1 y se amplía el plazo de las 2 actividades subsiguientes. Se revisará nuevo ajuste ya aprobado en Comité
5	2	Enero 2020	Lucelly Alzate Ríos (Jefe Calidad y Planeación)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	Se actualiza con las acciones a desarrollarse para el 2020 en los cinco componentes y teniendo en cuenta los lineamientos del MIPG – Decreto 1499 de 2017 El plan es ajustado en abril con aprobación de comité de Control

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

						Interno y Calidad considerando las acciones a desarrollar para responder a la Pandemia y dar cumplimiento al aislamiento y distanciamiento social decretado por el Gobierno nacional para evitar la propagación del virus COVID19 a partir de marzo 2020, donde se hizo modificación de metas y ampliación de plazo para ejecutar algunas de las actividades.
5	3	Mayo de 2020	Laura Yesenia López Herrera (Líder de planeación)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	Se actualiza la matriz de riesgos de corrupción 2020
5	4	Agosto de 2020	Laura Yesenia López Herrera (Líder de planeación)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	El plan es ajustado en junio con aprobación de comité de Control Interno y Calidad considerando las acciones a desarrollar para responder a la Pandemia y dar cumplimiento al aislamiento y distanciamiento social decretado por el Gobierno nacional para evitar la propagación del virus COVID19 a partir de marzo 2020, donde se hizo modificación de metas y ampliación de plazo para ejecutar algunas

**Transición al Programa de Transparencia
y Ética Empresarial (PAAC-PTEE)
Vigencia 2025**

5	5	Octubre de 2020	Laura Yesenia López Herrera (Líder de planeación)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	de las actividades. Se excluyó la actividad (5-4.2), se cambian las actividades (4-3.1) y (4-3.2), la actividad (5-5.3) está sujeta a la programación de la Procuraduría. El plan es ajustado en octubre con aprobación de comité de Control Interno y Calidad, considerando la imposibilidad de cumplir con algunas de las actividades que se habían planteado para la actual vigencia, debido a que los esfuerzos han estado enfocados a dar respuesta a la emergencia sanitaria por COVID19. En consecuencia, fue necesario hacer modificación de metas, ampliación de plazo y cambiar algunas de las actividades. Se hizo ampliación de fecha para las actividades: 1.2, 3.4 y 3.5 del componente 1. Actividad: 1.2 del componente 3 y se define la fecha para la actividad 5.3 del componente 5 de acuerdo a lo establecido por la Procuraduría. Se ajusta meta para la actividad 3.3 del
---	---	-----------------	---	--	---	---

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

						componente 1, actividad 2.5 del componente 2, actividades 1.3, 1.4, 2.1 y 2.3 del componente 4. Se modifica actividad y/o indicador de la actividad 1.2 del componente 2, actividad 2.3 del componente 3, actividades 1.2, y 5.1 del componente 4. Se excluye actividad 1.5 del componente 4, ya que la misma actividad está contemplada en la actividad 1.5 del componente 3.
6	1	Enero de 2021	Laura Yesenia López Herrera (Líder de planeación)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucía Vélez Arango – Gerente Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	Se actualiza con las acciones a desarrollar para el 2021 en los cinco componentes y teniendo en cuenta los lineamientos del MIPG – Decreto 1499 de 2017
6	2	Junio de 2021	Laura Yesenia López Herrera (Líder de planeación)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucía Vélez Arango – Gerente Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	El plan es ajustado en junio con aprobación de comité de Control Interno y Calidad, considerando la imposibilidad de cumplir con algunas de las actividades dentro de las fechas inicialmente establecidas. Se define meta para las actividades 3.3.1 y 4.5.2. Se hace ampliación de fecha para ejecución de algunas de las actividades. Se actualizan los riesgos de procesos y riesgos de

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

7		Enero 2022	Laura Yesenia López Herrera (Profesional de planeación y proyectos)	Gloria Patricia Rios Amaya (Jefe de Control Interno)	Martha Lucía Vélez Arango – Gerente Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	corrupción de acuerdo a los identificados en la vigencia 2021 Se actualiza con las acciones a desarrollar para el 2022 en los cinco componentes y teniendo en cuenta los lineamientos del MIPG – Decreto 1499 de 2017
8		Enero 2023	Ender Alexander Villalba Betancourt (Profesional Universitario de Planeación y Proyectos)	Elkin Evelio Palacio Herrera (Jefe Planeación y Proyectos)	Martha Lucía Vélez Arango – Gerente Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	Se actualizan PAAC para la vigencia 2023 según lineamientos del DAFP y propuestas de unccionarios
	1	Febrero 2023	Ender Alexander Villalba Betancourt (Profesional Universitario de Planeación y Proyectos)	Elkin Evelio Palacio Herrera (Jefe Planeación y Proyectos)	Martha Lucía Vélez Arango – Gerente Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	Se modificación al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC vigencia 2023 incorporando el Programa de Transparencia y Ética Institucional – PTEI vigencia 2023 según lineamientos de la Circular 2022151000000053-5 de Agosto de 2022 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud
9		Marzo de 2024	Ender Alexander Villalba Betancourt (Profesional	Elkin Evelio Palacio Herrera (Jefe	Martha Lucía Vélez Arango – Gerente	Mediante el Decreto 1122 del 30 de agosto de agosto de 2024, se establece el Programa de Transparencia y Ética

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

			Universitario de Planeación y Proyectos)	Planeación y Proyectos)	Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	Pública PTEE, que reemplaza el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC, que a su vez autoriza su implementación a través del Programa de Transparencia y Ética Empresarial PTEE que define la SNS a través de la Circular 2022151000000053-5 Se compilan los lineamientos, mecanismos de acción, medida y normas detallada para prevenir, mitigar y sancionar solo los riesgos soborno y los del subsistema COF (corrupción opacidad y fraude), asimilándose al mismo tiempo al Manual de Prevención de Corrupción, Opacidad y Fraude que indica la Circular 20211700000005-5 de 2021 de la SNS
10		Mayo de 2025	Alexander Villalba Betancourt (Profesional Universitario de Planeación y Proyectos)	Elkin Evelio Palacio Herrera (Jefe Planeación y Proyectos)	Martha Lucía Vélez Arango – Gerente Comité Coordinador de Control Interno y Calidad	Se realiza la transición del PAAC al PTEE que integra componentes previamente trabajados, así como lineamientos específicos derivados de la Circular 53-5 de 2022 y la Circular Externa 003 de 2018, esta última relacionada con el código de conducta y buen gobierno, y el Decreto 1122 del 30 de agosto de 2024 la Secretaría

**Transición al Programa de Transparencia
y Ética Empresarial (PAAC-PTEE)
Vigencia 2025**



						de Transparencia de la Presidencia. El PTEE establece ocho componentes estratégicos orientados al fortalecimiento de la gestión ética y la prevención de riesgos de corrupción.
--	--	--	--	--	--	---

**Transición al Programa de Transparencia
y Ética Empresarial (PAAC-PTEE)
Vigencia 2025**



Junta Directiva

DOCTOR RAÚL CARDONA GONZÁLEZ
Presidente Junta Directiva
Alcalde Municipio de Envigado

DOCTORA SALOMÉ LONDOÑO ZAPATA
Secretaria de Salud Municipio de Envigado

DOCTOR JUAN JOSE OROZCO VALENCIA
Representante de la Administración Municipal

DOCTOR RUBÉN DARÍO CUERVO HERNÁNDEZ
Representante Sector Científico

DOCTORA VICTORIA EUGENIA ANGEL MEJÍA
Representante Sector Científico

DOCTOR JUAN GUILLERMO MEJÍA MEJÍA
Representante Sector Científico

DOCTOR FABIÁN QUINTERO VALENCIA
Representante Sector Económico

DOCTORA INÉS BOTERO DE BEJARANO
Representante del COPACO

SEÑORA JHON JAIRO TRUJILLO BARRIENTOS
Representante de la Comunidad

MARTHA LUCIA VELEZ ARANGO
Gerente E.S.E. Hospital Manuel Uribe Angel

**Transición al Programa de Transparencia
y Ética Empresarial (PAAC-PTEE)
Vigencia 2025**



Comité Coordinador de Control Interno y Calidad

MARTHA LUCIA VELEZ ARANGO
Gerente E.S.E. Hospital Manuel Uribe Angel

ELKIN EVELIO PALACIO HERRERA
Jefe de Gestión de Planeación y Proyectos

LUCELLY ALZATE RIOS
Jefe de Gestión de la Calidad

MONICA LILIANA JIMENEZ ZAPATA
Jefe Oficina Gestión Jurídica

LIGIA AMPARO OROZCO VARGAS
Jefe Oficina Gestión Financiera

GLADYS DÁVILA GONZÁLEZ
Jefe Oficina Gestión Talento Humano

JOSE ELEAZAR PEMBERTHY FRANCO
Jefe Oficina Gestión Mercadeo y Ventas

FABIÁN ALONSO GUTIERREZ BUILES
Jefe Oficina Gestión de Servicios

PAOLA ANDREA CORREA GOMEZ
Jefe Oficina Gestión Logística

NATALIA MARIA AGUDELO LAVERDE
Jefe Gestión Servicio Farmacéutico

KELLY JOHANNA SALAZAR FLORES
Jefe Oficina Gestión del Ambiente Físico y Medio Ambiente

DIANA MARCELA SALDARRIAGA
Jefe Oficina Gestión Sistemas de Información

CARLOS ALBERTO MALDONADO MONTOYA
Jefe Servicio de Hospitalización

VICTORIA EUGENIA ANGEL MEJÍA
Jefe Unidad de Cuidados Críticos Adultos
Jefe (e) Unidad Quirúrgica y Obstétrica

**Transición al Programa de Transparencia
y Ética Empresarial (PAAC-PTEE)
Vigencia 2025**



KATHERIN HASBON PEREZ
Jefe Unidad Cardioneurovascular

ANDRES FELIPE URIBE MURILLO
Jefe Unidad de Cuidados Críticos Neonatales

GLORIA INES TAPIAS SANTAMARIA
Jefe de Servicios Ambulatorios

NATALIA SANCHEZ VANEGAS
Jefe Servicio de Urgencias (e)

ADRIANA PATRICIA LLANO SÁNCHEZ
Jefe de Imágenes Diagnósticas

ANA MARÍA VÉLEZ HENAO
Coordinadora Servicios de Baja Complejidad

GLORIA PATRICIA RIOS AMAYA
Jefe Oficina Control Interno

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Diagonal 31 N° 36 A Sur 80
PBX: (4) 339 48 00
Fax: (4) 270 49 47
www.hospitalmanueluribeangel.gov.co
Envigado - Antioquia

Resolución Número 1231 (6 de mayo de 2025)

Por medio de la cual se aprueba el Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE, de acuerdo con los lineamientos dados por la Superintendencia Nacional de Salud y en articulación con el Programa de Transparencia y Ética Pública-PTEP de la Secretaría de Transparencia del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República

La Gerente de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel Envigado, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias y

CONSIDERANDO

Qué desde la adopción del enfoque de la Supervisión Basada en Riesgos, la Superintendencia Nacional de Salud viene trabajando en la promoción de buenas prácticas empresariales, incluyendo códigos de conducta y buen gobierno, código de ética e integridad, así como medidas que aportan a la transparencia e incentivan la autorregulación, autocontrol y autogestión. Teniendo en cuenta lo anterior y la importancia de evitar cualquier acto de soborno, corrupción, opacidad y/o fraude al interior de las organizaciones vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, se han emitido lineamientos a través de las Circulares Externas: 009 de 2016, 003 de 2018, 008 de 2018, 20211700000004-5 de 2021, 20211700000005-5 de 2021 y más recientemente la Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022 que reglamentó el Programa de Transparencia y Ética Empresarial el cual fue implementado en articulación anual para las vigencias 2023 y 2024 del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC - vigente según la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción)

Qué el Programa de Transparencia y Ética Pública-PTEP se creó mediante Ley 2195 de 2022 y fue reglamentada mediante el Decreto 1122 de agosto de 2024, el cual reemplazó el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano-PAAC, derogando los artículos que van del 2.1.4.1 al 2.1.4.9 del Decreto 1081 de 2015, que reglamentaba el Decreto 2641 de 2012 (que estableció la metodología del PAAC).

Qué la Superintendencia Nacional de Salud ya había regulado mediante la Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022 la implementación de un programa similar con fundamento en la misma Ley 2195 de 2022, denominado Programa de Transparencia y Ética Empresarial-PTEE, entonces las entidades obligadas, como el Hospital, tienen la posibilidad de implementar únicamente el PTEE, y se entenderá que cumple con el Programa de Transparencia y Ética Pública -PTEP, pudiendo tomar si se desea, elementos del PTEP

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Qué el PTEE hace parte de los planes estratégicos de la Entidad (Decreto 612 de 2018)

Qué el PTEE, debe articularse con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos - SIGR, pero deben documentarse y evaluarse por separado ya que el SIGR incorpora el detalle de los 11 subsistemas de riesgos para el hospital en cumplimiento de las Circulares Externas 20211700000004-5 de 2021, 20211700000005-5 de 2021 y 2022151000000053-5 de 2022

En cumplimiento a lo anterior,

RESUELVE

Artículo Primero: Aprobación: Aprobar el Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE vigencia 2025, el cual incorpora las actividades relacionadas con el Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP, que obra en documento anexo a la presente resolución.

Artículo Segundo: Elaboración y publicación. La articulación así como la consolidación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE tendrá vigencia de un (1) año hasta el 31 de diciembre de cada vigencia, el cual estará a cargo del Jefe de la oficina de planeación y proyectos de la E.S.E. o quien haga sus veces, en conjunto con los responsables de cada componente del programa, la publicación se realizará a más tardar el 31 de enero de cada vigencia.

Parágrafo primero: Teniendo en cuenta las modificaciones de que trata el PTEP adaptada para PTEE, se define una transición durante el primer semestre de la vigencia 2025, definiendo que la publicación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE de la vigencia 2025 se realizará de forma inmediata a la expedición de esta resolución en la página web de la ESE HMUA, como medio de fácil acceso a toda la comunidad hospitalaria y al ciudadano.

Artículo Tercero: Acogiendo lo definido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, el monitoreo se realizará semestralmente con corte al 30 de junio y al 31 de diciembre y será realizado por el Jefe de Planeación y Proyectos de la E.S.E. o quien haga sus veces, en conjunto con los responsables de cada actividad, teniendo como fecha límite de monitoreo el décimo quinto (15) día calendario del mes subsiguiente al corte del semestre inmediatamente anterior.

Artículo Cuarto: Evaluación y Control. La oficina de Control Interno de la ESE tendrá como función implementar los mecanismos para verificar y evaluar la elaboración, publicación, el seguimiento y control al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas en los documentos aprobados con la presente resolución, la publicación de los resultados se hará en la página web de la E.S.E., a más tardar el último día del mes subsiguiente al corte. En caso de detectar algún tipo de incumplimiento o retrasos en las fechas establecidas, informará al responsable para que realice las acciones orientadas a cumplir o redefinir las mismas.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Artículo Cuarto: Compromiso. La alta dirección asume el compromiso de realizar al menos una vez al año la audiencia pública de rendición de cuentas con participación de la comunidad, así mismo entablar un diálogo abierto con los ciudadanos en relación a los resultados y decisiones, considerando en la planeación aquellas acciones propositivas presentadas por parte de la población, que contribuyan al crecimiento de la institución y mejoramiento de los procesos, de acuerdo a los lineamientos normativos y disponibilidad de recursos.

Artículo Quinto: Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha.

Dado en Envigado a los seis (6) días del mes de mayo de 2025.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. Vélez Arango", written over a horizontal line.

MARTHA LUCIA VÉLEZ ARANGO
Gerente

Elaboró: Elkin Palacio
Jefe Oficina Planeación y Proyectos

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Diagonal 31 N° 36 A Sur 80
PBX: (4) 339 48 00
Fax: (4) 270 49 47
www.hospitalmanueluribeangel.gov.co
Envigado - Antioquia

RESOLUCIÓN NÚMERO 2062 (09 de septiembre de 2024)

Por medio de la cual se deroga la Resolución 1433 de 2016 y se delegan en unos funcionarios de la entidad las funciones de Oficial de Cumplimiento para SARLAFT y SICOE y el Suplente para el SARLAFT.

**LA GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL MANUEL URIBE ÁNGEL DE ENVIGADO EN
USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES Y ESTATUTARIAS Y,**

CONSIDERANDO

1. Que La ley 489 de 1998 en su artículo 9º consagra la posibilidad de que las autoridades administrativas puedan mediante acto de delegación transferir el ejercicio de funciones a sus colaboradores o a otras autoridades, con funciones afines o complementarias.
2. Que la Superintendencia Nacional de Salud -SNS, mediante Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, derogó la Circular 018 de 2015, respecto a los criterios de clasificación de las instituciones prestadoras de salud (IPS), y diseñó metodologías e instrumentos de supervisión a fin de darle aplicación a las demás circulares en desarrollo del modelo de inspección, vigilancia y control basado en riesgos.
3. Que revisado el numeral 4 de la Circular 5-5 de 2021, se encuentra que la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado no cumple con las características asignadas al grupo B pero si cumple al menos uno de los criterios enumerados en el grupo C1, como el de estar clasificada con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior en Nivel 3 de complejidad como IPS pública, quedando excluida de cualquier otro grupo, y por tanto continua clasificada en el **Grupo C1**.
4. Que la Ley 526 de 1999 modificada por la Ley 1121 de 2006 y 1762 de 2015, creó la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin de detectar prácticas asociadas con el lavado de activos y posteriormente el Decreto 1497 de 2002, compilado en el Decreto Único Reglamentario 1068 de 2015 del sector Hacienda y Crédito Público, dispuso que esta Unidad, puede solicitar la información que considere necesaria para el cumplimiento de sus funciones, salvo la información reservada y que las entidades públicas están obligadas a realizar Reportes de Operaciones Sospechosas (ROS) a la UIAF, con la periodicidad y forma que esta señale.
5. Que el artículo 27 de la Ley 1121 de 2006, determina que "el Estado colombiano y las Entidades Territoriales en cualquier proceso de contratación deberán identificar plenamente a las personas naturales y a las personas jurídicas que suscriban el contrato, así como el origen de sus recursos".
6. Que la Ley 1474 de 2011, Estatuto Anticorrupción, en sus artículos 11 y 12, estipulan que las instituciones sometidas al control y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud -SNS, están obligadas a adoptar medidas de control apropiadas y suficientes, orientadas a evitar que se generen fraudes en el Sistema de Salud y

UD

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

prevé la creación del Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ordenando a la SNS, definir para sus sujetos vigilados, el conjunto de medidas preventivas para su control, así como los indicadores de alerta temprana y los indicadores que permitan la identificación, prevención y reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude en el SGSSS y las sanciones por incumplimiento.

7. Que en cumplimiento al Estatuto Anticorrupción, la Supersalud mediante las Circulares Externas 009 de 2016 y 003 de 2018, modificadas por la Circular 4-5 de 2021 impartió lineamientos que aplica a las entidades vigiladas del sector salud de los Grupos B, C1, C2 y D1, con instrucciones generales relativas al Código de Conducta y Buen Gobierno Organizacional y al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas de Administración de Riesgos, entre los cuales priorizó el **Subsistema de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del (LA/FT)**,
8. Que mediante Circular Externa 5-5 de 2021 que modificó las Circulares Externas 09 de 2016 y 003 de 2018, se generaron instrucciones administrativas para el diseño e implementación del **SARLAFT**, se adicionó el seguimiento a la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva -FPADM, y se emitieron lineamientos generales mínimos para el **Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude-SICOF** generando para ambos subsistemas los mínimos exigidos para que cada entidad vigilada, adopte reglas de conducta y prácticas que comprenden la documentación, diseño, aprobación e implementación de políticas y procedimientos para la prevención y control de este riesgo que orienten la actuación de la entidad y sus empleados.
9. Que en cuanto al **SARLAFT**, las citadas circulares, establecieron los Órganos de Administración y Control con que se debe contar al interior de las entidades, sus funciones, requisitos y responsabilidades, para su implementación y definieron que la designación del Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente, de conformidad con la ley que nos aplica (literal e, del 5.1.7), puede delegarse en un funcionario ya existente en la entidad, siempre que cumpla con los requisitos mínimos definidos, pudiendo recaer en uno que ya realice otras funciones en la entidad (#4, Circular 09/2016), y que pertenezca como mínimo al segundo nivel jerárquico, en la dependencia de la gerencia con poder de decisión con comunicación directa con la Gerencia de la empresa, por el manejo de la información confidencial para los reportes a la UIAF y no podrá pertenecer a ninguno de los órganos de control. Dicha delegación será reportada con sus modificaciones a la SNS.
10. Que así mismo, mediante la presente resolución se definirá quien será el Oficial de Cumplimiento Suplente, responsable de reemplazar las ausencias parciales o total del Oficial de Cumplimiento, quien debe cumplir con los mismos requisitos estipulados para el Oficial de Cumplimiento.
11. Que en cuanto al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – **SICOF**, de conformidad con lo establecido por el numeral 5.2.3.2.3 de la Circular Externa 5-5 de 2021 emanado de la SNS para el adecuado cumplimiento de la labor y de su mejoramiento continuo, el responsable institucional será el Oficial de Cumplimiento que aquí se designa.

UP

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

12. Que en cuanto al **PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL-PTEE**, el Gobierno Nacional, con el objeto de implementar herramientas que contribuyan a la sanción y la prevención de los actos de corrupción y fomentar la cultura de la legalidad, la corresponsabilidad, la integridad y el buen manejo de los recursos públicos, adicionó el artículo 34-7 de la Ley 1474 de 2011, a través del artículo 9 de la Ley 2195 de 2022, mediante el cual obliga a las personas jurídicas sujetas a su inspección, vigilancia o control a adoptar programas de transparencia y ética empresarial que incluyan mecanismos y normas internas de auditoría, para lo que la Superintendencia de Salud-SNS expidió la Circular Externa 202215100000053-5 del 5 de agosto de 2022, donde fijó los lineamientos para diseño, adopción e implementación de este Programa, como principal medida de control de los riesgos de soborno, corrupción, opacidad y fraude, los cuáles hacen parte de los riesgos priorizados para ser gestionados por los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, y debe hacer parte de las Políticas de Gobierno Organizacional y modificó la Circular Externa 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales - Código de Conducta y de Buen Gobierno.
13. Que la Circular Externa 53-5 de 2022, en las medidas 112 y 115 determina que la entidad delegará en el Oficial de Cumplimiento o quien haga sus veces la administración del **PTEE** fijando de manera expresa (i) el perfil del administrador del PTEE; (ii) las incompatibilidades e inhabilidades; (iii) la administración de conflictos de interés; y (iv) las funciones específicas que se le asignen a la persona que tenga dicha responsabilidad, adicionales a las establecidas en otras medidas o normas, lo cual se hará con la presente Resolución.
14. Que el Gobierno Nacional a través del Decreto 1122 de agosto 2024, estableció que las entidades del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberán implementar Programas de Transparencia y Ética Pública, articulado con el Sistema Integral de Administración de Riesgos y dicha norma autoriza a las entidades obligadas, pero que operan dentro de un mercado, industria o sector en el que se exija por parte de la autoridad de inspección, vigilancia y control un Programa de Transparencia y Ética Empresarial, podrán implementar únicamente el Programa Empresarial y se entenderá que cumplen con su obligación respecto del Programa Público, la ESE continuará aplicando el Programa de Transparencia y Ética Empresarial, el cual queda a cargo del Oficial de Cumplimiento que aquí se designa.
15. Que en cumplimiento de toda la normatividad descrita, los funcionarios que por esta resolución se designan, deberán cumplir con los siguientes requisitos y perfil para ser Oficial de Cumplimiento para efectos del **SARLAFT y FPADM**:
 - a) Depender directamente de la Gerencia dentro de la estructura organizacional y funcional de la entidad. Es decir, pertenecer como mínimo al segundo nivel jerárquico en el área administrativa o corporativa de la entidad;
 - b) Tener capacidad decisoria frente a los reportes y temas relacionados con la prevención de Lavado de Activos y/o Financiación del Terrorismo;
 - c) Acreditar conocimiento en materia de administración de riesgos, particularmente en el riesgo de LA/FT, mediante certificación expedida por parte de instituciones autorizadas por el Ministerio de Educación Nacional para impartir formación en dicha

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

materia, en la que conste que la duración del diplomado no sea inferior a 90 horas y el curso e-learning de la UIAF. En caso de que sea una especialización, será válida en riesgos en general. Si no tiene ninguna de las anteriores certificaciones o acreditaciones, se pueden certificar 4 años de experiencia laboral en áreas de administración y gestión de riesgos;

d) No pertenecer a órganos de control ni a las áreas directamente relacionadas con las actividades previstas en el objeto social principal que hacen parte del Máximo Órgano Social;

e) Ser empleado directo de la entidad.

16. Que los funcionarios designados mediante la presente resolución para la vigilancia del riesgo de LA/RT/PADM están sujetos al régimen de incompatibilidades e inhabilidades vigentes para los servidores públicos y en ningún caso podrán tener esta responsabilidad quienes se desempeñen en calidad de revisor fiscal, jefe de la oficina de control interno, representante legal o Gerente de la ESE.

