

SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA



ALEJANDRO MUÑOZ ARREDONDO
ASESOR DE CONTROL INTERNO

Período evaluado:
Primer Cuatrimestre 2026

Fecha de elaboración:
MAYO 2026

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Asesora de Control Interno de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, en cumplimiento de las funciones establecidas en el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en el artículo 9 de la Ley 87 de 1993 y el rol de evaluación y seguimiento señalado en el Decreto 648 de 2017 y las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), realizó el seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEE) adoptado por la Entidad. Este seguimiento tiene como propósito verificar el grado de avance en la implementación de los componentes establecidos por el Decreto 1122 de 2024, “por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022”, en relación con los Programas de Transparencia y Ética Pública, así como el cumplimiento de los lineamientos impartidos por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). El PTEP constituye un instrumento esencial dentro de la política de Transparencia, Integridad y Lucha contra la Corrupción, orientado a promover una cultura institucional basada en la legalidad, la ética y la confianza ciudadana, mediante acciones preventivas, pedagógicas y de control que fortalezcan la integridad pública y el buen gobierno.

El presente documento tiene el propósito de entregar a la alta dirección del Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, el seguimiento de las actividades del Programa de Transparencia y Ética Pública el cual fue implementado en el periodo del **1 de Enero al 30 de Abril del 2026**, a su vez el presente informe consolida los resultados del seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Control Interno, identificando el nivel de avance, las fortalezas, las oportunidades de mejora y las recomendaciones dirigidas a la ya dicha alta dirección, con el fin de garantizar la efectividad, sostenibilidad y cumplimiento del PTEP dentro del marco normativo vigente, ofreciendo una perspectiva crítica que contribuya al fortalecimiento continuo de la ética institucional, la transparencia activa y la confianza ciudadana.

Esto incluye la verificación de las actividades y estrategias de los componentes que deben ser incluidos en el Programa, así:

- Primer componente: Gestión de riesgos de corrupción.
- Segundo componente: Gestión de riesgos de lavado de Activos (LA), financiación al terrorismo (FE) y la proliferación de armas de destrucción masiva (FP) y canales de denuncia.
- Tercer componente: Rendición de cuentas.
- Cuarto componente: Racionalización de tramites.

- Quinto componente: Mecanismos para la transparencia y acceso a la información pública.
- Sexto componente: Iniciativa adicional.

OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN

Realizar seguimiento, verificar y determinar el avance en el cumplimiento de las estrategias y actividades establecidas dentro del Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP para el periodo entre los meses de Enero y Abril del 2026, en sus cinco componentes, con el fin de proponer las respectivas recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la entidad.

ALCANCE

Evaluar la ejecución, las estrategias y acciones contenidas en el Programa de Transparencia y Ética Pública del ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia - Vigencia 2026, aplica para todos los funcionarios y contratistas, en la ejecución de sus procesos y el desarrollo de sus funciones o actividades.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de este seguimiento se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Revisión documental (procedimientos, normas internas y normativa externa).
- Revisión del Programa de Transparencia y Ética Pública aprobado para el año 2026.
- Verificación por componentes.
- Elaboración del informe y recomendaciones

DESARROLLO

SUBCOMPONENTE	ACTIVIDADES	META/ PRODUCTO	RESPONSABLE	PLAZO	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
					Si	No	Parci al/	
COMPONENTE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN								
Subcomponente 1 Política de Administración de Riesgos de Corrupción	1.1 Socializar - publicar la política de administración de riesgos.	Política de Administración de Riesgos de Corrupción y el Programa de Transparencia y Ética Pública publicados en la página web institucional.	Líder de comunicaciones	Enero 31 de 2026	X			Se encuentra publicada y socializada la política de administración de riesgos en la página web institucional, al igual que el PTEP.
Subcomponente 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	2.1 Actualizar la identificación y valoración de los riesgos de corrupción.	Mapa de riesgos de corrupción	Líder de planeación y Líderes de procesos	Enero 31 de 2026	X			Se actualiza el mapa de riesgos de corrupción.
Subcomponente 3 Consulta y divulgación	3.1 Publicar y divulgar el Mapa de riesgos de corrupción.	Mapa de riesgos de corrupción publicado en sitio web y/o cartelera	Líder de comunicaciones	Enero 31 de 2026	X			Se publica y socializa el mapa de riesgos de corrupción en enero del 2026.

Subcomponente 4 Monitoreo o revisión	4.1	Realizar seguimiento periódico al Mapa de Riesgos de Corrupción.	Realizar tres "3" seguimientos.	Asesor control interno	Cuatrimestr e	X			Se realiza el seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano, primer cuatrimestre del 2026.
Subcomponente 5 Seguimiento	5.1								

COMPONENTE 2. GESTIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS (LA), FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (FE) Y LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (FP) Y CANALES DE DENUNCIA.						Si	No	Parcial/	OBSERVACIONES
Subcomponente 1. Redes Interinstitucionales y Canales de Denuncia	2.1	Canales de atención.	Brindar una eficiente atención a la ciudadanía y a los grupos de interés.	SIAU, Líder Archivo, Líder de Comunicaciones.	Trimestral			X	Los canales de atención están operando, el informe de seguimiento trimestral no se ha realizado.
	2.2	Canales de denuncia.	Prevención y control de acciones, conductas, faltas o situaciones que provengan de actividades ilícitas de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva o relacionadas.	Subgerencia Administrativa y Financiera. Asesor Jurídico.	Mensualmente	X			Los canales de denuncia están operando, los cuales se les hace seguimiento, a su vez en contratación se hace la verificación de SARLAFT a todos los contratos y/o contratistas.

COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS						Si	No	Parcial/	OBSERVACIONES
Subcomponente 1 Información de calidad y en lenguaje comprensible	1.1	Identificar y analizar todos los insumos requeridos para asegurar la rendición pública de cuentas.	Informes escritos y presentaciones, según corresponda. Publicaciones en redes sociales. Registros de reporte de informes.	Líder de planeación y líder de comunicaciones. Gerente, subgerentes y equipo asignado.	Abril de 2026	X			Los informes y presentación de la rendición de cuentas fueron realizados según los tiempos asignados.
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2.1	Informar cronograma de audiencia pública de rendición de cuentas.	Cronograma publicado en página web Socialización en medios de amplia circulación.	Líder de comunicaciones.	Según programación y/o invitación del concejo municipal	X			Cada vez que se programa