17. Que ante los cambios normativos enunciados anteriormente, a la actual estructura organizacional de la ESE, al mapa de procesos y reasignación de funciones, se hace necesario derogar la Resolución 1433 de agosto 2016 de la ESE, expedida en cumplimiento a los lineamientos de la Circular 09 de 2016 de la SNS, respecto a la implementación del SARLAFT, la cual había sido notificada a la SNS, donde se designaba como Oficial de Cumplimiento a la funcionaria Lucelly Alzate Ríos, jefe de la Oficina de Calidad, para el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y en calidad de Suplente, al profesional universitario en Planeación y Proyectos, Jose Sneider Rodríguez, quien suplía las funciones y responsabilidades del Oficial de Cumplimiento en sus ausencias.

Por lo anterior,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Delegación de funciones Oficial de Cumplimiento. Delegar las funciones de Oficial de Cumplimiento del SARLAFT, el SICOF y la administración del PTEE en la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel a **Elkin Evelio Palacio Herrera**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.017.123.776, quien ejercerá un desempeño alterno, al que actualmente ejerce en calidad de jefe de Oficina de Planeación y Proyectos, acorde al perfil y requisitos que cumple de acuerdo con los lineamientos de las Circulares referenciadas en los considerandos.

ARTÍCULO SEGUNDO: Delegación de funciones Oficial de Cumplimiento Suplente para el SARLAFT/FPADM. Delegar como Oficial de Cumplimiento Suplente del SARLAFT, a **Lucelly Alzate Ríos**, identificada con cédula de ciudadanía número 43.570.332, quien se desempeña como jefe de Oficina de Gestión de la Calidad, quien suplirá sus funciones y responsabilidades en ausencia parcial o total del Oficial principal.

ARTÍCULO TERCERO: Verificación y reporte: Verificar que los funcionarios responsables no se encuentren en listas internacionales vinculantes para Colombia y reportar estas delegaciones a la Supersalud -SNS, en comunicado que indique nombre, profesión, cargo

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

de desempeño alterno, teléfonos de contacto y correo electrónico, lo cual se hará a través de la plataforma NRVCC módulo de datos generales o el sistema o herramienta que la Superintendencia disponga para ello.

ARTÍCULO CUARTO: Funciones del Oficial de Cumplimiento. Son funciones del Oficial de cumplimiento:

- 1) Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas y elementos que conforman el SARLAFT y el SICOF, para ello, velará porque cada una de las áreas de la ESE realicen la verificación y el conocimiento de las contrapartes y esta a su vez cumplan con los procedimientos, manuales y políticas vigentes dentro de la organización.
- 2) Elaborar y desarrollar los procesos y procedimientos a ser aprobados por la Gerencia a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas por la Junta Directiva, para la implementación del SARLAFT y el SICOF;
- 3) Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/PADM en las operaciones que realiza la entidad;
- 4) Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/PADM, en las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad;
- 5) Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos para prevenir los riesgos LA/FT/PADM, Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno;
- 6) Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de LA/FT/PADM de la entidad, manteniendo toda la evidencia documental y magnética en reserva en todo lo relacionado a su labor como soporte de cumplimiento ante cualquier requerimiento de una autoridad judicial y/o ente de control;
- 7) Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo de LA/FT/PADM, el SARLAFT y SICOF y velar por su cumplimiento;
- 8) Proponer a la Gerencia para posterior aprobación por la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas del SARLAFT y el SICOF;
- 9) Proponer a la Gerencia la actualización del manual de procedimientos del SARLAFT y del SICOF y velar por su divulgación a los funcionarios;
- 10) Recibir y analizar los reportes internos de posibles operaciones inusuales, intentadas o sospechosas y realizar el reporte de estas dos últimas a la UIAF;
- 11) Desarrollar e implementar el sistema de reportes interno y externo, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de la entidad.
- 12) Mantener actualizados los datos de la entidad y el oficial de cumplimiento y suplente del SARLAFT con la UIAF, y a la SNS, utilizando los canales de comunicación correspondientes;
- 13) Informar a la UIAF cualquier cambio de usuario del Sistema de Reporte en Línea (SIREL);
- 14) Gestionar adecuadamente los usuarios del Sistema de Reporte en Línea (SIREL);
- 15) Revisar los documentos publicados por la UIAF en la página web como anexos técnicos, manuales y utilidades que servirán de apoyo para la elaboración de los reportes;

UP

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

- 16) Elaborar y someter a la aprobación de la Junta Directiva y a Gerencia los criterios objetivos para la determinación de las operaciones sospechosas, y aquellos para determinar cuáles de las operaciones efectuadas por usuarios serán objeto de consolidación, monitoreo y análisis de operaciones inusuales;
- 17) Diseñar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT y el SICOF;
- 18) Analizar los informes presentados por la auditoría interna o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas de SARLAFT, el SICOF y el PTEE;
- 19) Generar y presentar un informe por escrito, cuando menos, de forma anual a la Gerencia para la Junta Directiva sobre la gestión de los riesgos LA/FT/PADM, Corrupción, Opacidad y Fraude, que contenga el perfil de riesgo inherente, y residual de la ESE, de acuerdo con las políticas establecidas y aprobadas, junto con los resultados de su gestión, el cual debe estar a disposición de las autoridades competentes (5.2.2.4, Circular 5-5) y sobre la evaluación y análisis de la eficiencia y efectividad de la gestión del PTEE, y de ser el caso proponer las mejoras respectivas. Estos informes son confidenciales y deben referirse como mínimo a los siguientes aspectos:
 - Los procesos establecidos para llevar a la práctica las políticas aprobadas, sus adiciones o modificaciones.
 - Los resultados del monitoreo y seguimiento para determinar la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
 - Las medidas adoptadas para corregir las falencias encontradas al efectuar el monitoreo de los controles.
 - El cumplimiento a los requerimientos de las diferentes autoridades, en caso de que estos se hubieran presentado.
 - Las propuestas de ajustes o modificaciones a las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/PADM, Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno que considere pertinentes.
 - El cumplimiento a los ajustes o modificaciones a las políticas de prevención y de control del riesgo de LA/FT/PADM, Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno aprobados por la Gerencia y la Junta Directiva o quien haga sus veces.
 - Las últimas normas o reglamentaciones expedidas sobre la prevención y control del riesgo de LA/FT/PADM, Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno y las medidas adoptadas para darles cumplimiento a las mismas.

ARTÍCULO QUINTO: el Oficial de Cumplimiento para la ejecución del **SICOF**, debe cumplir como mínimo las siguientes condiciones:

Elaborar y someter a la aprobación de la Gerencia y la Junta Directiva el Manual de Prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, y sus actualizaciones, así como la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad administre efectivamente sus Riesgos de prevención y detección de la Corrupción,



Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

Opacidad y el Fraude en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en la Circular 5-5 de 2021 o la que la modifique o adicione.

1. Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Gerencia y a la Junta Directiva, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.
2. Desarrollar modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
3. Establecer, adoptar y monitorear las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Gerencia o la Junta Directiva, e informarlo al órgano correspondiente.
4. Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude medidos.
5. Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.
6. Informar al máximo órgano social u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los responsables de las áreas de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.
7. Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración de la Gerencia y la Junta Directiva.
8. Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
9. Proponer a la Gerencia programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
10. Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF, en desarrollo de las directrices impartidas por el máximo órgano social, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
11. Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
12. Recomendar a la Gerencia y Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o disciplinarios) para fortalecer el SICOF.

ARTÍCULO SEXTO: El Oficial de Cumplimiento, como encargado de administrar el Programa de Transparencia y Ética Empresarial- PTEE, de acuerdo con los lineamientos definidos por la SNS en la Circular 53.5 de agosto 2022, medidas 115 y 116 y aquellas que la reglamenten o modifiquen, tendrá a su cargo las siguientes funciones:

1. Presentar a la Gerencia para aprobación de la Junta Directiva, la propuesta del PTEE, el cual será diseñado con fundamento en la evaluación exhaustiva de los riesgos COF (Corrupción, Opacidad y Fraude) y Soborno, compilando en este todas las normas internas en materia de prevención y mitigación del riesgo de COF y soborno, así como los principios y valores éticos que cada entidad considere

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



apropiados, para llevar a cabo su operación de manera ética, transparente y honesta. (medidas 108 y 109)

2. Presentar, por lo menos una vez al año, informes de la gestión del PTEE a la Gerencia y la Junta Directiva, los cuales deberán contener una evaluación y análisis sobre la eficiencia y efectividad del PTEE y, de ser el caso, proponer las mejoras respectivas. Así mismo, deberán demostrar los resultados de esta gestión.
3. Velar porque el PTEE se articule con las Políticas de Riesgo adoptada por la Gerencia y la Junta Directiva.
4. Velar por el cumplimiento efectivo, eficiente y oportuno del PTEE.
5. Garantizar la implementación de canales apropiados para permitir que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, acerca de presuntos incumplimientos del PTEE y posibles actividades sospechosas relacionadas con COF y soborno.
6. Verificar la debida aplicación de la política de protección a denunciantes que la entidad haya establecido.
7. Coordinar el desarrollo de programas internos de capacitación del PTEE.
8. Realizar la evaluación del cumplimiento del PTEE como mínimo una vez al año.

ARTICULO SEPTIMO: los nombramientos que se autorizan mediante la presente Resolución serán informados a la Supersalud-SNS, en comunicado que indicará nombre, profesión, cargo, teléfonos de contacto y correo electrónico, lo cual se hará a través de la plataforma NRVCC módulo de datos generales o medio que la SNS disponga para ello.

ARTÍCULO OCTAVO: Derogatoria. La presente resolución deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial la Resolución 1433 de 2016 emanada de esta Gerencia.

Comuníquese y Cúmplase.

Dada en Envigado a los 9 días del mes de septiembre de 2024.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "M. Vélez", is written over the printed name.

MARTHA LUCÍA VÉLEZ ARANGO
Gerente

Elabora: Gloria Patricia Ríos Amaya.
Revisa: Gladys Dávila González.

A small, handwritten signature in black ink, likely belonging to Gladys Dávila González, is written below the text.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	26
1. CONTEXTO ESTRATÉGICO	28
1.1 VISIÓN	28
1.2 MISIÓN	28
1.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	28
1.4 MAPA DE PROCESOS O CADENA DE VALOR	29
1.5 CÓDIGO DE ÉTICA E INTEGRIDAD DE LA ESE HMUA.....	29
<i>NUESTROS PRINCIPIOS INSTITUCIONALES Y VALORES DE INTEGRIDAD</i>	<i>29</i>
1.6 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 2024-2027 (A MARZO 31 DE 2028).....	31
1.7 DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL RELACIONADA.....	36
2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL – PTEE 2025 .38	
2.1 OBJETIVOS GENERAL	38
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
2.3 ALCANCE	39
3. ANTECEDENTES Y RESULTADOS DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO (PAAC) Y PROGRAMA DE ÉTICA Y TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL (PTEI) - VIGENCIA 2024.....	39
3.1 COMPONENTE 1: GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN – MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.	44
3.1.1. <i>Contexto para la Gestión de los Riesgos en la ESE HMUA</i>	<i>44</i>
3.1.2. <i>Eficiencia y efectividad a través del sistema integrado de gestión de riesgos:.....</i>	<i>48</i>
3.1.3. <i>Enfoque del Plan Anticorrupción para la administración de riesgos de corrupción y de lavado de activos y financiación del terrorismo.....</i>	<i>50</i>
3.2 COMPONENTE 2: ANTI TRÁMITES - RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	52
3.2.1 GESTIÓN DEL PLAN DE RACIONALIZACIÓN – VIGENCIA 2024.....	52
3.2.2 EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN 2024	53
3.3 COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS	57
3.4 COMPONENTE 4: MECANISMOS PARA MEJORAR EL SERVICIO AL CIUDADANO	61
3.5 COMPONENTE 5: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN.	64
3.6 COMPONENTE 6: INTEGRIDAD (COMPONENTE ADICIONAL).	67
4. PLANEACIÓN, CONSTRUCCIÓN, COMPONENTES Y ESTRATEGIAS DE LA TRANSICIÓN AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE VIGENCIA 2025	68
4.1 COMPONENTE 1: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA	69
4.2 COMPONENTE 2: MECANISMOS PARA LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y RENDICIÓN DE CUENTAS	70
4.3 COMPONENTE 3: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN Y SERVICIO A LA CIUDADANÍA.....	71
4.4 COMPONENTE 4: MECANISMOS PARA LA RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	72
4.5 COMPONENTE 5: MECANISMOS PARA LA APERTURA DE INFORMACIÓN DE DATOS ABIERTOS	72
4.6 COMPONENTE 6: MECANISMOS PARA LA PARTICIPACIÓN E INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN PÚBLICA.....	73

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



4.7	COMPONENTE 7: MECANISMOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA INTEGRIDAD Y LA ÉTICA PÚBLICA	73
4.8	COMPONENTE 8: MECANISMOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y MEDIDAS DE DEBIDA DILIGENCIA.....	74
5.	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN	75
5.1.	MEDIDAS DE PREVENCIÓN.....	75
5.2.	MEDIDAS DE MITIGACIÓN	78
6.	PRESUPUESTO:.....	79
7.	INDICADORES.....	80
8.	MONITOREO Y SEGUIMIENTO	80

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2023



Introducción

La E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel, como entidad pública al servicio de la comunidad de Envigado y de toda persona que requiera atención en salud, fundamenta su gestión en principios y valores propios del servicio público. Su actuar se rige por la legalidad, la transparencia y la eficiencia en el uso de los recursos institucionales, con el objetivo de alcanzar las metas establecidas en los planes y proyectos institucionales, enmarcados en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y en la normatividad vigente.

Para la vigencia 2025, la institución consolida la transición iniciada en 2024 del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE). Este programa integra los principales elementos del PAAC de periodos anteriores y busca fortalecer la estrategia institucional en la lucha contra la corrupción, el fraude y el soborno, promoviendo una gestión pública transparente, íntegra y ética.

En consonancia con estos objetivos, se implementarán mejoras en los mecanismos de transparencia y acceso a la información pública, así como en la identificación y tratamiento de riesgos de corrupción. Además, se fomentará una cultura organizacional basada en la integridad y la ética pública, y se adoptarán medidas para la prevención del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (LA/FT), garantizando así una gestión institucional confiable para la ciudadanía.

Este documento presenta el marco estratégico de la E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel, incluyendo su misión, visión, valores institucionales y objetivos estratégicos. Asimismo, detalla el proceso de formulación del PTEE y las actividades diseñadas para fortalecer la transparencia y la ética empresarial. Cada actividad se describe en términos de metas o productos esperados, con la asignación de responsabilidades y plazos de cumplimiento, asegurando una implementación estructurada y eficiente.

La formulación del PTEE da continuidad a las acciones iniciadas en 2013, en concordancia con la metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) en el documento "Estrategias para la Construcción del PAAC - Versión 2 de 2015". Este modelo de trabajo se fundamenta en cinco componentes autónomos e independientes, cuyo eje principal es la lucha contra la corrupción, en cumplimiento del Estatuto Anticorrupción (Ley 1474 de 2011). Además, se incorpora la metodología establecida por la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular 09 de 2016, para la prevención de los riesgos asociados al lavado de activos y la financiación del terrorismo en el sector salud.

Para la vigencia actual, la transición del PAAC al PTEE integra componentes previamente trabajados, así como lineamientos específicos derivados de la Circular 53-5 de 2022 y la Circular Externa 003 de 2018, esta última relacionada con el código de conducta y buen

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



gobierno. El PTEE establece ocho componentes estratégicos orientados al fortalecimiento de la gestión ética y la prevención de riesgos de corrupción.

Los ocho componentes estratégicos del PTEE refuerzan las medidas anticorrupción mediante la optimización de trámites que faciliten el acceso a la información y la continuidad en la prestación de servicios. Asimismo, promueven la transparencia, la legalidad y la racionalización de los recursos públicos, junto con la consolidación de espacios de participación ciudadana. Este Plan también incluye mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, fomentar la innovación en la gestión pública y fortalecer la ética empresarial mediante la debida diligencia.

El PTEE se articula con el Manual de Prevención de Corrupción, Opacidad y Fraude (COF) y Soborno, así como con los procedimientos de segmentación de riesgos. Además, se vincula con el Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR), cuyas políticas y documentación se están actualizando para incluir información específica del PTEE. También se incorporan la Política de Protección al Denunciante y los mecanismos de divulgación, con el fin de garantizar un entorno institucional más seguro y confiable.

Este Plan, en cumplimiento del Decreto 1083 de 2015 (artículo 2.2.22.1 y siguientes), forma parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, actualizado mediante el Decreto 1499 de 2017 del DAFP. En consecuencia, responde a las siete dimensiones y dieciséis políticas de gestión y desempeño establecidas en dicho modelo.

Anualmente, al cierre del primer semestre, se actualiza este Plan, documentando los avances en la gestión de riesgos y adoptando los nuevos lineamientos emitidos por la Superintendencia Nacional de Salud. En este sentido, se consideran las Circulares Externas 20211700000004-5 y 20211700000005-5 de 2021, que establecen directrices sobre el código de conducta, el buen gobierno organizacional y las medidas preventivas para mitigar riesgos de corrupción, opacidad y fraude en las instituciones bajo vigilancia de la Supersalud.

Finalmente, en cumplimiento del artículo 9 de la Ley 1712 de 2014 (Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública), este Plan será publicado en la página web de la E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel, asegurando su accesibilidad y consulta por parte de la ciudadanía.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



1. Contexto estratégico

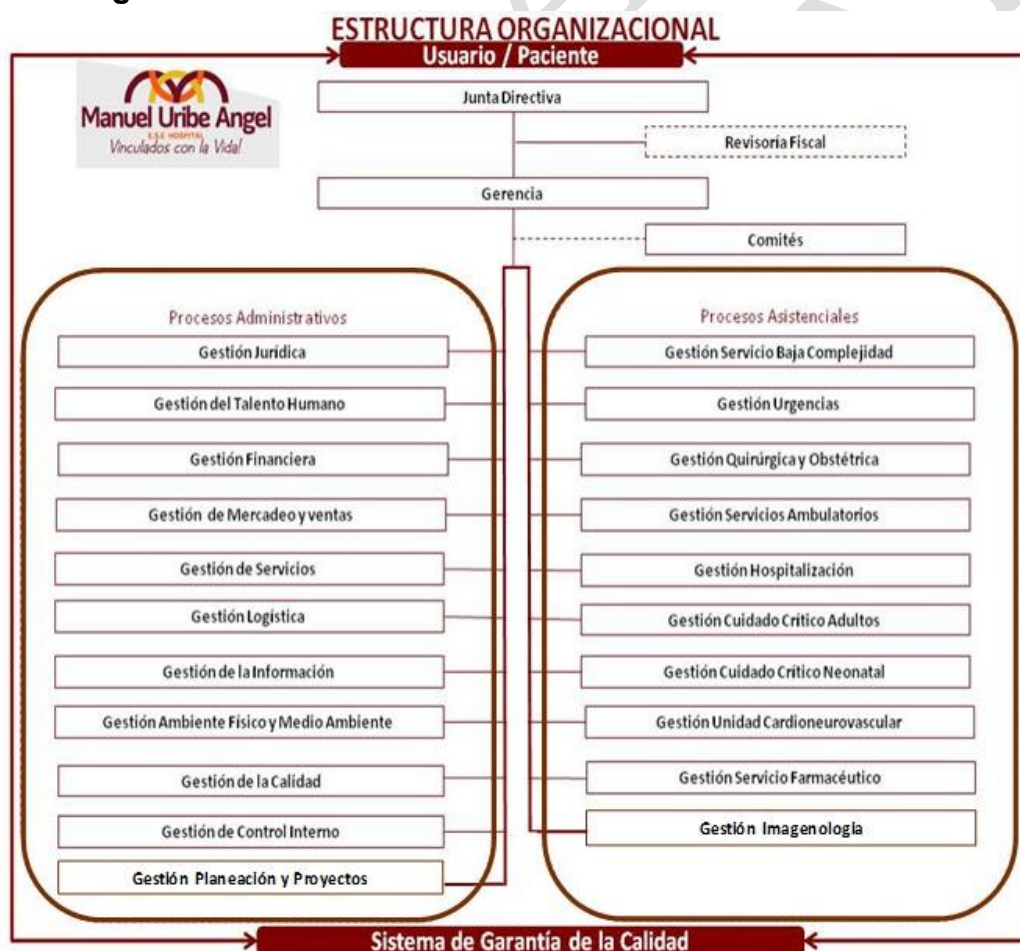
1.1 Visión

Seremos reconocidos como una de las mejores opciones en servicios integrales de salud, referente de un modelo público de excelencia y autosostenibilidad, que está comprometido con el bienestar del ser humano y que se encuentra en permanente crecimiento y conquista de nuevos mercados.

1.2 Misión

Somos una institución prestadora de servicios de salud con énfasis en la alta complejidad, caracterizado por su calidad técnica e innovación y su compromiso con el ser humano, que cuenta con un capital humano que enfoca sus esfuerzos al bienestar del paciente, el mejoramiento continuo y la responsabilidad económica y social de la organización.

1.3 Estructura organizacional

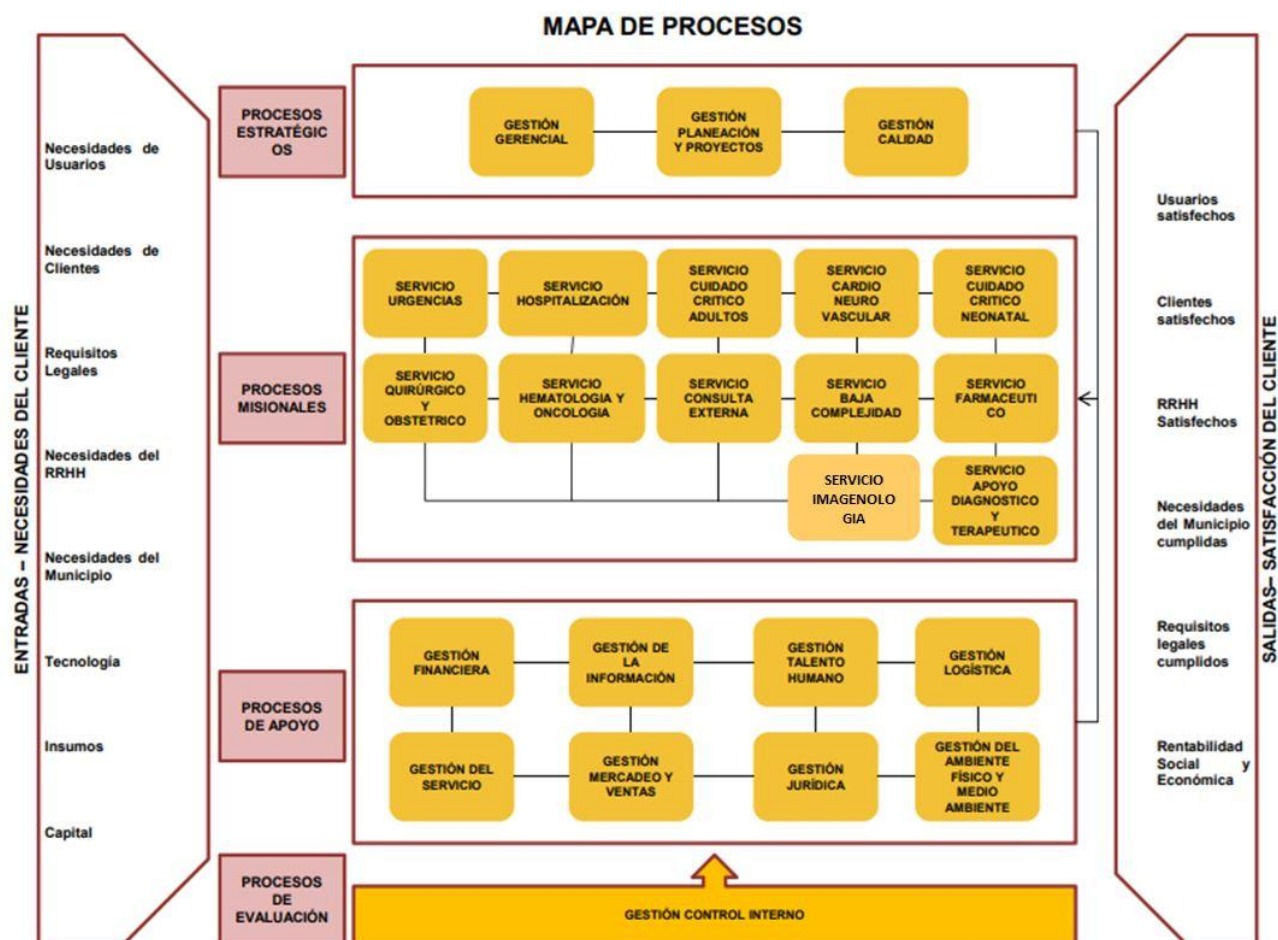


Aprobado mediante Acta N° 006 del 15 de diciembre de 2022

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

1.4 Mapa de Procesos o Cadena de Valor

El Plan de Transparencia y Ética Empresarial y sus componentes aplica transversalmente a todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación definidos por la ESE HMUA, los cuales se representan en el siguiente diagrama, actualizado en 2022 incorporando los procesos de primer nivel de atención y servicio de imagenología:



1.5 Código de Ética e Integridad de la ESE HMUA

Nuestros Principios Institucionales y Valores de Integridad

Principios Institucionales

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



- **Compasión:** Compartir y participar de los tropiezos materiales, personales y espirituales que aquejan a los demás, con el interés y la decisión de emprender acciones que les faciliten y ayuden a superar las condiciones adversas.
- **Lealtad:** Compromiso de defender lo que creemos y en quién creemos.
- **Prudencia:** Reflexionar y a considerar los efectos que pueden producir nuestras palabras y acciones
- **Honestidad:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
- **Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición

Valores Institucionales: Incluyen los valores de Integridad definidos por la Función Pública para los servidores públicos del país.

- **Compromiso:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
- **Diligencia:** Cumpló con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimiza el uso de los recursos del Estado
- **Justicia:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.
- **Liderazgo:** Capacidad de aceptar cambios y desarrollar el potencial del equipo de trabajo con énfasis a la innovación y el cumplimiento de los objetivos institucionales
- **Aprendizaje continuo:** Compromiso continuo de cada una de las personas de la organización, de actualizar sus conocimientos para el logro de las metas individuales e institucionales.
- **Actitud de servicio:** Sensibilidad para entender y responder a las necesidades de los usuarios con calidez, amabilidad, consideración y empatía
- **Responsabilidad:** Asumir el compromiso con el cumplimiento de los objetivos institucionales y las consecuencias de nuestras actuaciones y decisiones

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

“Este Código de Ética e Integridad se aplicará a cualquier funcionario o empleado de la E.S.E o de sus entidades contratistas, incluidos los que han sido seleccionados o designados para desempeñar actividades o funciones en nombre del Hospital o a su servicio, en todos sus niveles jerárquicos.

El ingreso a la E.S.E implica tomar conocimiento del presente Código y asumir el compromiso de su debido cumplimiento”.

1.6 Planeación Estratégica 2024-2027 (a marzo 31 de 2028)

Teniendo en cuenta la estrategia global y la metodología las 4 perspectivas del Modelo Balanced Score Card, se definen las siguiente Líneas y Objetivos Estratégicos para la vigencia 2024-2027 (a marzo 31 de 2028)



Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



DIMENSIÓN ESTRATÉGICA BSC	LINEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO
APRENDIZAJE	LINEA ESTRATÉGICA 1. Aprendizaje, transferencia del conocimiento, bienestar y cultura organizacional	1. Impulsar la excelencia y la innovación a través de la alineación de los componentes que integran la gestión del Talento Humano con los objetivos institucionales y los lineamientos de la cultura organizacional, mediante acciones de mejoramiento continuo en el desarrollo, el reconocimiento, el bienestar y la motivación de los servidores
CLIENTE	LÍNEA ESTRATÉGICA 2 Atención con Calidad Centrada en Usuario y Familia	2. Consolidar a la E.S.E como una institución competitiva fundamentada en principios y valores, que ofrece servicios integrales de salud con énfasis en la excelencia, humanizados, seguros y con resultados clínicos que impacten positivamente en la satisfacción y fidelización de nuestros pacientes, familia y EAPB.
FINANCIERA	LINEA ESTRATÉGICA 3 Gobernabilidad, Sostenibilidad y creación de valor	3. Orientar a la organización como empresa socialmente responsable, hacia una gestión eficaz y eficiente, que genere valor en todas sus partes interesadas, manteniendo la sostenible y rentabilidad financiera, mediante estrategias que conlleven a la optimización de los recursos, la conquista de nuevos mercados y el mejoramiento continuo de la operación institucional.
PROCESOS INTERNOS	LINEA ESTRATÉGICA 4 HMUA competitivo con ambientes seguros, innovación tecnológica e información oportuna y confiable	4. Gestionar los recursos físicos, tecnológicos y medio ambientales necesarios, para lograr ambientes seguros favorables a la prestación de servicios de salud con excelencia, consolidando a la E.S.E como institución competitiva y socialmente responsable

Estas son el referente para la planeación de 4 años consecutivos enfocados en prestar servicios integrales de salud orientados a la excelencia y centrados en el ser humano, una atención con calidad de cara al usuario y su familia, brindando información clara, oportuna y confiable, inculcando el cumplimiento de nuestros principios y valores a través del aprendizaje continuo.

Los objetivos estratégicos están fundamentados en los Principios y Valores Corporativos y son la base para el trabajo y desarrollo de las acciones formuladas en el PAAC – 2023, y la transición a PTEE implementada desde la vigencia 2024.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

Para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, se implementarán los siguientes programas y proyectos:



Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



DIMENSIÓN ESTRATÉGICA	LÍNEA ESTRATÉGICA	PROGRAMA	PROYECTO
APRENDIZAJE	LÍNEA ESTRATÉGICA 1. Aprendizaje, transferencia del conocimiento, bienestar y cultura organizacional	Programa 1 Trascendemos a la excelencia a través de un talento humano satisfecho, competente y orientado a la innovación	Proyecto 1 Gestión estratégica del TH
			Proyecto 2 Gestión de servicios para la integralidad de la atención
CLIENTE	LÍNEA ESTRATÉGICA 2 Atención con Calidad Centrada en Usuario y Familia	Programa 2 Nos comprometemos como Institución al servicio de los pacientes y ciudadanos	Proyecto 3 Gestión de servicios orientados al ciudadano
			Proyecto 4 Impulsamos la excelencia en salud
FINANCIERA	LÍNEA ESTRATÉGICA 3 Gobernabilidad, Sostenibilidad y creación de valor	Programa 3 Desde la gobernanza aportamos a una gestión pública eficiente y eficaz, orientada a la sostenibilidad financiera, la creación de valor y la conquista de nuevos mercados	Proyecto 5 Gobernabilidad y Gestión Administrativa y de recursos Financieros
PROCESOS INTERNOS	LÍNEA ESTRATÉGICA 4 HMUA competitivo con ambientes seguros, innovación tecnológica e información oportuna y confiable	Programa 4 Integramos la gestión Estratégica de los sistemas de información	Proyecto 6 Gestión Estratégica de la Tecnología de la Información y la comunicación
		Programa 5 Gestión Estratégica de la Tecnología y la infraestructura hospitalaria	Proyecto 7 Gestión Documental
			Proyecto 8 Gestión de la tecnología biomédica e industrial
		Programa 6 Cuidando nuestro mundo	Proyecto 9 Gestión y fortalecimiento del Ambiente Físico Hospitalario
			Proyecto 10 Promover la sostenibilidad medio ambiental
		Programa 7 Bienes y servicios para un ambiente hospitalario seguro	Proyecto 11 Gestión Transparente de Bienes y Servicios

En la consolidación de los avances del Plan de Acción Institucional para la vigencia 2024 con 96 de los cuales aplicaron para la vigencia 92 indicadores de gestión, cobertura y satisfacción, tuvo un cumplimiento del 98.53%, así:

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Ejecución por Indicadores y por Proyecto vigencia 2024					
Lineas Estratégicas	Programas	Proyectos	Metas Estratégicas	Indicadores de Gestión, Cobertura y Satisfacción	% cumplimiento Planeación
Aprendizaje, transferencia del conocimiento, bienestar y cultura organizacional	Programa 1: Trascendemos a la excelencia a través de un talento humano satisfecho, competente y orientado a la innovación	Proyecto 1: Gestión estratégica del TH	Talento Humano Competente y satisfecho, comprometido con la excelencia en salud y en la gestión de los procesos y orientado a la innovación	12	99.14%
		Proyecto 2 Gestión de servicios para la integralidad de la atención	Fortalecimiento de la integralidad en la prestación de servicios de salud, que propicien la apertura a nuevos mercados y nuevos modelos de contratación	1	100.00%
Atención con Calidad Centrada en Usuario y Familia	Programa 2: Nos comprometemos como Institución al servicio de los pacientes y ciudadanos	Proyecto 3 Gestión de servicios orientados al ciudadano	Gestión transparente y promoción de una cultura de servicio público fundamentado en la integridad y la legalidad; que logre satisfacer las necesidades del usuario y otras partes interesadas	14	100.00%
			Fortalecimiento de la participación ciudadana		
			Implementar nuevas racionalizaciones de tramites a través de la mejora de procesos, tecnología de la información		
		Proyecto 4 Impulsamos la excelencia en salud	Servicios integrales de salud caracterizados por la calidad técnica y humana que superen las expectativas de nuestros pacientes y generen confianza en otras partes interesadas	17	97.72%
			Recertificación BPE de la central de mezclas parenterales, por parte del INVIMA		
			Certificación en BPM de Gases Medicinales, por parte del INVIMA		
			Fortalecimiento en la implementación de las RIAS		
Fortalecer programas de salud mental para los usuarios					
Gobernabilidad, Sostenibilidad y creación de valor	Programa 3: Desde la gobernanza nos aportamos a una gestión pública eficiente y eficaz, orientada a la sostenibilidad financiera, la creación de valor y la conquista de nuevos mercados	Proyecto 5 Gobernabilidad y Gestión Administrativa y de recursos Financieros	Organización eficiente de procesos, con una administración responsable de recursos y el cumplimiento de las metas institucionales	20	98.61%
			Sostenibilidad financiera		
			Apertura a nuevos mercados y nuevos modelos de contratación		
			Fortalecimiento en la implementación del Sistema Integral de Garantía de la Calidad		
HMUA competitivo con ambientes seguros, innovación tecnológica e información oportuna y confiable	Programa 4: Integramos la gestión Estratégica de los sistemas de información	Proyecto 6 Gestión Estratégica de la Tecnología de la Información y la comunicación	Gestión Estratégico de Tecnología y Sistemas de Información que esté alineado a las estrategias institucionales y que genere valor público y habilite las capacidades y servicios de tecnología necesarios para impulsar las transformaciones y la toma de decisiones de la organización	7	99.31%
		Proyecto 7 Gestión Documental	Gestión archivística y el manejo adecuado de la información que permite identificar, analizar e intervenir aspectos de mayor relevancia en la gestión de la información	2	99.60%
	Programa 5 Gestión Estratégica de la Tecnología y la infraestructura hospitalaria	Proyecto 8 Gestión de la tecnología biomédica e industrial	Disponer de tecnología biomédica e industrial acorde con las necesidades y en cumplimiento de los requisitos normativos, que se asegure la satisfacción del usuario y la prestación de un servicio innovador, seguro y con calidad.	7	100.00%
			Aumentar la capacidad instalada y tecnológica de la Unidad de Cuidados Especiales Cardiovascular		
			Renovación tecnológica de Angiografo		
			Adquisición de nuevas tecnologías en imagenología - Resonador		
			Fortalecer la tecnología biomédica de la Unidad neonatal		
	Proyecto 9 Gestión y fortalecimiento del Ambiente Físico Hospitalario	Fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria, de acuerdo con los requisitos de la resolución 3100 de 2019 - Sistema Único de Habilitación	Ampliación del servicio de central de esterilización	7	97.14%
			Ampliación y adecuación del servicio de cirugía		
			Disponer de instalaciones locativas seguras confortables e incluyentes, que generen bienestar para los pacientes		
	Programa 6: Cuidando nuestro mundo	Proyecto 10 Promover la sostenibilidad del medio ambiental	Consolidar un programa de gestión ambiental que contribuya al cuidado del medio ambiente y a la generación de espacios saludables	5	97.79%
			Fortalecer las acciones institucionales, orientadas a la protección del medio ambiente		
	Programa 7: Bienes y servicios para un ambiente hospitalario seguro	Proyecto 11 Gestión Transparente de Bienes y Servicios	Gestionar plan de adquisiciones de bienes y servicios	4	93.44%
Aumento en la generación de beneficios y aprovechamientos en la adquisición de medicamentos					
Total Indicadores y % de Cumplimiento en la vigencia 2024				96	98.53%
Total Indicadores que aplicaron en la vigencia 2024				92	
Fecha elaboración: por Planeación 31 de enero 2025					

Fecha elaboración: por Planeación 31 de enero 2025.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



1.7 Documentación institucional relacionada.

El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano como herramienta de gestión se enmarca en la planeación estratégica Institucional, los lineamientos y políticas corporativas, así como los diferentes manuales, guías y modelos definidos en la ESE HMUA, los cuales se encuentran publicados en la intranet y pagina web, siendo éstos:

- Plan de Desarrollo Institucional 2024-2027 (a 31 de marzo de 2028)
- Plan de Acción Institucional 2024
- Código de Ética e Integridad
- Manual de Comportamiento y Buen trato
- Manual de Políticas o de Buen Gobierno.
- Manual de Participación Ciudadana
- Política corporativa de gestión general del riesgo
- Proceso de Gestión de la Administración del Riesgo
- Manual y Plan para la Administración del Riesgo
- Manual de Rendición de Cuentas
- Manual de Comunicaciones Internas y Externas
- Guía rendición informes a Entes de Vigilancia y Control
- Modelo Institucional de Mejoramiento Continuo
- Manual de Gestión Integral por Servicios (GIS)
- Normograma Institucional
- Matriz de Riesgos
- Manual de Procesos y Procedimientos: Gestión de Peticiones Quejas y Reclamos, sugerencias y felicitaciones.
- Manual SARLAFT/FPDAM, SICOE.
- Autodiagnósticos de Modelo Integrado de Planeación y Gestión
- Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia anterior 2024, articulado con versión inicial de PTEE y años anteriores:
 - El Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano de la vigencia 2024 contó con 53 actividades e indicadores a gestionar a través de sus seis componentes, con un cumplimiento del 94.00% en 45 actividades, 8 no aplicaron para la vigencia evaluada. Contó con el seguimiento cuatrimestral a través de las 3 líneas de defensa y su publicación en la página web institucional.
 - También se realizó validación en el cumplimiento del reporte SUI (Sistema Único de Información de Trámites) que se realiza al Departamento Administrativo de la Función Pública de manera trimestral respecto a los datos de operación y de los trámites de racionalización, que cumplieron con las estrategias de habilitación SST en página web para iniciar solicitud de trámites en línea.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



La información relacionada con su cumplimiento se encuentra publicada en la página web en formato de Excel con criterios de accesibilidad y disponible en la sección Inicio / Transparencia y acceso a la información pública / Plan de acción, metas y objetivos. En la categoría Informe Plan Anticorrupción <https://www.hospitalmua.gov.co/TransparenciaAccesoInformacion/Paginas/Plan-accion-metas-objetivos.aspx>

- Inicio
- Transparencia y acceso a la información pública
- Atención y servicios a la ciudadanía
- Participa
- ¿Quiénes somos
- Nuestros servicios
- Noticias



Inicio / Transparencia y acceso a información pública / 4.3 Plan de acción, metas y objetivos

4.3 Plan de acción, metas y objetivos

✓ ☐ Nombre Fecha de producción Fecha de modificación Fecha de publicación

» Categoría : Planes Estratégicos del Decreto 612 de 2018 y otros (88)

» Categoría : Plan de Desarrollo Institucional (9)

» Categoría : Plan de Acción Institucional (12)

» Categoría : Matriz del riesgos (7)

» Categoría : Matriz de riesgos de corrupción (7)

Seguimiento a planes de acción, de mejora y de riesgos

✓ ☐ Nombre Fecha de producción Fecha de modificación Fecha de publicación

» Categoría : Evaluación Gestión del Riesgo (18)

» Categoría : Evaluación Plan de Mejoramiento de Procesos (7)

» Categoría : Evaluación Plan Operativo de Procesos (8)

» Categoría : Informe Plan Anticorrupción (20)

» Año : 2024 (3)

	Informe_Plan_Anticorrupcion_y_Atencion_al_Ciudadano_v2_Tercer_cuatrimestre_2024	...	16/01/2025	16/01/2025	16/01/2025
	Informe_Plan_Anticorrupcion_y_Atencion_al_Ciudadano_Segundo_cuatrimestre_2024	...	13/09/2024	13/09/2024	13/09/2024
	Informe_Plan_Anticorrupcion_y_atencion_al_Ciudadano_Primer_cuatrimestre_2024	...	15/05/2024	16/05/2024	16/05/2024

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



2. Objetivos del Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE 2025

2.1 Objetivos General

Establecer e implementar estrategias integrales en la E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel durante la vigencia 2025, orientadas a fortalecer la transparencia, la legalidad y la ética institucional, mediante la articulación de mecanismos de prevención, control y gestión de riesgos de corrupción, fraude, opacidad y soborno. Para ello, se adoptarán acciones para la optimización de trámites, la promoción del acceso a la información pública, el fortalecimiento de la participación ciudadana y la consolidación de una cultura organizacional basada en la integridad y el buen gobierno. Asimismo, se implementarán medidas para la prevención del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo LAFT /PDAM, en cumplimiento de la normativa vigente y de los lineamientos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud, integrando los nueve componentes estratégicos definidos, asegurando la interrelación con el Manual de Prevención de COF y Soborno, el Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR), la Política de Protección al Denunciante y otros mecanismos de divulgación y control. Además, se fomentará el uso de herramientas tecnológicas para la automatización de procesos, la segmentación de riesgos y la gestión eficiente de la información. A través de estas estrategias, se garantizará una gestión pública transparente y eficiente, fortaleciendo la confianza ciudadana, mejorando la satisfacción de los usuarios y asegurando el cumplimiento de los objetivos institucionales y de las políticas estatales en materia de buen gobierno y lucha contra la corrupción.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar y controlar los riesgos de corrupción y del lavado de activos y financiación del terrorismo, que puedan afectar el adecuado cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, la confianza y credibilidad de los usuarios; aplicando mecanismos y herramientas de gestión para el tratamiento, manejo, seguimiento y evaluación de estos.
- Optimizar la eficiencia y accesibilidad en la prestación de servicios, definiendo estrategias de racionalización de trámites que reduzcan costos, tiempos y procesos innecesarios. Se garantizará una atención más ágil y segura, promoviendo el uso eficiente de tecnologías de la información para la gestión de PQRS y el acceso oportuno a datos institucionales, mejorando la satisfacción del usuario y la eficiencia en la gestión pública.
- Fortalecer la participación ciudadana y la rendición de cuentas, promoviendo el diálogo continuo con los grupos de interés mediante espacios de interlocución, audiencias públicas y campañas de sensibilización. Se garantizará el acceso oportuno y transparente a los informes de gestión, la ejecución presupuestal y los resultados de los indicadores institucionales.
- Mejorar la calidad y confianza en la atención al usuario, mediante el diagnóstico, rediseño e implementación de servicios y procedimientos que optimicen la experiencia del usuario. Se priorizará la reducción de tiempos de respuesta en PQRS, la aplicación de acciones

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



preventivas y el manejo adecuado de la información confidencial, fortaleciendo la seguridad y confianza de la ciudadanía.

- Implementar acciones que permitan garantizar el derecho de acceso a la información pública, fortaleciendo la transparencia institucional mediante la actualización y divulgación periódica de información clave. Para ello, se implementarán estrategias de comunicación efectiva y el uso de medios digitales, asegurando la difusión de datos e informes claros, veraces y oportunos. Se promoverá el acceso ágil y equitativo a la información, facilitando el control social y la participación ciudadana en la gestión institucional.
- Promover una cultura de integridad y ética institucional, fomentando el conocimiento y la aplicación de los principios y valores del servicio público. Se implementarán programas de sensibilización, encuestas y estrategias de mejora continua, asegurando la difusión de estos principios desde la incorporación de funcionarios, docentes y estudiantes en la entidad.
- Fomentar la gestión del conocimiento y la innovación institucional, promoviendo la capacitación en metodologías innovadoras, la participación en eventos especializados y la creación de espacios de ideación dentro de las dependencias misionales. Se impulsará una cultura de mejora continua para optimizar los procesos internos y fortalecer la capacidad de respuesta institucional.

2.3 Alcance

La transición del Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel establece las estrategias para la identificación, análisis, valoración, seguimiento y evaluación de los riesgos institucionales. Asimismo, define acciones orientadas a la prevención, monitoreo y control de riesgos asociados a la corrupción, opacidad, fraude y soborno, identificados en diversos procesos de la entidad. Este plan incorpora una estrategia anticorrupción integral, que involucra a la Alta Gerencia, los 21 procesos del hospital y todos los responsables de su implementación. Sus lineamientos y acciones son transversales tanto para los procesos asistenciales y administrativos como para los socios de negocio, incluyendo proveedores, contratistas y demás grupos de interés con relación directa y comercial con la ESE.

3. Antecedentes y Resultados del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) y Programa de Ética y Transparencia Institucional (PTEI) - vigencia 2024

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



COMPONENTE 1: GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN					
Subcomponente / proceso	Actividades		Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente / proceso 1 Política de Administración de Riesgos	1.1.1	Actualizar y socializar el manual del sistema integrado de administración de riesgos (SIGR) , incorporando las modificaciones contenidos en la guía de la función pública V6, particularmente en lo que respecta a riesgo fiscal	Manual actualizado y socializado	Oficina de Planeación	Enero a Diciembre de 2024 (en Informe del segundo seguimiento de planeación a 9 de septiembre modifican fecha quedando de Septiembre a Diciembre)
	1.1.2	Revisar y actualizar el Manual de Supervisión de contratos , así como socializar con los líderes de procesos y supervisores de contratos Para el ultimo cuatrimestre se cambia por la siguiente actividad: Actualización del estatuto de contratación, Res. 1440 de 2024 del Ministerio de Salud	Manual/Instructivo actualizado y socializado	Oficina Jurídica	Enero a Diciembre de 2024 Aplica desde septiembre a diciembre 2024
	1.1.3	Estructurar y divulgar la política de protección a denunciantes en el marco del PTEE	Manual/Instructivo actualizado y socializado	Oficina de Planeación	Enero a Diciembre de 2024
	1.1.4	Actualizar filtros de denuncias y de receptores del buzón virtual de PQRS, relacionado con: * Denuncias COF (corrupción, opacidad y fraude) y soborno, * Conflicto de interés, * Mal uso de los recursos * Falsedad en documentos * Irregularidades en el cumplimiento de políticas * Problemas que afectan la imagen corporativa * Revelación o uso indebido de la información	Actualización herramienta tecnológica	Oficina de Planeación, Oficina Gestión de la Información	Enero a Diciembre de 2024
Subcomponente/ proceso 2 Mapa de Riesgos de Corrupción	1.2.1	Realizar el monitoreo de los mapas de riesgos de procesos y de corrupción de la vigencia 2023-2024	Evaluar mapa de riesgos institucional	Oficina de Planeación y Jefes de Procesos	Enero a Julio de 2024
	1.2.2	Actualizar mapa de riesgos institucional para la vigencia 2024-2025 según análisis de cumplimiento la metodología incorporada por el hospital atendiendo a la normatividad vigente (incluye mesas de trabajo)	Actualizar mapa de riesgos institucional	Oficina de Planeación y Jefes de Procesos	Enero a Julio de 2024
Subcomponente / proceso 3 Consulta y divulgación	1.3.1	Acompañar la apropiación del riesgo en las dependencias y publicar los ajustes	Mesas de trabajo para la adecuación de riesgos y controles	Oficina de Planeación, Oficina de Control Interno y Jefes de Procesos	Enero a Diciembre de 2024
	1.3.2	Elaborar informe de eficiencia y efectividad del PTEE y presentación a la Junta Directiva	Informe elaborado y divulgado	Oficina de Planeación	Enero a Julio de 2024
Subcomponente / proceso 4 Monitoreo o revisión	1.4.1	Actualizar registro de acciones de plan de mejoramiento asociados a riesgos acorde con las auditorías internas y externas	Elaboración de un tablero de control.	Oficina de Planeación	Enero a Diciembre de 2024
Subcomponente/ proceso 5 Seguimiento	1.5.1	Realizar el seguimiento a la gestión institucional y elaborar los informes de	Informes según plan de auditorías de seguimiento.	Oficina de Control Interno	Enero a Diciembre de 2024
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO PRIMER COMPONENTE - GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y MAPA DE RIESGOS					

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



COMPONENTE 2: ANTITRAMITES					
Subcomponente / proceso	Actividades		Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 1 Planificación- Identificación y Priorización de Tramites	2.1.1	Publicar en el SUIIT el Plan de Racionalización de trámites y procedimientos priorizados para el 2024	Publicación en el SUIIT realizada	Oficina de Planeación y oficina de gestión de la información	Enero de 2024
	2.2.1	Realizar las acciones definidas para cumplir con el proceso de optimización de los tramites priorizados y reportados en SUIIT en la vigencia	% cumplimiento del plan de racionalización y optimización de trámites. Meta: >=80%	Oficina de gestión de la información	Enero a Diciembre de 2024
Subcomponente 2 Acciones anti trámites y Controles de tramites y procedimientos	2.2.2	Elaborar el informe de monitoreo a los trámites en proceso de racionalización y optimización con beneficio directo al usuario.	Monitoreo realizado en la plataforma SUIIT, mínimo 3 informes en la vigencia	Oficina de Planeación	Enero a Diciembre de 2024
	2.2.3	Elaborar el informe de seguimiento a los trámites en proceso de racionalización y optimización con beneficio directo al usuario.	Seguimiento y evaluación realizado en la plataforma SUIIT, mínimo 3 informes en la vigencia	Oficina de Control Interno	Enero a Diciembre de 2024
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO SEGUNDO COMPONENTE - ANTITRÁMITES					
COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS					
Subcomponente / proceso	Actividades		Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 1 Información	3.1.1	Publicar el Informe de rendición de cuentas sobre la gestión institucional previo a la audiencia pública.	Informe de rendición de cuentas publicado.	Oficina de Planeación	Enero a Junio de 2024
	3.1.2	Efectuar los reportes de la rendición pública de cuentas ante los entes de vigilancia y control correspondiente	Informe de seguimiento mes a mes	Oficina de Planeación	Enero a Abril de 2024
	3.1.3	Anunciar en medios de comunicación impresos y/o digitales de circulación local, acerca de la audiencia pública de rendición de cuentas	Publicaciones que informen a la comunidad de dicha agenda	Proceso de Comunicaciones	Enero a Junio de 2024
	3.1.4	Seguimiento, actualización y publicación de la información institucional mediante el portal web de la entidad	Portal web actualizado.	Proceso de Comunicaciones	Enero a Diciembre de 2024
Subcomponente 2 Diálogo	3.2.1	Desarrollar la audiencia pública de rendición de cuentas	Audiencia de rendición de cuentas realizada.	Oficina de Planeación - Proceso de comunicaciones	Abril a Julio de 2024
	3.2.2	Desarrollar espacios (uno) de diálogo de saberes y participación incluyente en los que la ciudadanía se acerca a trámites	Informe de un espacio de diálogo realizado.	Proceso de Comunicaciones, Atención al Usuario, Planeación	Enero a Diciembre de 2024
Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3.3.1	Elaborar y publicar la agenda de espacios de dialogo y los resultados de los mismos	Agenda, informes elaborados y publicados	Oficina de Planeación	Junio a Diciembre de 2024
	3.3.2	Elaborar y publicar la agenda de espacios de dialogo y los resultados de los mismos - Plan de Participación Social en Salud	Agenda, informes elaborados y publicados	Proceso de atención al usuario, Mercadeo y Ventas	Enero a Diciembre de 2024
	3.3.3	Realizar seguimiento a los compromisos generados de los espacios de diálogo desarrollados	Informes de seguimiento a compromisos.	Oficina de Planeación, Mercadeo y Ventas (Oficina de Atención al Usuario)	Enero a Diciembre de 2024
	3.3.4	Adherencia del hospital al sistema nacional de rendición de cuentas (SNRdC)	Reporte en el SNRdC	Oficina de Planeación	Junio a Diciembre de 2024
Subcomponente 3 Participación Ciudadana	3.4.1	Realizar talleres de sensibilización y ambientación sobre la construcción de la planeación estratégica 2024-2027	Talleres realizados	Oficina de planeación y oficina de mercadeo y ventas (atención al usuario)	Abril a Julio de 2024

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



COMPONENTE 4: SERVICIO AL CIUDADANO					
Subcomponente / proceso		Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 1 Planeación estratégica del servicio al ciudadano	4.1.1	Implementar y realizar seguimiento trimestral a las acciones priorizadas definidas en el Plan de Participación Social en Salud de la vigencia, acorde a los lineamientos de MinSalud	Informes de cumplimiento trimestral	Oficina Mercadeo y Ventas (proceso atención al Usuario)	Enero a Diciembre de 2024
	4.2.1	Realizar capacitaciones presenciales y virtual en formatos diferentes a la plataforma institucional de capacitaciones, en las siguientes temáticas: Código de Ética e Integridad, Conflicto e intereses, programa de humanización (cuidando al cuidador y estrategia de servicio) para fortalecer los valores en los servidores públicos y la cultura organizacional	* Realizar auditoría como mínimo al 10% del personal para verificación de conocimientos relacionados con código de Ética e Integridad, Conflicto e intereses, programa de humanización * Lograr como mínimo el 50% del personal de la ESE capacitado en actividades presenciales y virtuales diferentes a la plataforma institucional de capacitaciones	Oficina Talento Humano y Oficina de Mercadeo y Ventas	Enero a Diciembre de 2024
Subcomponente 3 Gestión de relacionamiento con los ciudadanos- Normativos y Procedimental	4.3.1	Identificar y gestionar los requerimientos de tramites y evaluación de los tramites, con el fin de mejorar el servicio de atención al ciudadano	Identificación de acciones para mejorar el servicio de atención al ciudadano.	Oficina de Planeación	Enero a Diciembre de 2024
	4.3.2	Revisar es esquema del normagrama de la ESE y modificarlo a un esquema mas digital y de facil consulta y acceso	Normograma actualizado en la nueva versión o con nuevos criterios de accesibilidad en web	Oficina Gestión Jurídica	Enero a Diciembre de 2024
	4.3.3	Mejorar, incentivar y realizar seguimiento a la efectividad del uso del aplicativo web y medios electrónicos para de gestión de PQRSD ,	Informe de PQRSD % uso de medios electronicos con respecto al uso de otros canales >= vigencia anterior (10%)	Oficina Mercadeo y Ventas (Proceso Atención al usuario)	Enero a Diciembre de 2024
Subcomponente 4 Evaluación de gestión y medición de la percepción ciudadana	4.4.1	Realizar seguimiento trimestre vencido a la información de formularios de participación ciudadana	Gestión de información de los formularios de participación ciudadana	Oficina de Planeación y Submesa de Gobierno Digital - Oficina Mercadeo y Ventas (Proceso Atención al usuario)	Enero a Diciembre de 2024
	4.4.2	Elaborar el informe de ejecución de planes de mejora a las PQRSD y publicar en página web el indice de percepción de satisfacción de los usuarios en forma trimestral	Total informes publicados en la web con reporte en la oportunidad en respuesta de peticiones, quejas y reclamos - PQRSD incluyendo el total de peticiones negadas y las trasladadas al no ser de competencia de la E.S.E. (meta: 4 informes- trimestrales)	Oficina Mercadeo y Ventas (Proceso Atención al usuario) - Oficina de Control Interno	Enero a Diciembre de 2024
Subcomponente 5 Conocimiento de Servicio al Ciudadano	4.5.1	Actualizar informe de caracterización de usuarios , involucrando información por especialidad y aseguradora	Informe de caracterización	Oficina de Planeación, Sistemas de Información y Mercadeo y Ventas	Octubre de 2024
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO CUARTO COMPONENTE - SERVICIO AL CIUDADANO					

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



COMPONENTE 5: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN (Ley 1712/2014)					
Subcomponente / proceso		Actividades	Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	5.1.1	Crear e implementar la tabla de retención documental para publicaciones web del hospital, dando cumplimiento a la Matriz ITA Ley 1712 de 2014. Para el ultimo cuatrimestre se cambia por la siguiente actividad: Actualización periódica del esquema de publicaciones y de los contenidos en cumplimiento a la Matriz ITA Ley 1712 de 2014	Tabla de retención documental de documntos en página web se modifica por: Actualización cuatrimestral del esquema de publicación de la ESE en página web.	Submesa de Gobierno Digital (Control Interno, Planeación, Comunicaciones y otros procesos relacionados)	Enero a Diciembre de 2024 Aplica desde septiembre a diciembre 2024
	5.1.2	Actualizar permanentemente la información del menú transparencia de acuerdo a la Resolución 1519 de 2020 (Anexo 2. Servicio al ciudadano y menú participa, Anexo 4. Datos abiertos)	Menú transparencia actualizado , menú de servicio al ciudadano y menú participa	Gestión Mercadeo y Ventas, Comunicaciones y Atención al Usuario	Enero a Diciembre de 2024
	5.1.3	Incorporar en el plan de auditoría de control interno , el seguimiento a los criterios de accesibilidad	Informe de adherencia cuatrimestral	Oficina de Control Interno	Enero a Abril de 2024
Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	5.2.1	Publicar en el portal web institucional, previa visto bueno de las áreas, los documentos diagramados . (Manuales, guías)	Documentos diagramados y publicados que se hayan incluido en el programa de actualización documental de la vigencia y que haya priorizado la submesa de gobierno digital en el numeral 1.9 de Transparencia	Oficina gestión de la calidad y jefes de procesos	Enero a Diciembre de 2024
	5.2.1	Producir y difundir comunicados de prensa y materiales periodísticos incluyendo Boletín MUA Q'nota digital de manera mensual .	Material informativo diseñado y publicado acorde con el plan de comunicaciones de la vigencia 2024	Oficina de Comunicaciones	Enero a Diciembre de 2024
Subcomponente 3 Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información	5.3.1	Actualizar los instrumentos de gestión de la información de acuerdo a la ley 1712 de 2014.(Datos abiertos)	Instrumentos actualizados (activos de la información en gov.co).	Oficina Sistemas de Información	Enero a Diciembre de 2024
Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	5.4.1	Crear y/o actualizar los micrositios de la entidad a través de contenidos informativos para facilitar la interacción de la información de carácter público a cargo del hospital con nuestros grupos de valor, incluyendo lineamientos mínimos en temas de accesibilidad y usabilidad . (Resolución 1519 de 2021, anexo 1 Accesibilidad web y en cumplimiento de la NTC 5854)	* Micrositios actualizados. * Control de registros de recepción de solicitudes, devoluciones y publicación de información con cumplimiento de critrios de accesibilidad y lenguaje claro para las nuevas producciones de la vigencia 2024	Oficina Gestión de la Información, oficina de comunicaciones y todos los procesos involucrados con publicaciones	Enero a Diciembre de 2024
	5.4.2	Incorporar en el plan de reinducciones , las capacitaciones de accesibilidad y lenguaje claro	Más del 90% del personal del hospital capacitado	Oficina de Comunicaciones y Gestión de Talento Humano	Enero a Diciembre de 2024
Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.5.1	Seguimiento y actualización de la información institucional mediante matriz de responsabilidades Índice de Transparencia y Acceso a la Información - ITA	Portal web con requerimientos ITA actualizado.	Oficina de Planeación	Enero a Diciembre de 2024
Subcomponente 6 Transparencia colaborativa	5.6.1	Realizar medición del Modelo Integrado de Planeación y Gestión vigencia 2023-2024 , y socializar los resultados	Modelo actualizado	Oficina de Planeación	Enero a Diciembre de 2024
Subcomponente 7 Transparencia focalizada	5.7.1	Elaborar y publicar el informe de Ley de Cuotas, Estado Joven, Inclusión y Diversidad	Informe publicado	Oficina Gestión Talento Humano	Enero a Abril de 2024
Subcomponente 8 Gestión documental	5.8.1	Elaborar informe diagnóstico del proyecto para el fortalecimiento del documento electrónico y digital .	Informe de resultados de la implementación de la estrategia.	Oficina gestión de la información (proceso de gestión documental)	Enero a Agosto de 2024
	5.8.2	Elaborar y socializar a cada proceso el resultado del diagnostico documental de su competencia	1 Diagnóstico documental elaborado y socializado.	Oficina gestión de la información (proceso de gestión documental)	Enero a Noviembre de 2024
	5.8.1	Realizar seguimiento del inventario de eliminación documental , en el portal web de la entidad (actas de la submesa de gobierno digital)	1 Inventario de eliminación documental publicado	Oficina gestión de la información (proceso de gestión documental)	Junio a Agosto de 2024
de 81		Edición: 7		TGE009	
Subcomponente 9 Participación Ciudadana	5.9.1	Encuestar al cliente interno y externo acerca de su percepción acerca de la transparencia y el acceso a la información disponible en la página web de la ESE .	Encuesta realizada	oficina de mercadeo y ventas (proceso de comunicaciones)	Enero a Diciembre de 2024

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



COMPONENTE 6: ADICIONAL DE INTEGRIDAD					
Subcomponente / proceso	Actividades		Indicador y meta	Responsable	Fecha Ejecución
Subcomponente 1 Implementación del código de integridad	6.1.1	Socializar piezas gráficas relacionadas con el código de ética e integridad , así como de conflicto de intereses , con el fin de sensibilizar a los servidores públicos	Piezas graficas socializadas	Oficina Gestión Talento Humano	Enero a Diciembre de 2024
	6.1.2	Realizar seguimiento para que los funcionarios de la entidad realicen la actualización de su hoja de vida de funcionario público en SIGEP	Reportes de seguimiento, 100% de cumplimiento	Oficina Gestión Talento Humano	Enero a Diciembre de 2024
	6.1.3	Realizar seguimiento para que los funcionarios de la entidad realicen el diligenciamiento del formato de bienes y rentas y de conflicto de intereses	Reportes de seguimiento, 100% de cumplimiento	Oficina Gestión Talento Humano	Enero a Diciembre de 2024
	6.1.4	Realizar seguimiento para que los futuros contratistas de conformidad a la lista de chequeo para la suscripción de contratos de prestación de servicios de la entidad realicen el diligenciamiento del formato de bienes y rentas y de conflicto de intereses , antes de la suscripción del contrato.	100% de adherencia según el numero de contratos suscritos	Oficina Gestión Talento Humano	Enero a Diciembre de 2024
	6.1.5	Realizar seguimiento a las Personas Expuestas Políticamente - PEP para que diligencien la información en el aplicativo por la integridad , de acuerdo al Decreto 830 de 2021.	Reportes de seguimiento.	Oficina Gestión Talento Humano	Enero a Diciembre de 2024
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO SEXTO COMPONENTE - INTEGRIDAD					

Componentes del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano PAAC 2024 Programa de Transparencia y Ética Institucional- PTEI	Número de Actividades	Número de Indicadores	% cumple
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción	7	7	79.4%
Componente 2: Antitrámites	4	4	91.67%
Componente 3: Rendición de cuentas	9	9	100.00%
Componente 4: Servicio al Ciudadano	8	8	100.00%
Componente 5: Transparencia y Acceso a la Información	12	12	97.26%
Componente 6: Adicional - Integridad	5	5	88.09%
Promedio de Cumplimiento (%) (53 actividades)	45	45	94.00%

Rangos de evaluación para 2024	Total indicadores
>=90%	38
>65% y <90%	4
<=65%	2
Total de indicadores que aplican al periodo:	44
No aplica (N/A) por periodo o planeación	8

3.1 Componente 1: Gestión de los Riesgos de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción.

3.1.1. Contexto para la Gestión de los Riesgos en la ESE HMUA

La Gestión del Riesgo de Corrupción y de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo le permite a la entidad a partir del análisis de un contexto interno y externo, identificar, analizar y

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



definir controles para posibles hechos generadores de corrupción o ser utilizada para el logro de fines ilícitos, que buscan dar apariencia de legalidad a los activos proveniente de actividades delictivas o canalizar los recursos ilícitos o lícitos con destino a la realización de actividades terroristas, conocidos como riesgos LA/FT.

A partir del 1 de enero de 2017, se fusionan la ESE Hospital Santa Gertrudis con la ESE HMUA, integrándose los servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de complejidad, requiriendo entre otros, revisar y ajustar el proceso para la administración de los riesgos, involucrando la sede Santa Gertrudis y las cinco (5) Unidades de Atención (UBAS).

Para octubre de 2016, la ESE HMUA en cumplimiento de la Circular 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y con la aprobación por la Junta Directiva de la ESE, incorporó las Políticas y procedimiento para la administración de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo, e incorpora a partir del 2017 diferentes estrategias para la gestión de estos riesgos, los cuales de acuerdo a su naturaleza son considerados riesgos de corrupción y por lo tanto deberán incorporarse de manera sistemática a las acciones definidas para la valoración y control de los riesgos de corrupción, ajustándose tanto a la metodología definida por el DAFP como a la establecida por la UIAF (Unidad de Información y Análisis Financiero) y la Superintendencia Financiera. En la vigencia 2019, para la gestión de riesgos de procesos y riesgos de corrupción, la E.S.E ajusta el *Manual e Instructivo para la Administración de los Riesgos* y diseña e implementa un aplicativo de gestión de riesgos institucional, el cual cumple con todos los lineamientos de la *Guía del DAFP publicada en octubre 2018*. En la vigencia 2021, la E.S.E. hizo actualización del aplicativo de gestión de riesgos, con base en los lineamientos de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – Versión 5, publicada por el DAFP en diciembre de 2020, finalmente para la vigencia 2022 se incorporó el sexto componente con acciones específicas en integridad y participación social en salud. En la vigencia 2023, se realizó la actualización y articulación del código de conducta y buen gobierno (CE 003 de 2018), SARLAFT (CE 009 de 2016), sistema integrado de gestión de riesgos (CE 4-5 de 2021), subsistema COF (CE 5-5 de 2021), Soborno (PTEI, CE 53-5 de 2022) e incorporación de Riesgos Fiscales según la guía 6 del DAFP y se trabajó en el fortalecimiento del proceso de segmentación de clientes y contrapartes a través de la práctica de análisis de solvencia moral y financiera.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

Segmentación de socios de negocio



La E.S.E como institución prestadora de servicios de salud, no se puede negar a la atención de los pacientes, por lo cual frente a los riesgos LAFT asociados a los usuarios, se refuerzan controles, con el único fin de hacer reporte de eventos a la UIAF

En cuanto a los avances en la Implementación de los Riesgos SARLAFT/FPADM- SICOF vigencia 2023, a partir del aplicativo de la Supersalud para el Autodiagnóstico sobre la implementación de los Subsistemas de Riesgos definidos en la Circular 5-5 de 2021, se realizó la verificación de los mínimos para los Subsistemas de Riesgos SICOF y SARLAFT, en el 2023, el nivel de implementación a nivel del Gobierno Corporativo de los Subsistemas de Riesgos SICOF y SARLAFT: **87,14%** con 13 de 14 criterios evaluados, del Subsistemas de Riesgos SARLAFT: **96,05%** con 36,5 de 38 criterios evaluados y en cuanto a el nivel de implementación del Subsistemas de Riesgos SICOF que inicio en septiembre 2022, cumple en **85,14%** con 31,5 de 37 criterios evaluados.

En la vigencia 2024, Acorde a la Resolución 2279 de octubre 2024 de la ESE, se aprobó la modificación del PAAC, adoptándose las actividades formuladas en el PAAC 2024 versión 2, en donde se trabajó el PAAC en conjunto con el PTEI, siendo el componente de Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción trabajado a través de 10 indicadores de gestión inicialmente los cuales al cierre de la vigencia quedan 7 con una calificación del 79.4%. Además se dio continuidad a la gestión del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos a través de la verificación de la gestión de los subsistemas de Riesgos definidos en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, se realizó la verificación de los mínimos para los Subsistemas de Riesgos del Sistema Integrado de Corrupción, Opacidad y Fraude, así como del Sistema de Administración de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM) implementado con la CE 009 de 2016 modificada por la CE

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y en articulación con los otros subsistemas de gestión de riesgo a saber: Salud, Operacional, Actuarial, Crédito, Liquidez, Fiscal, Mercado de Capitales, Grupo dando cumplimiento a la CE 20211700000004-5 de 2021, los riesgos de Seguridad Digital contempladas en el Decreto 1083 de 2015, con el Código de Conducta y Buen Gobierno que da cumplimiento a los lineamientos de la Circular 003 de 2018 y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial en relación con la CE 2023151000000053-5 de 2023 que atiende a los compromisos de la Ley 2195 de 2023, este último en articulación con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, definido para la vigencia 2024.

A nivel de Gobierno Corporativo se resaltan las siguientes fortalezas

- La Matriz de Riesgos digital, facilita la gestión de los 11 Subsistemas de riesgos. La integración de todos los riesgos en una misma matriz para implementar las 4 etapas según directrices de la Guía versión 6 de diciembre 2022 de la Función Pública.
- Se cuenta con un sistema de alertas tempranas, que facilite la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias.
- La Plataforma digital “Informa Colombia”, como proveedor de la base de datos, permite la consulta de las listas restrictivas, información financiera y comercial, facilita la formulación de recomendaciones y observaciones.
- Los controles implementados por el oficial de cumplimiento en la debida diligencia, permiten un adecuado control a la negociación con partes interesadas y genera alertas para la toma de decisiones.
- Como valor agregado, el Oficial de Cumplimiento, alerta a los proceso de Gestión Logística y a Jurídica, de los proveedores con los cuales se debería formalizar un contrato.
- El cumplimiento de los tres (3) reportes mensuales a la UIAF durante los 12 meses de la vigencia, con la debida oportunidad, evitando sanciones.
- La expedición de la Resolución 2062 de septiembre 2024 de la ESE, con los requisitos, funciones del Cumplimiento y el Suplente, asignando responsabilidades en materia del SARLAFT, el SICOF y el PTEE.

Panorama sobre posibles hechos susceptibles de corrupción o de actos de corrupción que se han presentado en la entidad

La E.S.E. HMUA cada año identifica, analiza y evalúa los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos de la Institución de acuerdo al contexto de la empresa, estableciendo acciones de control preventivas y coyunturales para aquellos cuya valoración del riesgo residual sea Extremo y Alto, también a consideración de cada líder, aplicando para ello la Matriz de Riesgos por cada proceso, de la cual se configura la matriz de riesgos institucional y la Matriz de los Riesgos de Corrupción.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Para la identificación y priorización de los riesgos, se toman en cuenta los informes de la Oficina de Gestión Jurídica de la ESE, responsable del Control Interno Disciplinario en cumplimiento de la Ley 734 de 2002 y las sugerencias de la Oficina de Control Interno.

La matriz de riesgos de corrupción del 2024 se actualiza con base en hechos susceptibles de corrupción y por conocimientos de experiencias en otras instituciones de los funcionarios que participaron en su elaboración.

3.1.2. Eficiencia y efectividad a través del sistema integrado de gestión de riesgos:

Durante el año 2022, 2023 y 2024, se implementaron diferentes estrategias para el logro de los planes de acción, así como los diferentes controles y planes de mejoramiento para evitar la materialización de los riesgos, incluidos los de corrupción, destacándose la socializando permanente a través de la plataforma educativa del Código de Ética, el Manual de Comportamiento y Buen Trato, el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, el sistema de administración de los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo y las Políticas Institucionales, como la de gestión de riesgos.

La evaluación conjunta entre los Líderes de los procesos administrativos y clínicos del hospital, sus equipos de apoyo, el Jefe de Planeación y Proyectos como segunda línea de defensa y la Jefe de la Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa, permitieron actualizar las clasificaciones de los riesgos por procesos según lo definió la Superintendencia de Salud, así:



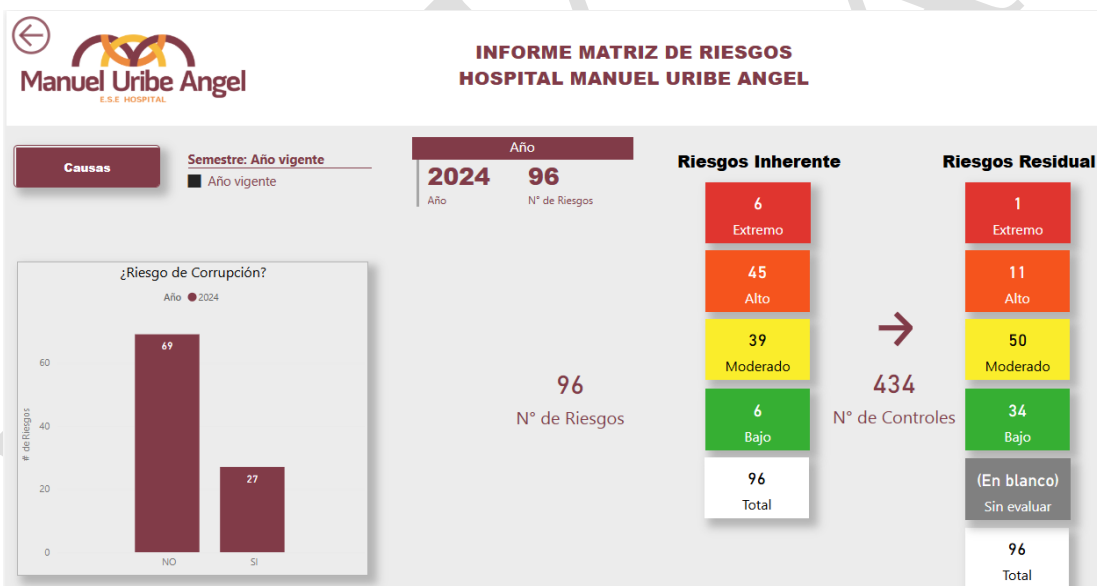
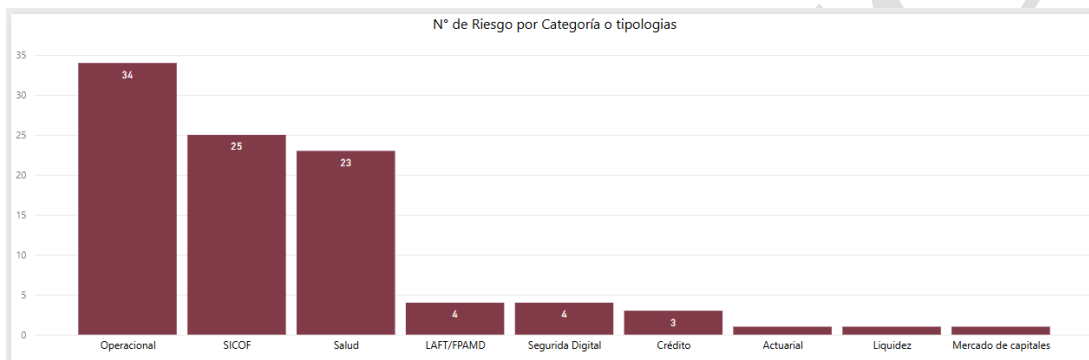
Se cuenta desde la vigencia 2022 con 10 subsistemas de riesgos, dos de ellos con oficial de cumplimiento, identificar los costos en la medida que se materializan o con historial de al menos tres años, identificando indicadores de gestión y de resultados y asignando planes de contingencia.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



En la vigencia 2024 se continúan con los 10 subsistemas de riesgos, así riesgos operacionales, actuarial, crédito, LAFT/FPDAM, Liquidez, Mercado de capitales, Salud, Seguridad digital, SICOF y riesgos de soborno.

Mapa de Riesgos de los 21 Procesos Institucionales 2024



A través de una herramienta institucional tipo base de datos, se logró depurar, consolidar y diseñar los riesgos, con 96 riesgos identificados (27 de los cuales cumplen criterios de riesgos de corrupción) para los 10 subsistemas de riesgo y los 434 controles, en comparación, teniendo en cuenta el diseño y ejecución de controles histórico hasta la evaluación diagnóstica del periodo 2023-2024, con identificación y diseño de mayor precisión y retos actuales.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



3.1.3. Enfoque del Plan Anticorrupción para la administración de riesgos de corrupción y de lavado de activos y financiación del terrorismo

La E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel basado en el documento Guía del DAFP, “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-2012” y actualizado para el 2015, establece el incorporar en el documento, “*Manual e Instructivo para la Administración de Riesgos*”, los pasos tanto para la Gestión de los Riesgos de Gestión como de los Riesgos de Corrupción y de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, con aspectos diferenciadores muy puntuales en la valoración del impacto.

Desde el 2017 se incorporan los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo correlacionando a la metodología de gestión de riesgos del DAFP, la expuesta en la Circular 009 del 2016 por la SNS, con la cual se identifican los riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo a través de la determinación de los escenarios probables de operaciones sospechosas o inusuales con los clientes y/o contrapartes que tenga la institución y por consiguiente de la implementación de estrategias para prevenir las consecuencias legales, reputacional, operacionales y de contagio que acarrearía la materialización de éstos.

Para mayo de 2019 de acuerdo a una de las estrategias definidas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano se actualiza el Manual e Instructivo de Administración de Riesgos de la ESE, acatando en gran parte los lineamientos del DAFP dados en la *Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles*, Versión-4 de octubre 2018

Para la vigencia 2021, se actualizó el Manual e Instructivo de Administración de Riesgos de la ESE, de acuerdo a la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5” del DAFP publicada en diciembre de 2020 y la Guía de MinTIC para la administración de los riesgos de seguridad de la información. (Ver Manual en la web e intranet de la ESE).

Consecuente con la actualización del manual se define actualizar el aplicativo y automatizarlo, dejando el aplicativo en Excel, como herramienta de trabajo para la gestión de los riesgos desde el 2008 a 2018, buscando un ejercicio más dinámico e interactivo para la gestión y administración de los riesgos identificados para la vigencia 2019, 2020 y 2021, facilitando la actualización permanente, la consulta e inclusión de nuevos riesgos, factores contribuyentes o controles, por parte de los líderes de los procesos.

Para el año 2022 se realizó el cambio del oficial de cumplimiento principal, entregándose esta responsabilidad al Jefe de la oficina de planeación y proyectos, con amplia experiencia en la gestión de riesgos, incluyendo los análisis de debida diligencia a través de los componentes del análisis de la situación comercial, financiera y validación de listas cautelares, esto aunado al cambio de la base de datos de consulta, permitirá consolidar la información más fidedigna, para la segmentación de riesgos, retroalimentación a otros procesos y a entes de control.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Anexo 1: Mapa-Matriz de riesgos de corrupción por procesos 2023-2024 (Vigente entre el 01 de Julio de 2023 y el 30 de junio de 2024), que se publica en web sección Inicio / Transparencia y acceso a información pública / 4.3 Plan de acción, metas y objetivos. En la categoría Matriz de Riesgos, como se visualiza a continuación:

GOV.CO

Manuel Uribe Angel E.S.E. HOSPITAL Vinculados con la Vida!

Buscar en la entidad

Inicio Transparencia y acceso a la información pública Atención y servicios a la ciudadanía Particpa Quiénes somos Nuestros servicios Noticias

4.3 Plan de acción, metas y objetivos

✓	Nombre	Fecha de producción	Fecha de modificación	Fecha de publicación
▸	Categoría : Planes Estratégicos del Decreto 612 de 2018 y otros (88)			
▸	Categoría : Plan de Desarrollo Institucional (9)			
▸	Categoría : Plan de Acción Institucional (12)			
▸	Categoría : Matriz del riesgos (7)			
▸	Categoría : Matriz de riesgos de corrupción (7)			
▸	Año : 2023 (2)			
📄	Matriz_Riesgos_de_Corupcion_2023_2024_version1	14/09/2023	15/09/2023	15/09/2023
📄	Matriz_Riesgos_de_Corupcion_2023_2024	04/08/2023	08/08/2023	08/08/2023

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2023



3.2 Componente 2: Anti trámites - Racionalización de Trámites

En la Vigencia 2024 se continua con el plan de racionalización de tramites de la Vigencia 2023 publicado en la plataforma SUIT. Se encuentran publicadas 4 acciones de racionalización, los cuales fueron concertados con la jefe de Sistemas de información, así:

- Gestión Citas Web
- Gestión Terapias Web: ibidem citas web
- Descarga de exámenes de laboratorio Web
- Descarga de exámenes de imagenología web.

DATOS TRÁMITES A RACIONALIZAR				ACCIONES DE RACIONALIZACIÓN A DESARROLLAR				
Tipo	Número	Nombre	Estado	Situación actual	Mejora a implementar	Beneficio al ciudadano y/o entidad	Tipo racionalización	Acciones racionalización
Modelo Único – Hijo	58093	Asignación de cita para la prestación de servicios en salud	Inscrito	En el año 2022 ingresaron 160886 llamadas al servicio de call center (inhouse y outhouse) de las cuales se tuvo efectividad del 58.44% y la tasa de abandono fue del 41.56%, el AHT fue de 4:35 minutos y tiempo ASA 19:27 minutos.	Implementación de modulo de software asociado al ERP que permite el agendamiento web directamente por parte del usuario, dando cumplimiento a todos los requisitos de ley. Al mismo tiempo se ampliará la capacidad en infraestructura, talento humano y nivel de servicio para disminuir los días de espera para que la prestación del servicio una vez haya sido agendado.	Mejora oportunidad en el agendamiento, modificación, cancelación de citas web y de terapia.	Tecnologica	Atención o asesoría virtual a través de plataformas tecnológicas
Modelo Único – Hijo	58142	Examen de laboratorio clínico	Inscrito	Usuarios deben desplazarse hacia el hospital para solicitar la impresión de los resultados de laboratorio, lo que redundo en costos de tiempo, transporte para el usuario y en otros asociados para el hospital incluyendo ahorros en papelería, personal para la atención exclusiva de esta población y evitar posibles contagios en el entorno hospitalario	Implementación de un nuevo software especializado el laboratorio que tendrá un desarrollo en interoperabilidad con el ERP del hospital, y que uno de sus productos será la consulta de resultados de laboratorio vía web la población así como el riesgo inherente a la presencia en una institución hospitalaria	Resultados en línea, mayor accesibilidad de la población y disminución de tiempos de desplazamiento con sus costos asociados	Tecnologica	Atención o asesoría virtual a través de plataformas tecnológicas
Modelo Único – Hijo	58416	Terapia	Inscrito	En el año 2022 ingresaron 160886 llamadas al servicio de call center (inhouse y outhouse) de las cuales se tuvo efectividad del 58.44% y la tasa de abandono fue del 41.56%, el AHT fue de 4:35 minutos y tiempo ASA 19:27 minutos.	Implementación de modulo de software asociado al ERP que permite el agendamiento web directamente por parte del usuario, dando cumplimiento a todos los requisitos de ley. Al mismo tiempo se ampliará la capacidad en infraestructura, talento humano y nivel de servicio para disminuir los días de espera para que la prestación del servicio una vez haya sido agendado	Mejora oportunidad en el agendamiento, modificación, cancelación de citas web y de terapia.	Tecnologica	Atención o asesoría virtual a través de plataformas tecnológicas
Modelo Único – Hijo	62291	Radiología e imágenes diagnósticas	Inscrito	Usuarios deben desplazarse hacia el hospital para solicitar la impresión de los resultados de imágenes diagnósticas (rayos x, tomografía, ecografía), lo que redundo en costos de tiempo, transporte para el usuario y en otros asociados para el hospital incluyendo ahorros en papelería, personal administrativo, de aseo y vigilancia y evitar el riesgo para la población por su interacción en entornos hospitalarios	A través del software ERP que se dispone, junto con la implementación ya realizadas en PACS permitirá las conexiones para descarga de resultados web	Resultados en línea, mayor accesibilidad de la población y disminución de tiempos de desplazamiento con sus costos asociados	Tecnologica	Atención o asesoría virtual a través de plataformas tecnológicas

3.2.1 Gestión del Plan de Racionalización – Vigencia 2024

En la ejecución del Plan de Racionalización para la vigencia 2024, se establecieron cuatro estrategias. De estas, una relacionada con la consulta de imágenes diagnósticas en la web ya se implementaba desde octubre de 2023, quedando pendiente únicamente la medición de la percepción del usuario sobre este servicio.

Por otra parte, dos estrategias relacionadas con la asignación de citas por la web (terapia y consultas) fueron suspendidas y retiradas de la programación. Según el informe de la jefe del Proceso de Gestión de la Información, estas actividades no fueron incluidas en el convenio con el nuevo proveedor, debido a la falta de disponibilidad y recursos para su ejecución.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



La única estrategia en curso durante 2024 fue la consulta de resultados de exámenes de laboratorio en la web. Se logró la aprobación de pruebas de prototipos con los dos proveedores de software involucrados, con el lanzamiento previsto para el primer bimestre de 2025.

Dado este contexto, el Plan de Racionalización fue actualizado, manteniendo solo una estrategia activa. Para la Oficina de Control Interno (OCI), la actividad se considera cumplida al 100%, ya que la información publicada en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT) refleja la realidad institucional.

**FUNCIÓN PÚBLICA**



Fecha generación : 2025-01-09

Nombre de la entidad:

HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL -ENVIGADO

Sector administrativo:

NO APLICA

Departamento:

ANTIOQUIA

Municipio:

ENVIGADO

Orden:

TERRITORIAL

Año vigencia:

2025

Consolidado estrategia de racionalización de trámites

DATOS TRÁMITES A RACIONALIZAR				ACCIONES DE RACIONALIZACIÓN A DESARROLLAR					PLAN DE EJECUCIÓN			
Tipo	Número	Nombre	Estado	Situación actual	Mejora por implementar	Beneficio al ciudadano o entidad	Tipo racionalización	Acciones racionalización	Fecha inicio	Fecha final racionalización	Responsable	Justificación
Modelo Único - Hijo	58142	Examen de laboratorio clínico	Inscrito	Se cuenta con pruebas ejecutadas al 100%, disponible para puesta en producción, socialización a la comunidad y posterior evaluación de la percepción a esta racionalización	Implementar etapa 2 a la 6	Disminución de costos por traslados, papelería y facilidad de acceso a la información en tiempo real.	Tecnológica	Respuesta y/o notificación por medios electrónicos	01/01/2025	31/12/2025	Jefe Oficina Sistemas de Información	

3.2.2 Ejecución de la Estrategia de Racionalización 2024

La estrategia de consulta de resultados de laboratorio en línea, gestionada desde 2022, alcanzó un 80% de avance a diciembre de 2024. Con las acciones ejecutadas, este porcentaje se elevó al 95%, quedando pendiente su entrada en operación en enero de 2025. En relación con la evaluación en el aplicativo SUIT, la estrategia registra cuatro de seis acciones implementadas, con la entrega al usuario y la medición de satisfacción aún pendientes, alcanzando un 66.66% de cumplimiento.

En términos generales, combinando el avance en la ejecución de acciones programadas (95%) con las actividades de planeación, implementación, socialización y evaluación (66.66%), el cumplimiento promedio del Plan de Racionalización se sitúa en 80.83%. Dado que la meta establecida era del 80%, se considera que el plan se ha cumplido al 100%.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Aunado a lo establecido en la Ley Anticorrupción, el Decreto Ley 019 de 2012 dicta las normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública, razón por la cual la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel ha implementado algunas estrategias tendientes a mejorar los procesos de cara a los trámites que actualmente deben realizar nuestros usuarios, dichas estrategias tienen a simplificar, estandarizar, suprimir, optimizar y automatizar los trámites y procedimientos institucionales, con el fin de incrementar la eficiencia de las operaciones y la comunicación entre los procesos, facilitar el acceso y oportunidad a los requerimientos y a disminuir los costos.

En la vigencia 2018 se racionalizó el trámite de “Radiología e imágenes diagnósticas” y el OPA “Paz y Salvo”. En la vigencia 2019 se racionalizaron los trámites: Terapia Respiratoria, Atención inicial de urgencias y Dispensación de Medicamentos. En cumplimiento de los criterios de la Carrera de Máxima Velocidad liderada por MinTIC, la ESE HMUA avanza en el desarrollo de las siguientes actividades:

- Caracterización de los trámites
- Elaboración del Mapa de Ruta con los 11 trámites inscritos en el SUIT.
- Diseño del Plan de Optimización de Trámites, que consolida las acciones que se realizaron en la racionalización de los trámites: Terapia Respiratoria, Atención inicial de urgencias y Dispensación de Medicamentos.
- Autodiagnóstico de los 3 trámites priorizados para racionalización con la metodología de 4 pasos del MinTIC.
- Instructivo Prototipos O Mockups De Trámites Priorizados Para Optimización
- Se cuenta con el 100% de los formatos integrados actualizados en la plataforma SUIT.

URL:

[http://www.hospitalmanueluribeangel.com/index.php/el-hospital/tramites-suit;](http://www.hospitalmanueluribeangel.com/index.php/el-hospital/tramites-suit)

<http://www.hospitalmanueluribeangel.com/index.php/mapa-de-ruta>

Adicionalmente en coordinación con el Proceso de Comunicaciones, se publican diferentes banners informativos sobre el SUIT, con acceso a través de la página web, intranet, cartelera y en redes sociales.

En la vigencia 2020 se racionaliza el trámite “Asignación de citas para prestación de servicios de Salud”, logrado la implementación del proceso de tele consulta, con lo cual en el contexto de la Pandemia COVID se garantiza el acceso de los ciudadanos a la atención en salud, en especial para la población vulnerable minimizándoles el riesgo de contagio. En el año 2021 se implementó estrategia de racionalización respecto a la prestación de servicios de Radiología e imágenes diagnósticas mediante la reingeniería del proceso y renovación de tecnología biomédica e informática que continuó en el año 2022 con la implementación del software complementario PACS para visualización de imágenes diagnósticas en tiempo real y con asociación directa a la historia clínica, lo que permitió definir una conducta médica de manera más oportuna.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



También en el año 2021 se iniciaron los trámites para la racionalizaron los siguientes trámites de cara al ciudadano que tuvieron continuidad en su trámite y salida exitosa en la vigencia 2022, así:

- Asignación de citas: Solicitud a través de formulario digital publicado en la página web. Integración con el portal web Gov. co
- Solicitud de HC: Solicitud a través de formulario digital publicado en la página web. Integración con el portal web Gov. co
- Solicitud de paz y salvo: Solicitud a través de formulario digital publicado en la página web. Integración con el portal web Gov. Co

Necesidades orientadas a la racionalización y simplificación de trámites para el acceso a los servicios de salud

De acuerdo con la actividad de prestación de servicios de salud y la integración de las cinco (5) sedes con la ESE HMUA es tangible la necesidad de racionalizar los trámites con el fin de centralizar los procesos administrativos para evitar congestión en los servicios, retrasos en la atención, desinformación e insatisfacción en el usuario, a la vez contribuir a la disminución en los costos de tramites administrativo para el usuario que consulta en las unidades básicas, disminuyendo el riesgo de corrupción en el manejo de recurso y optimizando a través de la automatización

Relación de trámites y otros procedimientos administrativos que se han intervenido entre las vigencias 2016 - 2024

Se describe el *Requisito o Trámite intervenido* y la intervención dada desde la ESE:

De cara al Usuario:

- Solicitud copia de la Historia Clínica (HC): se tiene un formato estandarizado para la solicitud de la copia de HC, se publica en la web de la ESE, los requisitos a cumplirse para la solicitud de copia de la HC de un familiar, con los tiempos de respuesta para obtener la documentación y formato a diligenciar el cual se puede descargar de la página. (Estandarización, racionalización).
- Solicitud de fotocopias de documento de identidad, para el ingreso del paciente: se escanea el documento en la primera consulta para no requerir el mismo en las siguientes consultas. (Eliminación).
- Tramite de autorizaciones para continuar con los servicios y de órdenes de egreso donde el paciente se traslada a la EPS: se cuenta con la oficina contacto quien telefónicamente y por correo con las aseguradoras realiza el trámite logrando dar continuidad a la prestación de los servicios, bien en la ESE o en otra IPS. (Eliminación).
- Se solicita al usuario que se dirija a la aseguradora para resolver inconsistencias o problemas asociados a morosidad. Desde la oficina contacto se consulta el tipo de

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



inconsistencia y si es por vencimiento de fechas, o información errada en el procedimiento autorizado y el requerido, se gestiona por correo electrónico o telefónicamente la autorización para continuar con el trámite. (eliminación).

- Desplazarse a registraduría para Registro Civil para recién nacidos: se cuenta con el responsable de realizar la interoperabilidad en línea con la registraduría, realizando el registro del recién nacido desde su nacimiento. (optimización).
- Gestión de afiliación a aseguradora del régimen subsidiado. Se consulta la base de datos, si uno de los padres está afiliado se afilia o se tramita por interoperabilidad con la Secretaria de Salud. (Optimización por automatización).
- Espera hasta verificación y autorización de derechos. Se verifica en línea la base de datos nacional sobre la afiliación actualizada del usuario, accediendo a los servicios, sin necesidad de esperar la confirmación telefónica.
- Asistir personalmente por los resultados de los exámenes de laboratorio: previa autorización por parte del usuario cuando asiste a la prueba de laboratorio, se les envía por correo electrónico.
- Solicitud personal de citas: en el primer nivel se asigna cita por Call-Center actividad que se extendió para la alta complejidad a partir del 2018. Durante el 2017 se implementó la solicitud de cita por correo electrónico.
- Presentación personal o correo de una PQRS: Desde abril de 2017 se cuenta con el aplicativo en línea para recibir, consolidar, y dar respuesta oportuna a las manifestaciones de los usuarios, con radicado consecutivo que permite la trazabilidad por el usuario del estado de su manifestación.
- Evaluación escrita de la rotación por los estudiantes y docentes: a partir de mayo de 2017 se realiza en un aplicativo virtual la evaluación del HMUA como sitio de rotación en los convenios docencia-servicio, facilitando consolidar los resultados y generar acciones de mejora por la ESE y la Universidad.
- Solicitud de citas de terapia centralizadas en la sede principal: a partir de 2019 se entrenó al personal de admisiones de las unidades básicas de atención en el proceso de asignación de citas, de tal forma que desde los diferentes puntos de atención se pueda asignar, sin necesidad de que el usuario se tenga que desplazar a la sede principal.
- Tiempos de espera prolongados y entrega incompleta de medicamentos en el servicio farmacéutico de baja complejidad: A partir del mes de mayo de 2019 la atención del servicio es asumida por un tercero experto técnico "Grupo Afin", con el cual se logra automatizar el sistema de turnos permitiendo además la priorización de usuarios; adicionalmente se logra la interoperabilidad entre el software institucional y el tercero, lo cual permite optimización de tiempos de atención.
- Tiempos de espera prolongados para la atención inicial de urgencias: A partir del mes de julio de 2019 se inicia obra de ampliación de urgencias, con lo cual se busca la mejora en la capacidad de respuesta del servicio y la oportunidad de la atención. Adicionalmente a partir del mes de septiembre se implementa sistema de triage con

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



profesionales de enfermería, lo cual permite optimizar recurso humano y liberar horas médico para la atención y manejo clínico de los usuarios.

- Consulta de imágenes diagnósticas en la web, implementada desde octubre de 2023 - 2024, los resultados pueden ser consultados en línea, mayor accesibilidad de la población y disminución de tiempo de desplazamiento con sus costos asociados.

A nivel de los Colaboradores y procedimientos internos.

- Solicitud certificados en la oficina de talento humano: con los colaboradores se facilita la expedición en cualquier momento del certificado de ingresos y retenciones y la colilla de pago.
- Notificación telefónica de disponibilidad de cama: se cuenta con un spark- interactivo entre los procesos asistenciales, por donde se comunican internamente sobre las necesidades para traslado de paciente, solicitud o cambio de dietas, etc. lo cual repercute en los costos de la ESE, la agilidad en el proceso de atención del usuario y la eficiencia en el recurso humano.

3.3 Componente 3: Rendición de Cuentas

Estrategia de Rendición de Cuentas:						 
Expresión del control social que comprende acciones de petición de información, diálogos y responsabilidad.						
Ítem	No	Actividades	Meta/producto	Fecha inicio	Fecha Fin	Dependencia Responsable
Información	1	Publicar el Informe de rendición de cuentas sobre la gestión institucional previo a la audiencia pública.	Informe de rendición de cuentas publicado.	02-01-2024	30-06-2024	Oficina de Planeación
	2	Efectuar los reportes de la rendición pública de cuentas ante los entes de vigilancia y control correspondiente	Informe de seguimiento mes a mes	02-01-2024	10-04-2024	Oficina de Planeación
	3	Anunciar en medios de comunicación impresos y/o digitales de circulación local, acerca de la audiencia pública de rendición de cuentas	Publicaciones que informen a la comunidad de dicha agenda	02-01-2024	30-06-2024	Proceso de Comunicaciones
	4	Seguimiento, actualización y publicación de la información institucional mediante el portal web de la entidad	Portal web actualizado.	02-01-2024	15-12-2024	Proceso de Comunicaciones
Diálogo	5	Desarrollar la audiencia pública de rendición de cuentas	Audiencia de rendición de cuentas realizada.	01-04-2024	31-07-2024	Oficina de Planeación - Proceso de comunicaciones
	6	Desarrollar espacios (uno) de diálogo de saberes y participación incluyente en los que la ciudadanía se acerca a trámites	Informe de un espacio de diálogo realizado.	02-01-2024	15-12-2024	Proceso de Comunicaciones, Atención al Usuario, Planeación
Responsabilidad	8	Elaborar y publicar la agenda de espacios de dialogo y los resultados de los mismos - Plan de Participación Social en Salud	Agenda, informes elaborados y publicados	02-01-2024	15-12-2024	Proceso de atención al usuario, Mercadeo y Ventas
	9	Realizar seguimiento a los compromisos generados de los espacios de diálogo desarrollados	Informes de seguimiento a compromisos.	02-01-2024	15-12-2024	Oficina de Planeación, Mercadeo y Ventas (Oficina de Atención al Usuario)

E.S.E. Hospital Manuel Uribe Angel/Octubre de 2024

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



La Rendición de Cuentas es la expresión del control social que comprende acciones de petición de información, diálogos e incentivos. Busca la adopción de un proceso transversal permanente de interacción entre servidores públicos —entidades— ciudadanos y los actores interesados en la gestión de los primeros y sus resultados. Así mismo, busca la transparencia de la gestión de la Administración Pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno.

El 25 de abril de 2024, se llevó a cabo la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas correspondiente al informe de la gestión de la vigencia 2023 de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel, desarrollada de forma presencial y por transmisión en vivo a través del canal de YouTube de la ESE. Se registró una asistencia durante la transmisión de más de 744 personas y de las cuales 225 llenaron la encuesta de satisfacción, publicada en la plataforma virtual, con un grado de satisfacción mayor al 98%. La audiencia se realizó bajo el modelo de entrevista organizacional con la Gerente, quien informó a la comunidad los resultados y logros de la gestión de la vigencia, apoyándose de imágenes audiovisuales y videos pregrabados, donde un equipo de líderes de las áreas misionales, socializaron las acciones ejecutadas para mitigar el impacto en el sector salud y los logros alcanzados en la vigencia. Aunado a otras estrategias como entidad incluyente, se contó con un intérprete de lenguaje de señas.

Los representantes de la comunidad por el COPACO, comité de Ética Hospitalaria, Comité de Salud zonales; del Cabildo del Adulto mayor, la Asociación de usuarios y la Junta Directiva, formularon en directo las preguntas que inquietan a la comunidad, a las cuales, la gerente dio respuesta en forma detallada.

Se resaltan las siguientes acciones de mejora y avances en torno a la Rendición de cuentas:

1. La convocatoria a la comunidad para participar en la planeación y ejecución de la rendición, contribuyó al logro de los resultados.
2. Un gran avance en la forma de hacer en vivo la transmisión, dando participación a la comunidad.
3. La metodología virtual y presencial, que permite el uso de ayudas audiovisuales y acercando más al ciudadano a la ESE, haciendo posible el interactuar con ellos, en un dialogo abierto que genera credibilidad y transparencia.
4. La forma de entrevista, con apoyo de las imágenes y los videos previos, facilita el entendimiento e hizo más dinámica la entrega de la información, así mismo, despertó mayor interés por la comunidad para enterarse de la gestión de la Entidad.
5. Participación de líderes de procesos, explicando e informando sobre los resultados en sus servicios, investigaciones y acciones para garantizar la calidad, fue muy asertivo para generar mayor confiabilidad sobre el trabajo en equipo de toda la entidad por el bienestar de los usuarios.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



6. La intervención en vivo de los representantes de la comunidad, fortalece su compromiso por participar en los espacios de diálogo y control, uno de los objetivos que siempre se busca fortalecer.
7. El separar el formato de la lista de asistencia de la encuesta de satisfacción, genera mayor confianza para ser diligenciado con mayor objetividad, y cumple con la observación realizada en la vigencia anterior al Comité de Rendición de Cuentas Social, por la Oficina de Control Interno de la entidad.
8. Se resalta que en 3 años consecutivos se ha contado con el intérprete de lenguaje de señas, como una de las estrategias de la ESE, como entidad incluyente.
9. Se dio cumplimiento a las acciones planteadas en las 2 reuniones que precedieron la rendición de cuentas en audiencia pública, tanto por los colaboradores del hospital, como por los representantes de la comunidad en el comité.
10. El incentivo y reconocimiento entregado a los asistentes presenciales a la rendición de cuentas, es una forma para motivar a la ciudadanía, a que se vinculen a este tipo de eventos de dialogo e interacción entre la ESE y la comunidad.
11. El uso de diferentes medios de comunicación para difundir la información y la convocatoria del evento.

Los excelentes resultados de la gestión y la satisfacción de la comunidad, es la muestra del trabajo de todo el equipo de colaboradores, liderados por la dra. Martha Lucia Vélez Arango, quienes, con Pasión y Dedicación, brindan servicios de salud con calidad a nuestros usuarios.

Diagnóstico en los avances de la Rendición de Cuentas y participación ciudadana.

En cumplimiento del artículo 78 de la Ley 1474 de 2011 y en concordancia con el documento CONPES 3654 del 12 de abril de 2010 y conforme al artículo 52 de la Ley 1757 de 2015 proyecto de democratización de la función pública, la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel, conformó en el 2015 el Comité de Rendición de Cuentas Social, integrado por tres (3) líderes de la comunidad y encargados de la planificación y evaluación del proceso de la rendición de cuentas en audiencia pública, convocar a la comunidad Envigadeña y difundir los mecanismos de participación en la misma, acogiendo a la Guía y Manual de Rendición de Cuentas a la ciudadanía expedida por el DAFP, bajo 3 pilares:

- a) **Información:** Está dada en la disponibilidad, exposición y difusión de datos, estadísticas, informes, etc., de las funciones de la entidad y del servidor. Abarca desde la etapa de planeación hasta la de control y evaluación.
- b) **Diálogo:** Se refiere a: (i) la justificación de las acciones; (ii) presentación de diagnósticos e interpretaciones; y (iii) las manifestaciones de los criterios empleados para las decisiones. Envuelve un diálogo y la posibilidad de que otros actores incidan en las decisiones.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



- c) **Incentivos o sanciones:** Son las acciones que refuerzan los comportamientos de los servidores públicos hacia la Rendición de Cuentas; así mismo, los medios correctivos por las acciones de estímulo por el cumplimiento o de castigo por el mal desempeño.

La ESE HMUA se acoge a los lineamientos definidos por la Superintendencia Nacional de Salud para la rendición pública de cuentas para facilitar la consulta respecto a la periodicidad y destinatarios de la información de la ESE, realiza la publicación de la información en sitios web, intranet institucional, carteleras y demás, para la consulta de la comunidad, teniendo como enfoque la implementación de las estrategias de gobierno en línea y los principios de Buen Gobierno, transparencia y rendición de cuentas, gestión pública efectiva, participación y servicio al ciudadano, vocación por el servicio público, estrategias de lucha contra la corrupción, todos transversales a los cinco (6) componentes del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano que se desarrollan en el presente documento.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



3.4 Componente 4: Mecanismos para mejorar el Servicio al Ciudadano

Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano:						
Centra sus esfuerzos en garantizar el acceso de los ciudadanos a los trámites y servicios de la Administración Pública.						
Subcomponentes	No.	Actividad	Meta/producto	Fecha inicio	Fecha Fin	Dependencia Responsable
Planeación estratégica del servicio al ciudadano	1	Implementar y realizar seguimiento trimestral a las acciones priorizadas definidas en el Plan de Participación Social en Salud de la vigencia, acorde a los lineamientos de MinSalud	Informes de cumplimiento trimestral	02-01-2024	15-12-2024	Oficina Mercadeo y Ventas (proceso atención al Usuario)
Fortalecimiento del talento humano al servicio del ciudadano	2	Realizar capacitaciones presenciales y virtual en formatos diferentes a la plataforma institucional de capacitaciones, en las siguientes temáticas: Código de Ética e Integridad, Conflicto e intereses, programa de humanización (cuidando al cuidador y estrategia de servicio) para fortalecer los valores en los servidores públicos y la cultura organizacional	* Realizar auditoría como mínimo al 10% del personal para verificación de conocimientos relacionados con código de Ética e Integridad, Conflicto e intereses, programa de humanización * Lograr como mínimo el 50% del personal de la ESE capacitado en actividades presenciales y virtuales diferentes a la plataforma institucional de capacitaciones	02-01-2024	15-12-2024	Oficina Talento Humano y Oficina de Mercadeo y Ventas
Gestión de relacionamiento con los ciudadanos- Normativos y Procedimental	3	Identificar y gestionar los requerimientos de trámites y evaluación de los trámites, con el fin de mejorar el servicio de atención al ciudadano	Identificación de acciones para mejorar el servicio de atención al ciudadano.	02-01-2024	15-12-2024	Oficina de Planeación
	4	Revisar el esquema del normograma de la ESE y modificarlo a un esquema mas digital y de fácil consulta y acceso	Normograma actualizado en la nueva versión o con nuevos criterios de accesibilidad en web	02-01-2024	15-12-2024	Oficina Gestión Jurídica
	5	Mejorar, incentivar y realizar seguimiento a la efectividad del uso del aplicativo web y medios electrónicos para de gestión de PQRS, D.	Informe de PQRS D % uso de medios electrónicos con respecto al uso de otros canales >= vigencia anterior (10%)	02-01-2024	15-12-2024	Oficina Mercadeo y Ventas (Proceso Atención al usuario)
Evaluación de gestión y medición de la percepción ciudadana	6	Realizar seguimiento a la información de formularios de participación ciudadana	Gestión de información de los formularios de participación ciudadana	02-01-2024	15-12-2024	Oficina de Planeación y Submesa de Gobierno Digital Oficina Mercadeo y Ventas (Proceso Atención al usuario)
	7	Elaborar el informe de ejecución de planes de mejora a las PQRS D y publicar en página web el índice de percepción de satisfacción de los usuarios en forma trimestral	Total informes publicados en la web con reporte en la oportunidad en respuesta de peticiones, quejas y reclamos - PQRS D incluyendo el total de peticiones negadas y las trasladadas al no ser de competencia de la E.S.E. (meta: 4 informes- trimestrales)	02-01-2024	15-12-2024	Oficina Mercadeo y Ventas (Proceso Atención al usuario) O control Interno
Conocimiento de Servicio al Ciudadano	8	Actualizar informe de caracterización de usuarios, involucrando información por especialidad y aseguradora	Informe de caracterización	01-10-2024	31-10-2024	Oficina de Planeación, Sistemas de Información y Mercadeo y Ventas

E.S.E. Hospital Manuel Uribe Angel/Octubre de 2024

Mecanismos que mejoran la atención y las relaciones con el ciudadano con el objetivo de mejorar la calidad en los servicios que se prestan, la accesibilidad a la información, instalaciones y servicios de salud, satisfaciendo las necesidades de la ciudadanía. Este se desarrolla a través de cinco (5) subcomponentes así:

- Planeación estratégica del servicio al ciudadano
- Fortalecimiento del talento humano al servicio del ciudadano
- Gestión de relacionamiento con los ciudadanos- Normativos y Procedimental
- Evaluación de gestión y medición de la percepción ciudadana
- Conocimiento de Servicio al Ciudadano

La institución cuenta con diversos mecanismos de comunicación con el usuario, a través de la Oficina de Atención al Usuario, los buzones físicos y virtuales, la liga de usuarios, la línea amable, redes sociales, entre otros.

Diagnóstico de la estrategia de servicio al ciudadano.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Se actualizan los procesos de atención al usuario, comunicaciones y el de seguridad, se evalúan aspectos como los mecanismos para difundir los derechos y deberes, portafolio de servicios y la información de la ESE a ser publicada en la Web conforme a los requisitos de ley, así como a los medios de comunicación con que cuenta la ESE para recibir, tramitar y dar respuesta a las quejas, peticiones, reclamos, sugerencias y denuncias. Se encuentra la definición de la estrategia del servicio con el modelo de humanización en la institución con fin de fortalecer la atención de los usuarios.

En la vigencia 2024, se continuó gestionando las políticas de responsabilidad social empresarial, la política de protección de datos, seguridad y confiabilidad en la información y la de atención integral, la de administración de los riesgos, donde se definen los seguimientos a la gestión de riesgos de seguridad en la atención, riesgos laborales, contractuales, y de operación.

Se involucra a la comunidad en general y a otros entes del municipio a participar en las campañas de “Más por Menos” (uso racional de recursos), “PILOSA” (programa de imagen, limpieza, organización, seguridad y ambiente laboral), “Castorín”, en relación con una producción más limpia y el cuidado del medio ambiente.

Se hace partícipe a los estudiantes en el proceso de inducción y evaluación del centro de práctica.

Con seguimientos a la ejecución del plan de comunicaciones tanto interna como externa, la rendición de cuentas, las acciones relacionadas al comité de emergencias y simulacros, haciendo partícipe a la comunidad Envigadeña, el programa camino a la humanización y avances en los tramites de la documentación con la aprobación de las tablas de retención documental.

En cuanto a la política de Participación Ciudadana y se dio continuidad al Plan de Participación Social en salud, con un cumplimiento durante la vigencia 2024 del 100% a través del cual se gestionan diferentes espacios de participación social, que incluyen indicadores de Rendición de cuentas. La evaluación del PPSS de la vigencia 2024 se encuentra disponible en el siguiente enlace:

<https://www.hospitalmua.gov.co/TransparenciaAccesoInformacion/MenuTransparencia/Evaluacion%20Plan%20de%20Participacion%20Social%20en%20Salud%202024.xlsx>

En la vigencia 2024 se llevaron a cabo cuatro sesiones de trabajo en articulación con la Secretaría de Salud de Envigado y demás actores del sistema de salud, con el propósito de planificar el Plan de Participación Social en Salud (PPSS) y definir los temas a abordar. La primera reunión se realizó el 15 de marzo de 2024, con una asistencia de 8 personas, seguida de una segunda reunión el 25 de junio de 2024, con 4 asistentes. Durante el segundo semestre, se llevaron a cabo dos sesiones adicionales para verificar la ejecución del PPSS: la tercera reunión el 16 de julio de 2024, con 9 asistentes, y la cuarta el 13 de agosto de 2024, con 5 participantes. De esta manera, se cumplió con la meta establecida de realizar cuatro reuniones durante el año.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



El 29 de mayo de 2024 se realizó una jornada de capacitación dirigida a 22 miembros de la Asociación de Usuarios de la ESE HMUA. La actividad tuvo como objetivo principal cualificar a los participantes en el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) aplicadas a la salud, con énfasis en:

- Gobierno digital y su impacto en la participación ciudadana
- Innovación pública y eficiencia institucional en los procesos de salud
- Gestión de cambios y priorización en la implementación de TIC
- Transparencia y acceso a la información, alineado con la política de gobierno digital
- Uso de plataformas y herramientas tecnológicas, como la consulta de resultados por la web, acceso a la plataforma Teams, protección de datos personales y los diferentes canales de comunicación, incluyendo la Línea Amiga
- Se abordaron, además, temas relacionados con el manejo de PQRSDF, gestión de trámites a través del Sistema Único de Información de Trámites (SUIT) y las recientes actualizaciones en la política de gobierno digital

La capacitación facilitó la interacción directa con los usuarios y promovió una mayor comprensión de los mecanismos tecnológicos disponibles para mejorar la eficiencia institucional y la participación de la ciudadanía en el sector salud. Las conclusiones giraron en torno a la necesidad de fortalecer la alfabetización digital y optimizar el acceso a la información mediante canales eficientes y seguros.

Durante la vigencia 2024, se llevaron a cabo cinco actividades en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), en las cuales participaron 103 personas, incluyendo ciudadanos, veedurías y miembros de la Asociación de Usuarios. A continuación, se destacan los eventos principales:

- 16 de marzo de 2024: Participación en una jornada del PIC, donde se discutieron temas relacionados con la racionalización de trámites (SUIT), derechos y deberes de los ciudadanos, rendición de cuentas, y la gestión de canales de atención del hospital. Asistieron 12 personas.
- 13 de abril de 2024: En el evento “Barrio Saludable”, se abordó la rendición de cuentas del hospital, invitando a la ciudadanía a participar mediante transmisión en YouTube y presentando la apertura del programa de salud mental en la sede Santa Gertrudis. Contó con la participación de 30 personas.
- 27 de abril de 2024: Nuevamente, en el marco de “Barrios Saludables”, se interactuó con la ciudadanía y otros grupos de interés, destacando los canales de atención y servicios ofrecidos por la institución. Participaron 22 personas.
- 15 de junio de 2024: En la Junta de Acción Comunal del Barrio Zúñiga, 16 asistentes participaron en la discusión sobre rendición de cuentas, participación ciudadana, plan anticorrupción, y atención diferencial en salud.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



- de agosto de 2024: Durante la jornada en la placa polideportiva CEC El Salado, se abordaron temas como la gestión hospitalaria, participación ciudadana y acciones enmarcadas en el plan anticorrupción, con 23 participantes

Adicionalmente, en las reuniones de la Asociación de Usuarios, se trataron los siguientes temas:

4 de abril de 2024: Revisión del Plan Anticorrupción, atención al ciudadano, racionalización de trámites SUIT, Código de Ética e Integridad, atención diferencial y política de priorización (Acta N° 3)

29 de mayo de 2024: Capacitación sobre Gobierno Digital, innovación pública, uso de TIC, transparencia, PQRSDF y gestión de trámites SUIT, en el marco del fortalecimiento de la participación ciudadana (Acta N° 5)

El área de comunicaciones ha brindado apoyo en la difusión de la campaña y el programa de humanización mediante la creación de piezas gráficas y videos difundidos a través de los diferentes canales del hospital. Entre las actividades destacadas, se celebraron los 11 años del compromiso con la humanización el 18 de julio, y se llevó a cabo la "Semana del Saludo", resaltando la importancia de este gesto dentro de la institución. Además, se compartió información clave sobre conflictos de interés y el Código de Ética e Integridad a través de los medios institucionales.

En la página web de la institución se encuentra disponible el informe Espacios de Participación y Consulta Ciudadana 2024, el cual recopila los espacios de participación ciudadana habilitados por el hospital <https://www.hospitalmuagov.co/TransparenciaAccesoInformacion/MenuTransparencia/INFORME%20DE%20PARTICIPACION%20Y%20CONSULTA%20CIUDADANA%202024.pdf>

3.5 Componente 5: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información:



Volver al menú



Recoge los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de acceso a la información pública, según el cual toda persona puede acceder a la información pública.

Subcomponentes	No.	Actividad	Meta/producto	Fecha inicio	Fecha Fin	Dependencia Responsable
Transparencia Activa	1	Actualización periódica del esquema de publicaciones y de los contenidos en cumplimiento a la Matriz ITA Ley 1712 de 2014	Documento esquema de publicaciones actualizado, incorporando en la página web	02-01-2024	2024/12/31	Submesa de Gobierno Digital (Control Interno, Planeación, Comunicaciones y otros procesos relacionados)
	2	Actualizar permanentemente la información del menú transparencia de acuerdo a la Resolución 1519 de 2020 (Anexo 2. Servicio al ciudadano y menú participa, Anexo 4. Datos abiertos)	Menú transparencia actualizado, menú de servicio al ciudadano y menú participa	02-01-2024	15-12-2024	Gestión Mercadeo y Ventas, Comunicaciones y Atención al Usuario
Transparencia Pasiva	3	Producir y difundir comunicados de prensa y materiales periodísticos, incluyendo Boletín MUA Q'nota digital de manera mensual.	Material informativo diseñado y publicado acorde con el plan de comunicaciones de la vigencia 2024	02-01-2024	15-12-2024	Oficina de Comunicaciones
Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información	4	Actualizar los instrumentos de gestión de la información de acuerdo a la ley 1712 de 2014.(Datos abiertos)	Instrumentos actualizados (activos de la información en gov.co).	02-01-2024	15-12-2024	Oficina Sistemas de Información
Criterio diferencial de accesibilidad	5	Crear y/o actualizar los micrositios de la entidad a través de contenidos informativos para facilitar la interacción de la información de carácter público a cargo del hospital con nuestros grupos de valor, incluyendo lineamientos mínimos en temas de accesibilidad y usabilidad	* Micrositios actualizados. Certificado de accesibilidad (Resolución 1519 de 2021, anexo 1 Accesibilidad web y en cumplimiento de la NTC 5854)	02-01-2024	15-12-2024	Oficina Gestión de la Información, oficina de comunicaciones y todos los procesos involucrados con publicaciones
	6	Incorporar en el plan de reinducciones, las capacitaciones de accesibilidad y lenguaje claro	Más del 90% del personal del hospital capacitado	02-01-2024	15-12-2024	Oficina de Comunicaciones y Gestión de Talento Humano
Monitoreo del Acceso a la Información Pública	7	Seguimiento y actualización de la información institucional mediante matriz de responsabilidades Índice de Transparencia y Acceso a la Información - ITA	Portal web con requerimientos ITA actualizado.	02-01-2024	15-12-2024	Oficina de Planeación
Transparencia colaborativa	8	Realizar medición del Modelo Integrado de Planeación y Gestión vigencia 2023, y socializar los resultados	Modelo actualizado	02-01-2024	30-04-2024	Oficina de Planeación
Transparencia focalizada	9	Elaborar y publicar el informe de Ley de Cuotas, Estado Joven, Inclusión y Diversidad	Informe publicado	02-01-2024	30-04-2024	Oficina Gestión Talento Humano
Gestión documental	10	Elaborar informe diagnóstico del proyecto para el fortalecimiento del documento electrónico y digital.	Informe de resultados de la implementación de la estrategia.	01-01-2024	30-08-2024	oficina gestión de la información (proceso de gestión documental)
	11	Elaborar y socializar a cada proceso el resultado del diagnóstico documental de su competencia	1 Diagnóstico documental elaborado y socializado.	02-01-2024	30-11-2024	oficina gestión de la información (proceso de gestión documental)
	12	Realizar seguimiento del inventario de eliminación documental, en el portal web de la entidad (actas de la submesa de gobierno digital)	1 Inventario de eliminación documental publicado.	2024/06/01	2024/08/30	oficina gestión de la información (proceso de gestión documental)

E.S.E. Hospital Manuel Uribe Angel/Octubre de 2024

Recoge los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de acceso a la información pública, según el cual toda persona puede acceder a la información pública en posesión o bajo el control de los sujetos obligados de la ley, excepto la información y los documentos considerados como legalmente reservados.

Diagnóstico del avance en la implementación de la Ley de Transparencia y otra.

La ESE HMUA en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011, Capítulo VI, Artículos 73, 74, 75, 76, 77 y 78, realiza la publicación en la página web institucional, de forma oportuna.

En la página Web de la ESE, se han creado diferentes enlaces, favoreciendo la consulta de la información de interés general, así como el seguimiento y control ciudadano; además de implementar a través de esta misma, mecanismos para la entrega de hojas de vida y notificación de trámites judiciales.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Durante el año 2016 y 2017 se adelanta la actualización del Programa de Gestión Documental y se logra la aprobación de la actualización de las Tablas de Retención Documental.

En 2022, la gestión de las TRD-FUID alcanzó un cumplimiento del **99.49%**. La auditoría del primer semestre mostró un cumplimiento del **100%** en contratos y convenios administrativos de 2021. Entre octubre y noviembre, la segunda evaluación de series documentales reportó un cumplimiento del **71.9%** sobre 680.544 carpetas, lo que representó el **94.4%** de la meta establecida (518.461 carpetas). En total, se cubrieron 20 procesos con un cumplimiento del **99.36%** respecto a la meta del **95%**. Incluyendo la gestión del archivo central administrativo y clínico (100%), que no se contempló en la meta de 2021, el cumplimiento promedio general fue del **99.49%**, evidenciando el esfuerzo en la organización y gestión documental durante el año.

En 2023, se lograron importantes avances en transparencia y acceso a la información, alcanzando un cumplimiento del 100% en múltiples indicadores. Se actualizaron los cinco conjuntos de datos abiertos programados y se avanzó en la caracterización poblacional y el registro de activos de información. Desde la Submesa de Gobierno Digital, se actualizó el autodiagnóstico MIPG con cuatro seguimientos y se ejecutaron acciones en gobernanza (capacitaciones y participación ciudadana) y arquitectura (actualización del MRAE e integración con el MGGTI). Se promovió la participación ciudadana a través de la web y convocatorias de innovación con TI, asegurando el cumplimiento total de la hoja de ruta de transparencia. Se publicaron 179 contenidos adicionales en la web y redes sociales sobre prevención, promoción de la salud y eventos científicos. También se actualizaron el PETI y el Plan de Gestión Documental- PGD así como el Registro de Activos de Información, el Índice de Información Clasificada y Reservada y el Esquema de Publicación (Resolución 3921 de diciembre 2023). En accesibilidad, se validaron 104 documentos, cumpliendo el 91.35% de la meta, y se implementaron herramientas digitales como el "Centro de Relevó" y ajustes para personas con discapacidad. En la Rendición de Cuentas se contó con intérprete de señas y se recomendaron mejoras en accesibilidad auditiva y visual. Finalmente, se cumplió al 100% con la actualización del esquema de publicación y la Matriz ITA reportada a la Procuraduría, consolidando el compromiso con la transparencia institucional.

Durante 2024, la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel logró los siguientes avances en transparencia y acceso a la información. Se actualizó el esquema de publicaciones en la web, alcanzando el 100% de la meta establecida, con verificación de la Oficina de Control Interno (OCI) y un cumplimiento del 99% en el autodiagnóstico de la Matriz ITA de la Procuraduría. La OCI validó 228 ítems, obteniendo un 94,74% de cumplimiento. Se fortaleció la accesibilidad de la información con la actualización de micrositios dirigidos a grupos específicos, destacando contenidos en lenguaje claro para la certificación de la ESE como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia. También se logró un 94,36% de cumplimiento en criterios de accesibilidad de documentos. En gestión documental, se implementaron acciones estratégicas para mejorar la digitalización, con la iniciativa "Historia Clínica a un Clic", alcanzando un cumplimiento del

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



100%. Se realizó el descarte documental conforme a la normatividad vigente y se reportaron oportunamente las obligaciones de la Ley de Cuotas y el programa Estado Joven. Se ejecutó la medición del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), logrando un cumplimiento del 100% en el reporte y socialización de resultados. Aunque el índice de desempeño institucional disminuyó a 86,6%, se implementaron mejoras para fortalecer la gestión. El plan de comunicaciones se cumplió al 100%, con la difusión de 19 boletines MUA Q'NOTA y actualización constante del portal web e Instagram institucional. En capacitación, 1.135 personas completaron formación en lenguaje claro, cumpliendo el 100% de la meta.

3.6 Componente 6: Integridad (componente adicional).

Iniciativas Adicionales: Integridad					
Se refiere a las iniciativas particulares de la entidad que fomenten la aplicación del código de ética e integridad.					
 					
Volver al menú					
No	Actividad	Meta	Fecha Inicio	Fecha Fin	Responsable
1	Socializar piezas gráficas relacionadas con el código de ética e integridad, así como de conflicto de intereses, con el fin de sensibilizar a los servidores públicos	Piezas gráficas socializadas	02-01-2024	15-12-2024	Oficina Gestión Talento Humano
2	Realizar seguimiento para que los funcionarios de la entidad realicen la actualización de su hoja de vida de funcionario público en SIGEP	Reportes de seguimiento, 100% de cumplimiento	02-01-2024	31-07-2024	Oficina Gestión Talento Humano
3	Realizar seguimiento para que los funcionarios de la entidad realicen el diligenciamiento del formato de bienes y rentas y de conflicto de intereses	Reportes de seguimiento, 100% de cumplimiento	02-01-2024	31-07-2024	Oficina Gestión Talento Humano
4	Realizar seguimiento para que los futuros contratistas de conformidad a la lista de chequeo para la suscripción de contratos de prestación de servicios de la entidad realicen el diligenciamiento del formato conflicto de intereses, antes de la suscripción del contrato.	100% de adherencia según el número de contratos suscritos	02-01-2024	31-01-2024	Oficina Gestión Talento Humano
5	Realizar seguimiento a las Personas Expuestas Políticamente - PEP para que diligencien la información en el aplicativo por la integridad, de acuerdo al Decreto 830 de 2021.	Reportes de seguimiento.	02-01-2024	15-12-2024	Oficina Gestión Talento Humano

E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel/Septiembre de 2024

La E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel consciente de la importancia de la política de integridad que hace parte de dimensión de talento humano eje fundamental de MIPG, continua con su implementación y apropiación por parte de los servidores apostándole a la integridad de quienes laboran con la entidad.

Para el componente de iniciativas adicionales se ha emitido lineamientos para su implementación, a través del Decreto 118 de 2018, en su artículo 2 determina que estas formularán y desarrollarán un Plan de Gestión de la Integridad, el cual se incorpora en el PAAC, como componente adicional como estrategia que contribuya a combatir y prevenir la corrupción y a consolidar un gobierno legítimo y transparente.

Es importante señalar que la incorporación de los Planes de Gestión de Integridad de las entidades distritales en el PAAC es una estrategia de articulación de iniciativas que se promueven desde el Modelo Integrado de Planeación y Gestión con el liderazgo desde la Dimensión de Talento Humano, dispuesto para fortalecer el liderazgo y la cualificación de los

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



servidores bajo los principios de integridad y legalidad como motores de la generación de resultados de las entidades públicas.

En 2024, la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel implementó estrategias para fortalecer la transparencia y la integridad institucional, difundiendo piezas gráficas para sensibilizar a los funcionarios sobre valores éticos y prevención de conflictos de interés. Se realizó por parte de las tres líneas de defensa el seguimiento a la actualización de hojas de vida en SIGEP, evidenciando un cumplimiento del 85,76% entre personal activo y jubilado, mientras que la planta temporal quedó excluida por falta de comunicación del DAFP. En cuanto a la Declaración de Bienes y Rentas, de 167 contratistas, 147 cumplieron con la obligación, alcanzando un 88,02% dentro del plazo establecido, aunque solo 25 (14,97%) la actualizaron en el aplicativo de Integridad. Asimismo, la Gerente y cinco contratistas reportaron su declaración PEP, pero solo uno cumplió con la actualización de 2023, quedando dos pendientes de reporte, desde la oficina de control interno se recomendó completar estos registros, además de codificar la lista de chequeo de documentación contractual en el Sistema Integrado de Garantía de la Calidad. Finalmente, se logró un cumplimiento del 66,66% en el reporte de la Declaración de Bienes y Rentas en SIGEP y el Aplicativo de Integridad, en el marco del compromiso institucional con la transparencia y la ética pública. Para un cumplimiento general del componente de integridad del 88.09%

En general el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y el Programa de Transparencia y Ética Institucional en la vigencia 2024, obtuvo un cumplimiento del 94%, evaluación que se encuentra disponible en la página web de la ESE y a la cual se puede acceder a través del siguiente enlace:

https://www.hospitalmua.gov.co/TransparenciaAccesoInformacion/MenuTransparencia/InformePlanAnticorrupcionyAtencionalCiudadano_v2_TercerCuatrimestre2024.xlsx

4. Planeación, Construcción, Componentes y Estrategias de la Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE Vigencia 2025

En cumplimiento del Decreto 1122 de 2024 y los lineamientos establecidos en el documento técnico emitido por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, se llevó a cabo un proceso de armonización estratégica entre el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC) y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE). Este esfuerzo busca consolidar una gestión institucional más coherente y alineada con los principios de transparencia, integridad y lucha contra la corrupción, opacidad, fraude y soborno.

Esta transición permite integrar las acciones previamente gestionadas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC) dentro del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), optimizando la implementación de estrategias en ética empresarial, integridad y gestión de riesgos.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

El PTEE para la vigencia 2025 se desarrolla a partir de los ocho (8) componentes autónomos e independientes definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), en cumplimiento del Decreto 1122 de 2024, la Circular 53-5 de 2022 y la Circular 003 de 2018 y el Decreto 1122 del 30 de agosto de 2024 la Secretaría de Transparencia de la Presidencia. Además, incorpora la actualización de los Manuales y el Plan para la Administración de los Riesgos LAFT/FPDAM y Soborno y el Manual SIGR, ajustados conforme a la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5" del DAFP (publicada en diciembre de 2020) y la Guía de MinTIC para la administración de los riesgos de seguridad de la información. También integra acciones tomadas para el cumplimiento de las Políticas Institucionales, principalmente la Política de Gestión de Riesgos y La política de Protección al denunciante.

El presente documento incluye el plan completo con sus respectivas actividades, indicadores, responsables y cronograma de ejecución. Asimismo, se presenta un resumen de los avances alcanzados en los últimos años en cada componente y la estrategia para su implementación en 2025.



4.1 Componente 1: Mecanismos para la transparencia y acceso a la información pública

El objetivo de este componente es fortalecer la transparencia y el acceso a la información pública en la ESE Hospital Manuel Uribe Angel, mediante el cumplimiento normativo, la divulgación interactiva de la Ley 1712 de 2014, la actualización y publicación de certificados, registros e índices relacionados con la información pública, y la generación y publicación

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



oportuna de reportes, la gestión contractual, atención a la ciudadanía y la gestión de PQRSDF. Asimismo, se busca promover la accesibilidad de la información, garantizar la rendición de cuentas y desarrollar campañas comunicativas con enfoque diferencial, consolidando así una gestión institucional orientada a la participación ciudadana, mejorar la confianza y el cumplimiento de estándares de transparencia.

Componente 1: Mecanismos Para la Transparencia y Acceso a la Información Pública							Meses de reporte de Avance	
Subcomponente	Actividades		Entregable	Responsable	Cantidad	Fecha Inicio	Fecha Fin	
Monitoreo de acceso a la información pública	1.1	Revisión y actualización de los criterios establecidos en el Índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA) por parte de los responsables de la herramienta de autodiagnóstico, con el fin de evaluar el grado de cumplimiento normativo. Esta actualización debe incluir documentos actualizados, el Índice de Información Clasificada y Reservada, el esquema de publicación y el registro de activos de información - RAI.	Matriz Excel Índice de Transparencia y Acceso a la información - ITA con el autodiagnóstico actualizado y reportado a la Procuraduría	Submesa de Gobierno Digital (Control Interno, Planeación, Comunicaciones y otros procesos relacionados)	1	02/01/2025	30/08/2025	
Monitoreo de acceso a la información pública / Transparencia Activa			Portal web con requerimientos ITA actualizado.	Submesa de Gobierno Digital (Control Interno, Planeación, Comunicaciones y otros procesos relacionados)	1	02/01/2025	30/08/2025	
Monitoreo de acceso a la información pública			Esquema de publicaciones incorporando de la página web según lineamientos Ley 1712 de 2014 y Resolución 1519 de 2020	Submesa de Gobierno Digital (Control Interno, Planeación, Comunicaciones y otros procesos relacionados)	2	02/01/2025	30/08/2025	
Monitoreo de acceso a la información pública / Transparencia Activa	1.2	Actualizar permanentemente la información del menú transparencia de acuerdo a la Resolución 1519 de 2020 (Anexo 2. Servicio al ciudadano y menú participa, Anexo 4. Datos abiertos)	Portal web con requerimientos ITA actualizado.	Gestión Mercadeo y Ventas, Comunicaciones y Atención al Usuario	2	02/01/2025	31/12/2025	
Monitoreo de acceso a la información pública / Transparencia Activa	1.3	Crear y/o actualizar los micrositios de la entidad a través de contenidos informativos para facilitar la interacción de la información de carácter público a cargo del hospital con nuestros grupos de valor, incluyendo lineamientos mínimos en temas de accesibilidad y usabilidad.(Resolución 1519 de 2021, anexo 1 Accesibilidad web y en cumplimiento de la NTC 5854)	Portal web con requerimientos ITA actualizado.	Oficina Gestión de la Información, oficina de comunicaciones y todos los procesos involucrados con publicaciones	1	02/01/2025	31/12/2025	
Transparencia Activa	1.4	Actualizar el "Certificado de Accesibilidad Web con el proveedor 1Cero1 y en publicarlo en el espacio de Transparencia y Acceso a la Información.	Certificado de Accesibilidad Web actualizado y publicado	Sistemas de Información	1	02/01/2025	30/08/2025	
Transparencia Activa	1.5	Divulgaciones interactivas de la Ley 1712 de 2014, a través de los canales de comunicación internos y externos de la Entidad para los servidores p públicos y diferentesw grupos de interés	Piezas gráficas, banner, o carteleras interactivas de la Ley 1712 de 2014 publicadas y socializadas	Submesa de Gobierno Digital (Control Interno, Planeación, Comunicaciones y otros procesos relacionados)	1	02/01/2025	31/12/2025	
Criterio diferencial de accesibilidad	1.6	Desarrollar e implementar al menos dos piezas gráficas de comunicaciones sobre los protocolos de atención a la ciudadanía con un enfoque diferencial	Piezas publicadas a través de la Página Web	Gestión Mercadeo y Ventas, Comunicaciones y Atención al Usuario	2	02/01/2025	31/12/2025	
Transparencia Pasiva	1.7	Generar encuesta sobre transparencia y acceso a la información disponible en la página web de la ESE con la ciudadanía y otros grupos de interés.	Informe con el análisis de los resultados de la encuesta	Gestión Mercadeo y Ventas, Comunicaciones y Atención al Usuario	1	02/01/2025	31/12/2025	
Transparencia Pasiva	1.8	Realizar actualización y reporte de Gestión contractual en página web.	Información actualizada y oportuna en el menú de transparencia y acceso a la información específicamente en el ítem de Contratación.	Gestión Jurídica	1	02/01/2025	31/12/2025	
Transparencia Pasiva	1.9	Realizar seguimiento a la publicación actualizada del Plan anual de Adquisiciones en la pagina web institucional de la ESE y en SECOP conforme a la Ley 1150 de 2007 y el Decreto Único Reglamentario 1082 de 2015.	Plan anual publicado y actualizado para la vigencia	Gestión Logística y Comunicaciones	1	02/01/2025	31/12/2025	
Transparencia Pasiva	1.10	Publicación de informes de PQRSDF en página web	Informe de PQRSDF publicado	Gestión de atención al usuario y Oficina de Control Interno	4	02/01/2025	31/12/2025	
Transparencia focalizada	1.11	Elaborar y publicar el informe de Ley de Cuotas, Estado Joven, Inclusión y Diversidad.	Informe reportado a la entidad correspondiente	Oficina Gestión Talento Humano	1	02/01/2025	30/04/2025	

4.2 Componente 2: Mecanismos para la participación ciudadana y rendición de cuentas

El objetivo de este componente es consolidar una estrategia integral de rendición de cuentas en la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel, fomentando la transparencia, la participación ciudadana y la confianza en la gestión pública. Para ello, se evaluarán las acciones implementadas durante la vigencia 2024, se divulgará información relevante sobre indicadores de gestión, ejecución presupuestal, contratos, proyectos estratégicos y avances institucionales, y se organizarán espacios de diálogo ciudadano y audiencias públicas. Asimismo, se actualizará la estrategia de rendición de cuentas, se identificarán y caracterizarán los usuarios y aliados estratégicos, y se sensibilizará a servidores y contratistas. Además, se garantizará la difusión oportuna de los resultados de la gestión a través de diversos canales, asegurando el cumplimiento normativo y fortaleciendo una gestión abierta, transparente y accesible para la ciudadanía.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Componente 2: Mecanismos Para la Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas						Meses de reporte de Avance	
Subcomponente	Actividades		Entregable	Responsable	Cantidad	Fecha Inicio	Fecha Fin
Información de calidad y en lenguaje comprensible	2.1	Actualizar la estrategia de rendición de cuentas que se implementará durante la vigencia, con el objetivo de informar a los ciudadanos sobre la gestión y los resultados del ESE.	Estrategia de Rendición de Cuentas	Cómite de Rendición de Cuentas	1	02/01/2025	10/04/2025
Información de calidad y en lenguaje comprensible	2.2	Efectuar los reportes de la rendición pública de cuentas ante los entes de vigilancia y control correspondiente	Informe de seguimiento mes a mes	Gestión de Planeación y Proyectos	1	02/01/2025	10/04/2025
Información de calidad y en lenguaje comprensible	2.3	Elaborar y divulgar el informe consolidado de gestión de la entidad con el propósito de informar, explicar y compartir los avances y resultados de la gestión ante otras entidades públicas, organismos de control y la sociedad en general.	Informes consolidados de Gestión publicado en la sede electrónica de la Entidad - Menú de Transparencia y Acceso a la Información	Cómite de Rendición de Cuentas	1	02/01/2025	10/04/2025
Diálogo de doble vía con los grupos de valor	2.4	Realizar consulta a los grupos de interés y partes interesadas para identificar las temáticas de mayor interés en los que la Entidad debe rendir cuentas.	Link foro virtual (Preguntas y respuestas)	Cómite de Rendición de Cuentas	1	02/01/2025	10/04/2025
Información de calidad y en lenguaje comprensible	2.5	Anunciar en medios de comunicación impresos y/o digitales de circulación local, acerca de la audiencia pública de rendición de cuentas	Publicaciones que informen a la comunidad de dicha agenda	Cómite de Rendición de Cuentas y Gestión de Comunicaciones	1	02/01/2025	30/06/2025
Diálogo de doble vía con los grupos de valor/ Información de calidad y en lenguaje comprensible	2.6	Organizar y llevar a cabo espacios virtuales y/o presenciales de Rendición de Cuentas con información de calidad y en lenguaje comprensible	Publicación de Estrategia de Rendición de Cuentas y Participación Ciudadana.	Cómite de Rendición de Cuentas	1	02/01/2025	10/04/2025
			Reportes Plan de Acción Publicado en el Menú de Transparencia y Acceso a la Información		1	02/01/2025	10/04/2025
			Audiencia Publica de Rendición de Cuentas		1	02/01/2025	10/04/2025
			Otros espacios de Espacio de diálogo y participación Ciudadana		1	02/01/2025	10/04/2025
Información de calidad y en lenguaje comprensible	2.7	Seguimiento, actualización y publicación de la información institucional mediante el portal web de la entidad	Portal web actualizado.	Cómite de Rendición de Cuentas y Gestión de Comunicaciones	1	02/01/2025	15/12/2025
Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	2.8	Realizar la evaluación de las acciones que se lograron y a la estrategia de Rendición de Cuentas de la vigencia 2024, en concordancia con el Manual Único de Rendición de Cuentas y que incluya: • Fortalezas y debilidades • Temas problemáticos • Propuestas de solución • Respuesta a los Ciudadanos • Asistencia	Informe de Evaluación, Menú de Transparencia y Acceso a la Información	Cómite de Rendición de Cuentas	1	01/05/2025	30/05/2025
Información de calidad y en lenguaje comprensible	2.9	Realizar la publicación trimestral de la ejecución presupuestal y contable en la página web de la ESE.	Reportes Publicados en el Menú de Transparencia y Acceso a la Información	Gestión Financiera	3	02/01/2025	31/12/2025
Responsabilidad en la cultura de la rendición y petición de cuentas	2.10	Publicar en las redes sociales y/o página web de la ESE, información clara y oportuna sobre las actividades y/o acciones desarrolladas, con el objetivo de rendir cuentas de manera continua y promover la gestión abierta y transparente	Piezas gráficas o otros recursos con los enlaces a documentos que den cuenta de las actividades y/o acciones desarrolladas	Gestión de Comunicaciones	4	02/01/2025	31/12/2025
Focalizada	2.11	Identificar y caracterizar usuarios y partes interesadas que participarán en la vigencia en los espacios de rendición de cuentas y diálogos ciudadanos	Documento de caracterización de los usuarios y partes interesadas que participaron en la vigencia en los espacios de rendición de cuentas y diálogos ciudadanos	Cómite de Rendición de Cuentas	1	02/01/2025	10/04/2025
Responsabilidad	2.12	Realizar campaña de sensibilización en materia de rendición de cuentas y participación ciudadana a los servidores, contratistas y grupos de interés del ESE.	Elementos de la campaña de sensibilización (videos, banner, publicaciones, otros)	Cómite de Rendición de Cuentas y Gestión de Comunicaciones	2	02/01/2025	31/12/2025

4.3 Componente 3: Mecanismos Para Mejorar la Atención y Servicio a la Ciudadanía

El objetivo de este componente es fortalecer la gestión del relacionamiento con la ciudadanía en la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel, a través del seguimiento, evaluación y mejora continua de los procesos asociados a las PQRSDF, la implementación del Modelo Integral de Atención a la Ciudadanía y la promoción del uso de un lenguaje claro. Asimismo, se busca garantizar la divulgación transparente de información mediante canales internos y externos, como informes ejecutivos, encuestas de satisfacción y contenidos noticiosos, contribuyendo a una percepción positiva de los usuarios sobre los servicios de la entidad.

Estas acciones integrales también abarcan la verificación del funcionamiento de los canales de atención y la gestión documental, con el propósito de prevenir actos de corrupción y fortalecer la confianza ciudadana en la gestión institucional.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Componente 3: Mecanismos Para Mejorar la Atención y Servicio a la Ciudadanía						Meses de reporte de Avance	
Subcomponente		Actividades	Entregable	Responsable	Cantidad	Fecha Inicio	Fecha Fin
Fortalecimiento del talento humano al servicio del ciudadano	3.1	Realizar una capacitación o sensibilización virtual y/o presencial que incluya la participación de todos los procesos sobre la Guía para la gestión de PQRSDF	Presentación del tema Lista de asistencia Link de las capacitaciones (en caso de ser virtuales) Informe de evaluación y satisfacción	Gestión de Atención al Usuario, Gestión del Talento Humano	1	02/01/2025	31/12/2025
Normativo y Procedimental	3.2	Realizar informes trimestrales de seguimiento frente a los tiempos de respuestas de las PQRS recibidas en la entidad y emitir los reporte para detectar acciones preventivas.	Informes de seguimiento de PQRSDF	Gestión de atención al usuario y Oficina de Control Interno	4	02/01/2025	31/12/2025
Fortalecimiento de los canales de atención	3.3	Divulgar, a través de los canales de comunicación de la ESE, los trámites y servicios que ofrece la entidad, así como los distintos medios de contacto y atención, incluyendo redes sociales, página web y la Oficina de Atención al Usuario.	Piezas gráficas con la información y su publicación a través de los diferentes canales de comunicación	Gestión de Atención al Usuario y Gestión de Comunicaciones	2	02/01/2025	31/12/2025
Fortalecimiento del talento humano al servicio del ciudadano	3.4	Realizar capacitaciones presenciales y virtual en formatos diferentes a la plataforma institucional de capacitaciones, en las siguientes temáticas: Código de Ética e Integridad, Conflicto e intereses, programa de humanización (cuidando al cuidador y estrategia de servicio) para fortalecer los valores en los servidores públicos y la cultura organizacional	Lograr como mínimo el 50% del personal de la ESE capacitado en actividades presenciales y virtuales diferentes a la plataforma institucional de capacitaciones	Gestión de Atención al Usuario, Gestión del Talento Humano	1	02/01/2025	31/12/2025
Análisis de la información de las denuncias de corrupción	3.5	Realizar verificación del adecuado funcionamiento de los canales de atención entre la entidad y la ciudadanía que tienen que ver con los denuncias o quejas por actos de corrupción, incursión en inhabilidades, incompatibilidad es y conflictos de intereses, labor a desarrollar en conjunto con el líder del proceso de atención a la ciudadanía	Acta o informe de verificación del adecuado funcionamiento de los canales anticorrupción implementados en la entidad	Gestión de Atención al Usuario, Gestión de Planeación y Proyectos y Gestión de Control Interno	1	02/01/2025	31/12/2025
Relacionamiento con el ciudadano	3.6	Producir contenido noticioso sobre temas de interés de la ESE, relacionados con la gestión del talento humano, el bienestar y/o la capacitación.	Piezas gráficas con la información y su publicación a través de los diferentes canales de comunicación y correo institucional.	Gestión de Atención al Usuario y Gestión de Comunicaciones	2	02/01/2025	31/12/2025
Planeación estratégica del servicio al ciudadano	3.7	Implementar y realizar seguimiento Semestral a las acciones prioritizadas definidas en el Plan de Participación Social en Salud de la vigencia, acorde a los lineamientos de MinSalud	Informes de cumplimiento Semestral	Gestión de Mercado y Ventas Gestión de Atención al Usuario	2	02/01/2025	31/12/2025

4.4 Componente 4: Mecanismos Para la racionalización de Trámites

El objetivo de este componente es garantizar la eficiencia y actualización de los trámites de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel mediante la participación en capacitaciones, la generación y actualización de estrategias de racionalización de trámites y el reporte de datos en el Sistema Único de Información de Trámites - SUIT. Igualmente, se busca asegurar la confiabilidad y accesibilidad de la información a través de la verificación y actualización del contenido publicado en la página web, específicamente en la sección de trámites y servicios, garantizando el uso de un lenguaje claro. Además, se realizará una revisión constante del inventario de trámites de la entidad y su enlace directo con la página de GOV.CO. En este componente se definen acciones que impulsen la mejora continua, la transparencia y la optimización de los servicios ofrecidos a la ciudadanía.

Componente 4: Mecanismos Para la Racionalización de Trámites						Meses de reporte de Avance	
Subcomponente		Actividades	Entregable	Responsable	Cantidad	Fecha Inicio	Fecha Fin
Identificación de Trámites	4.1	Asistir a capacitaciones programadas por el DAFP sobre actualización de los trámites en el Sistema Único de Información de trámites - SUIT	Evidencia de asistencia	Gestión de Planeación y Proyectos	1	02/01/2025	31/12/2025
Planificación / Identificación y Priorización de Trámites	4.2	Publicar en el SUIT el Plan de Racionalización de trámites y procedimientos priorizados para el 2025	Publicación en el SUIT realizada	Gestión de Planeación y Proyectos y Gestión de la información	1	02/01/2025	31/01/2025
Planificación / Identificación y Priorización de Trámites	4.3	Revisar, actualizar y publicar la información del inventario de trámites de la entidad inscritos en el SUIT	Documento de actualización con lenguaje claro de los trámite	Gestión de Planeación y Proyectos y Gestión de la información	1	02/01/2025	31/12/2025
Acciones anti trámites y Controles de trámites y procedimientos	4.4	Realizar seguimientos al cumplimiento de la estrategia de racionalización de trámites en el SUIT	Informe que sustente el seguimiento al cumplimiento.	Gestión de Planeación y Proyectos	2	02/01/2025	31/12/2025
Acciones anti trámites y Controles de trámites y procedimientos	4.5	Reportar y realizar seguimiento los datos de operación de Trámites registrado en el SUIT	Reporte Actualizado	Gestión de Planeación y Proyectos	4	02/01/2025	31/12/2025

4.5 Componente 5: Mecanismos Para la apertura de Información de Datos Abiertos

El objetivo de este componente es fortalecer la gestión y divulgación de datos abiertos en la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel mediante la publicación de reportes clave en la plataforma de datos abiertos GOV.CO. Estos reportes incluyen información sobre nacidos vivos, Índice de Información Clasificada y Reservada, Registro de Activos de Información, caracterización de la población atendida, informe de PQRSDF, RIPS y principales causas de morbilidad y mortalidad ajustada. Igualmente, este componente abarca la actualización del Plan de Datos de la entidad y la sensibilización de los actores internos sobre la importancia de identificar y

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



abrir datos relevantes. Se busca promover su incorporación en los espacios de la Estrategia de Rendición de Cuentas, con el fin de garantizar la transparencia, fomentar la participación ciudadana y facilitar el acceso oportuno a la información pública.

Componente 5: Mecanismos Para la Publicación de Información de Datos Abiertos					Meses de reporte de Avance	
Subcomponente	Actividades	Entregable	Responsable	Cantidad	Fecha Inicio	Fecha Fin
Apertura de datos para la ciudadanía y grupos de interés	5.1 Actualización del Plan de Datos Abiertos de la entidad	Publicación del Plan de Datos abiertos https://www.hospitalmua.gov.co/TransparenciaAccesoInformacion/MenuTransparencia/Plan_de_Datos_Hospital_Manuel_Urbe_Angel.xlsx	Gestión de Sistemas de Información	1	02/01/2025	31/12/2025
Fortalecimiento de la gestión y divulgación de datos abiertos	5.2 Actualizar y publicar en la plataforma de datos abiertos GOV.CO, el reporte de Nacidos Vivos, Índice de Información Clasificada y Reservada, Registro de Activos de Información, Caracterización población atendida, Informe de PQRSDF, RIPS, Principales causas de morbilidad y mortalidad ajustada, entre otros	Datos Abiertos actualizados y publicados en la Pagina web, Transparencia y acceso a la Información Pública, Item Datos Abiertos y Vículo directo con la actualización en GOV.CO https://www.hospitalmua.gov.co/TransparenciaAccesoInformacion/Paginas/Datos-Abiertos.aspx	Gestión de Sistemas de Información	1	02/01/2025	31/12/2025
Fortalecimiento de la gestión y divulgación de datos abiertos	5.3 Fortalecer la divulgación de datos abiertos de la ESE en alguno de los espacios de la Estrategia de Rendición de Cuentas	Evidencia de socialización	Gestión de Sistemas de Información	1	02/01/2025	31/12/2025

4.6 Componente 6: Mecanismos Para la Participación e Innovación en la Gestión Pública

Mejórame la redacción, coherencia, concordancia y estructura: El objetivo de componente es promover una cultura de innovación y gestión del conocimiento en la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel, mediante la participación en eventos especializados, la capacitación periódica del talento humano en metodologías innovadoras y el seguimiento a la implementación de estrategias de ideación aprobadas previamente. Del mismo modo, se busca fortalecer la interacción con los grupos de valor y proponer nuevas estrategias al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, orientadas a la creación de espacios de innovación en los procesos misionales de la entidad, con el fin de mejorar la calidad de los servicios ofrecidos y fomentar la generación de soluciones creativas y efectivas.

Componente 6: Mecanismos Para la Participación e Innovación en la Gestión Pública					Meses de reporte de Avance	
Subcomponente	Actividades	Entregable	Responsable	Cantidad	Fecha Inicio	Fecha Fin
Iniciativas de Innovación por articulación Institucional	6.1 Participar en evento de innovación y/o de Gestión del conocimiento	Listados de Asistencia o Material del evento	Submesa de Gestión del Conocimiento	1	02/01/2025	31/12/2025
Ciudadanía en la toma de decisiones públicas	6.2 Capacitar al talento humano de la ESE en metodologías innovadoras, con el objetivo de fortalecer la interacción con los grupos de valor, en el marco de los servicios ofrecidos por la entidad.	Listados de Asistencia o Material del estudio	Submesa de Gestión del Conocimiento	1	02/01/2025	31/12/2025
Iniciativas de Innovación por articulación Institucional	6.3 Hacer seguimiento a la implementación de la estrategia para el desarrollo de espacios de ideación e innovación aprobada en el 2025	Informe de reporte de seguimiento a la implementación de la estrategia	Submesa de Gestión del Conocimiento	1	02/01/2025	31/12/2025
Iniciativas de Innovación por articulación Institucional / Ciudadanía en la toma de decisiones públicas	6.4 Impulsar estrategia para desarrollar espacios de ideación e innovación en las dependencias misionales.	Informe de reporte de seguimiento a la implementación de la estrategia	Submesa de Gestión del Conocimiento	1	02/01/2025	31/12/2025

4.7 Componente 7: Mecanismos Para la Promoción de la Integridad y la Ética Pública

El objetivo de este componente es consolidar una cultura organizacional basada en la integridad y los valores éticos en la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel, a través de la capacitación continua y la sensibilización del talento humano sobre los principios y valores institucionales. De este modo, se promoverá la apropiación del Código de Integridad mediante actividades de sensibilización y la difusión de cursos virtuales en transparencia y lucha contra la corrupción. Paralelamente, se fortalecerán los mecanismos de seguimiento a la declaración de bienes, rentas y conflictos de interés, así como la identificación de riesgos de integridad, con el fin de garantizar el compromiso de los servidores públicos con los principios éticos de la ESE y fomentar un entorno laboral transparente y responsable.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Componente 7: Mecanismos Para la Promoción de la Integridad y la ética pública						Meses de reporte de Avance	
Subcomponente	Actividades		Entregable	Responsable	Cantidad	Fecha Inicio	Fecha Fin
Iniciativas adicionales / Participación en las estrategias distritales de integridad	7.1	Ejecutar actividades, seguimiento y/o capacitaciones referentes a la declaración de bienes y rentas, y de conflictos de interés en el marco de la Política de Integridad.	Informe de actividades y/o capacitaciones referentes a la declaración de conflictos de interés en el marco de la Política de Integridad.	Gestión del Talento Humano	1	02/01/2025	31/12/2025
			Seguimiento a la presentación de la declaración de Interposición de Impedimentos y Recusaciones por parte y/o en contra de los servidores y colaboradores de la entidad			02/01/2025	31/12/2025
			Seguimiento a la presentación de la declaración anual de bienes y rentas y la declaración de conflictos de interés, por parte de los servidores de la ESE en SIGEP II		1	02/01/2025	31/12/2025
			Seguimiento a la presentación de la declaración anual de bienes y rentas y la declaración de conflictos de interés, por parte de los contratistas y proveedores de la ESE en SIGEP II		1	02/01/2025	31/12/2025
Legalidad e integridad	7.2	Ejecutar actividades y/o capacitaciones en el marco de la estrategia del código de integridad, del Plan de Bienestar Social y Plan de Capacitación Institucional.	Informe de actividades y/o capacitaciones en el marco de la estrategia del código de integridad, del Plan de Bienestar Social y Plan de Capacitación Institucional.	Gestión del Talento Humano	1	02/01/2025	31/12/2025
Promoción de la Integridad en las instituciones y grupos de interés	7.3	Planear la semana de la Integridad para promover la aplicación de los valores y principios institucionales	Presentación sobre la metodología para desarrollar la semana de la integridad vigencia 2025	Gestión del Talento Humano y Gestión de Comunicaciones	1	02/01/2025	31/12/2025
			Soportes de la implementación y divulgación de la información		1	02/01/2025	31/12/2025
			Funcionarios que participaron y se beneficiaron de la celebración en la semana de la Integridad		1	02/01/2025	31/12/2025
Participación en las estrategias de integridad / Promoción de la Integridad en las instituciones y grupos de interés	7.4	Continuar el proceso de promoción del Curso virtual de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción disponible a través de la plataforma EVA del Departamento Administrativo de la Función Pública, entre los servidores y colaboradores de la entidad y como estrategia de reintroducción habilitar en la plataforma institucional curso del capacitación en Código de Ética e Integridad, tipologías de conflicto de interés e implementación de los riesgos de integridad en la entidad	Soporte de piezas comunicativas Evaluación al Plan Anual de Capacitación por procesos Material de estudio	Submesa de Gestión del Conocimiento, Gestión del Talento Humano y Gestión de Comunicaciones	1	02/01/2025	31/12/2025
Programa de Gestión de Integridad	7.5	Identificar el nivel de apropiación del código de integridad en la entidad a través de encuesta y presentar resultados ante el Comité de	Herramienta de Aplicación Informe de los resultados de la encuesta	Gestión del Talento Humano	1	02/01/2025	31/12/2025
			Informe del resultados de la apropiación del código de integridad		1	02/01/2025	31/12/2025

4.8 Componente 8: Mecanismos Para la Gestión de Riesgos de Corrupción y Medidas de Debida Diligencia

El objetivo de este componente es fortalecer la gestión integral de riesgos al interior de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel, mediante la capacitación de funcionarios y contratistas en riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno, gestión, y seguridad de la información, así como la revisión, actualización y seguimiento de las matrices de riesgos en concordancia con las guías y políticas establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP. Además, se busca garantizar la efectiva administración de riesgos de corrupción y seguridad de la información a través del monitoreo continuo de las matrices de riesgos, alineadas con el Programa de Transparencia y Ética Empresarial, y la implementación de un enfoque basado en las tres líneas de defensa, fortaleciendo así la transparencia, la ética y la seguridad institucional. Adicional, se definen acciones para lograr cumplimiento efectivo de las medidas de prevención y mitigación del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo al interior de la ESE, mediante el seguimiento y la verificación a los diferentes grupos de interés de medidas cautelares en el ejercicio de la debida diligencia, asegurando su adecuada gestión por parte del Oficial de cumplimiento y en concordancia con la normativa vigente, con el fin de promover la integridad, la transparencia y la seguridad en la gestión de la entidad.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Componente 8: Mecanismos Para la gestión de Riesgos de Corrupción y Medidas de Debida Diligencia						Meses de reporte de Avance	
Subcomponente	Actividades		Entregable	Responsable	Cantidad	Fecha Inicio	Fecha Fin
Consulta y divulgación	8.1	Realizar capacitación para funcionarios y contratistas de la Entidad sobre Riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno incluyendo la transición del PAAC al PTEE de manera presencial o virtual.	Material de estudios y lista de funcionarios que realizaron la capacitación	Gestión de Planeación y Proyectos	1	02/01/2025	31/12/2025
Política de Administración de Riesgos	8.2	Documentar la metodología para la segmentación de riesgos, incluyendo riesgos de Corrupción, opacidad, fraude y soborno.	Documento consolidado y publicado	Gestión de Planeación y Proyectos	1	02/01/2025	31/12/2025
Política de Administración de Riesgos	8.3	Actualizar y socializar el manual del sistema integrado de administración de riesgos (SIGR) y sus políticas, incorporando las modificaciones contenidas en la guía de la función pública V6, particularmente en lo que respecta a riesgo fiscal.	Manual actualizado y socializado	Gestión de Planeación y Proyectos	1	02/01/2025	31/12/2025
Seguimiento	8.4	Revisión y presentación a la Junta directiva: • Política de Protección al Denunciante (ya incluida en el manual de políticas) • Transición de PAAC a PTEE dentro del cual se incluye el manual de prevención de sobornos y COF • Metodología para la segmentación de riesgos • Eficiencia y efectividad del PTEE y los resultados de la gestión.	Presentación y divulgación en Junta Directiva	Gestión de Planeación y Proyectos	1	02/01/2025	31/12/2025
Consulta y divulgación	8.5	Publicación en página web, en intranet, en correo electrónico, en instancias y en los espacios de participación (PIC, asociación de usuarios, rendición pública de cuentas), en el aviso de confidencialidad	Soporte de piezas comunicativas	Gestión de Planeación y Proyectos	1	02/01/2025	31/12/2025
Monitoreo o revisión	8.6	Verificar y de ser el caso actualizar las acciones pertinentes contra los administradores, asociados y cualquier empleado de la entidad, cuando cualquiera de los anteriores infrinja lo previsto en el PTEE. (Conducto regular con talento humano)	Conducto regular actualizado	Gestión de Talento Humano Gestión de Planeación y Proyectos	1	02/01/2025	31/12/2025
Mapa de Riesgos de Corrupción	8.7	Realizar el monitoreo de los mapas de riesgos de procesos y de corrupción de la vigencia 2024-2025	Evaluación mapa de riesgos institucional	Jes de Procesos Gestión de Planeación y Proyectos Gestión de Control Interno.	1	02/01/2025	31/12/2025
Mapa de Riesgos Institucionales	8.8	Actualizar mapa de riesgos institucional para la vigencia 2025-2026 según análisis de cumplimiento la metodología incorporada por el hospital atendiendo a la normatividad vigente (incluye mesas de trabajo)	Mapa de riesgos institucional actualizados	Jes de Procesos Gestión de Planeación y Proyectos Gestión de Control Interno.	1	02/01/2025	31/12/2025
Consulta y divulgación	8.9	Socializar a través de los diferentes medios de comunicación y espacios de participación ciudadana, de la ESE el documento de transición del PAAC al PTEE, incluyendo beneficios y consecuencia de su aplicación, en articulación con los mecanismos para la Gestión de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.	Soporte de piezas comunicativas	Gestión de Planeación y Proyectos	1	02/01/2025	31/12/2025
Seguimiento	8.10	Efectuar seguimientos a la gestión institucional y elaborar los informes de ley	Informes según plan de auditorías de seguimiento.	Gestión de Planeación y Proyectos Gestión de Control Interno.	2	02/01/2025	31/12/2025
Seguimiento	8.11	Matriz del seguimiento de Debida Diligencia actualizada e informe de verificación de solitud de validación de todos los proveedores y contratistas.	Matriz actualizada y con seguimiento de trazabilidad de número de solicitudes realizadas / número de proveedores con que se realiza contratación	Gestión de Planeación y Proyectos	2	02/01/2025	31/12/2025

5. Medidas de Prevención y Mitigación

5.1. Medidas de Prevención

Las medidas de prevención buscan evitar que ocurran actos de corrupción o antiéticos en primer lugar.

5.1.1 Marco Normativo y Político

Se cuenta con un programa de articulación en transparencia, ética e integridad, articulación de y conducta, el cuál agrupa la gestión que se realiza en:

- Código de Conducta y buen gobierno (MMC016, revisión No. 1 de agosto de 2023) según resolución institucional No. 2688 del 13/07/2018 según la Circular 3 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud y normatividades posteriores que lo han modificado
- Código de ética e integridad: El hospital cuenta con un código (MTH001, edición No. 3 de septiembre de 2023) que es claro y comprensible para todos los empleados, directivos, proveedores y contratistas. Este documento define principios éticos, prohíbe expresamente el soborno, los conflictos de interés y el fraude, y detalla las consecuencias de su

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



incumplimiento, su gestión se realiza a través de la sub-mesa de ética e integridad adscrita al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

- Manual del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos – SIGR (MGE003, Edición No. 5 Revisión No. 1, fechada de agosto de 2023) según resolución institucional No. 3077 de 28/09/2022, y en el marco de la Circular 4-5 de 2021
- Manual Específico del SARLAFT/FPDAM, Soborno y SICOE (MGE009, revisión No. 6 edición 2 de abril de 2025) según Resoluciones institucionales No. 2108 del 27/12/2016, Resolución institucional No. 3077 del 28/09/2022 y Resolución Institucional No. 510 del 22/02/2023, todas las anteriores en el marco de la Circular 9 de 2016, Circular 4-5 de 2021, Circular 5-5 de 2021, Circular 53-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud
- Transición al programa de transparencia y ética empresarial (TGE009) que actualizó el PAAC, según resolución institucional No. 1231 del 6/05/2025, Edición No. 10, en el marco de la Circular 53-5 de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud, el Decreto 1122 de 2024 que estableció el Programa de Transparencia y Ética Pública, del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, en el marco de la Ley 2195 de 2022 (Medidas de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción)
- Manual de políticas institucionales MGE002, específicamente la política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.

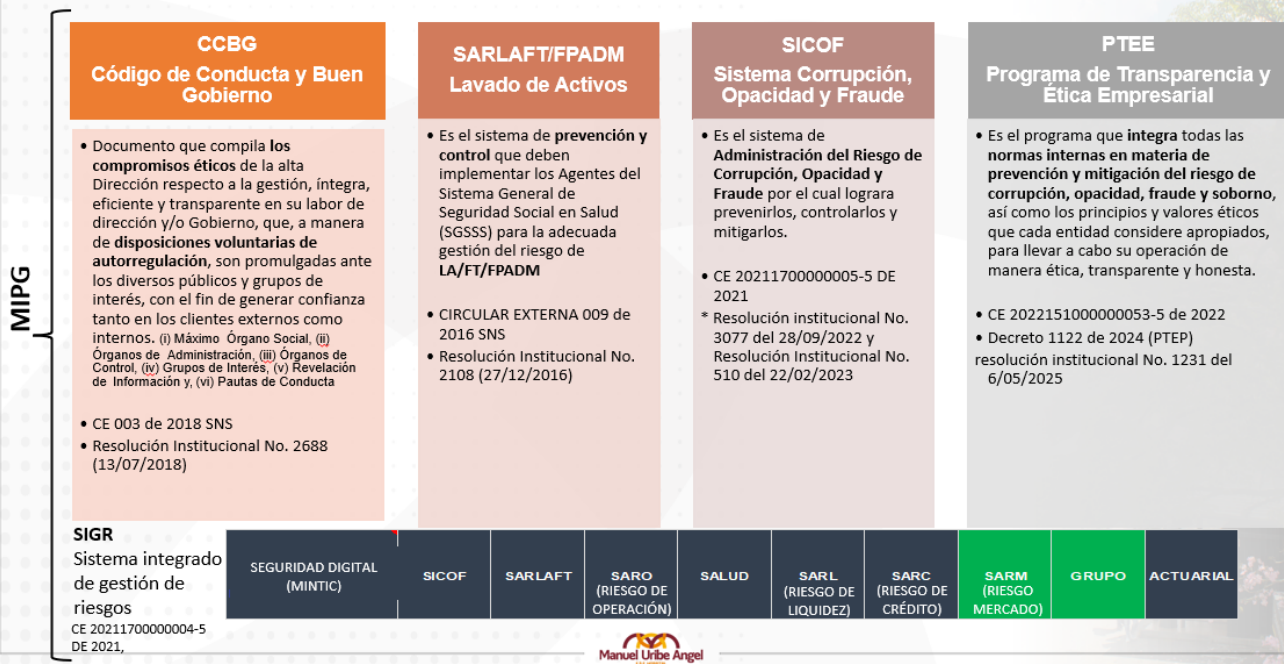
5.1.2 Capacitación y Concientización

En el marco del Plan Institucional de Capacitaciones, se realiza capacitaciones presenciales y/o virtuales, incluyendo inducciones y reinducciones, con el objetivo es crear una cultura de integridad donde todos los miembros de la organización comprendan su papel en la prevención de la corrupción, estas capacitaciones son obligatorias sobre el código de ética, las políticas anticorrupción y la identificación de riesgos, dichas capacitaciones son adaptadas a los diferentes procesos y roles dentro del hospital (personal médico, administrativo, de compras, etc.) para que sean relevantes.

Además en el marco de la campaña “Manolito se autocontrola” se gestiona la socialización de los aspectos relacionados con la articulación de los componentes de transparencia, ética e integridad

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025

ARTICULACIÓN TRANSPARENCIA, ÉTICA E INTEGRIDAD



5.1.3. Gestión de Riesgos de Soborno, Corrupción, Opacidad y Fraude

En cada uno de los componentes y actividades de los subcomponentes se asigna el responsable de la gestión y la fecha o rango de tiempo para la ejecución y cumplimiento del PTEE, en el marco del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (MGE003)

Con el objetivo de garantizar el cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) 2025, se establece un proceso basado en una estructura de control definida por tres líneas de defensa. Estas líneas serán explicadas a continuación, junto con los actores responsables de su implementación, asegurando un enfoque integral y coordinado en la promoción de la transparencia y la ética institucional.

5.1.3.1. La primera línea de defensa

Tiene como objetivo principal monitorear la implementación de las actividades previstas en el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), garantizando su correcta materialización. Esta línea está conformada por los líderes de los procesos y sus respectivos equipos de trabajo, quienes, desde su conocimiento y responsabilidad, aseguran el desarrollo efectivo de las acciones planificadas en concordancia con los lineamientos establecidos.

5.1.3.2 Segunda Línea de Defensa

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



La segunda línea de defensa tiene como propósito administrar y supervisar la correcta implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) del hospital. Para ello, realiza el seguimiento a la evaluación realizada por los jefes de procesos en cada una de las matrices de riegos, realizando la adecuada consolidación y seguimiento de la información. Esta línea de defensa está integrada por el proceso de Gestión de Planeación y proyectos, como responsable de esta función estratégica.

5.1.3.3 Tercera Línea de Defensa

La tercera línea de defensa tiene como objetivo principal llevar a cabo los procesos de auditoría y emitir propuestas de mejora bajo una revisión final, asegurando así el cumplimiento de los estándares establecidos en el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE). Esta línea, encargada de realizar una evaluación independiente y objetiva, está conformada por la Oficina de Control Interno (OCI), que actúa como garante del control y la mejora continua dentro de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel.

5.1.4. Debida Diligencia

Haciendo uso de las herramientas tecnológicas, el oficial de cumplimiento liderará junto con su equipo de trabajo, la práctica periódica de las debidas diligencias relacionadas con la solvencia moral y económica de las partes interesadas.

5.1.5. Canales de Denuncia

El hospital cuenta con canales de denuncia seguros, anónimos y confidencial para que cualquier persona pueda reportar sospechas de actos irregulares sin temor a represalias. Estos son gestionados por personal imparcial y actuando de conformidad con la política de protección al denunciante.

- Buzón virtual de PQRS a través de página web, que puede ser anónimo, <https://www.hospitalmua.gov.co/Atencionserviciosciudadania/Paginas/RegistroPQRSDF.aspx>, donde entre otros puede realizar las denuncias relacionadas con: Denuncias COF (corrupción, opacidad y fraude) y soborno, Conflicto de interés, Mal uso de los recursos, Falsedad en documentos, Irregularidades en el cumplimiento de políticas, Problemas que afectan la imagen corporativa, Revelación o uso indebido de la información.
- Por correo electrónico: relacionando en el asunto del correo la palabra corrupción y/o Transparencia correo electrónico del oficial de cumplimiento, Elkin Palacio Herrera, E-mail: epalacio@hospitalmua.gov.co y/o al correo electrónico a control interno, E-mail: gprios@hospitalmua.gov.co

5.2. Medidas de Mitigación

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Las medidas de mitigación se aplican cuando ya se ha identificado un riesgo o un incidente, con el fin de minimizar su impacto y evitar que se repita.

5.2.1. Procedimientos de Investigación y Sanción

Se apertura un expediente de investigación según la naturaleza de la denuncia, descripción de los hechos, personas involucradas, documentos y pruebas. Esta información es transferida al Comité de Control Interno Disciplinario para acorde con los procedimientos definidos, realizará la comprobación de la pruebas, y según corresponda podrá practicar entrevistas u otras pruebas, para finalmente determinar responsabilidades.

5.2.2. Controles Financieros y Operativos

Se tienen definidos controles rigurosos en los procesos administrativos y financieros más vulnerables, priorizando los de la gestión presupuestal, compras, servicio farmacéutico, dichos controles incluyen múltiples niveles de aprobación en las transacciones, auditorías internas y externas frecuentes para verificar la exactitud de los registros y eventualmente la rotación de personal en roles clave para evitar lazos de complicidad.

5.2.3. Recuperación de Activos

En caso de que se demuestre un desvío de fondos o un acto de corrupción que haya causado un perjuicio económico, el hospital activará mecanismos para recuperar los activos perdidos. Esto puede incluir acciones legales para la restitución de fondos o la ejecución de garantías contractuales.

5.2.4. Mejora Continua

Después de un incidente, es crucial realizar un análisis de causa raíz para entender por qué ocurrió y ajustar las medidas de prevención y mitigación para evitar que se repita. Este enfoque de mejora continua asegura que el PTEE se mantenga relevante y efectivo frente a nuevos riesgos y desafíos.

6. Presupuesto:

El presupuesto de la ESE está inmersa en la propia operación de los procesos, para ello los líderes responsables de las actividades tiene definidas las acciones que dentro de la gestión del proceso irán incorporando y aplicando con sus equipos de trabajo.

- La mano de obra: se cuenta con el personal vinculado quienes en sus funciones implementaran las estrategias, el seguimiento, monitoreo y evaluación a las mismas.
- Gastos de mantenimiento y actualización de los sistemas de información, que incluye también los gastos para la implementación de las estrategias de gobierno en línea como espacio para la información, interacción, transacción, transformación y democratización de

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



la información institucional de acuerdo con las acciones priorizadas para la vigencia en el Plan Operativo Institucional de la vigencia 2025.

7. Indicadores.

Los indicadores de evaluación del Plan de Transparencia y Ética Empresarial son:

- 7.1 Porcentaje de cumplimiento de las acciones definidas por cada componente
- 7.2 Cobertura poblacional al cual se le socializa el PTEE anual
- 7.3 Calificación promedio en el conocimiento de las estrategias del Plan.

8. Monitoreo y Seguimiento

El monitoreo de las acciones del Plan de Transparencia y Ética Empresarial para la vigencia, estará a cargo del Comité de Control Interno y Calidad-CCCIC, siendo la Oficina de Planeación y Proyectos la encargada de facilitar, articular y consolidar la formulación de éste, e igualmente realizar el seguimiento a las acciones e indicadores y al igual que la Jefe de Control interno brindar asesoría a la primera línea de defensa en la implementación de los controles y acciones establecidos en la matriz de riesgos.

Así mismo en concordancia con la cultura del autocontrol, los líderes de los procesos como primera línea de defensa, en conjunto con sus equipos de trabajo deben monitorear y revisar periódicamente el documento del Mapa de Riesgos, con énfasis en los riesgos de Corrupción, Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, dejando registro por escrito de su justificación.

El jefe de Control Interno o quien haga sus veces es la encargada de verificar y evaluar la elaboración, publicación, socialización, seguimiento y control del Plan de Transparencia y Ética Empresarial. Cuando corresponda podrá solicitar la inclusión de las actividades no cumplidas en los planes de mejoramiento, dejando evidencia de ello en el informe de seguimiento y control, así como en el formato institucional definido para tal fin.

Fechas de seguimientos y publicación:

Desde el proceso de Gestión de Planeación y Proyectos como segunda línea de defensa en conjunto con la primera línea de defensa, estará a cargo de los seguimientos semestrales y el aporte de evidencias, así:

Primer seguimiento: Con corte al 30 de junio. En esa medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (15) primeros días hábiles del mes de julio.

Transición al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PAAC-PTEE) Vigencia 2025



Segundo seguimiento: Con corte al 31 de diciembre. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (15) primeros días hábiles del mes de enero.

La Oficina de Control Interno realizará seguimiento dos (2) veces al año, a más tardar al último día del mes subsiguiente a la fecha de corte, es decir al 31 de julio y al 31 de enero de cada año.

Retrasos: En caso de que la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, detecte retrasos o demoras o algún tipo de incumplimiento de las fechas establecidas en el cronograma del Plan de Transparencia y Ética Empresarial, deberá informarle al responsable para que se realicen las acciones orientadas a cumplir la actividad de que se trate.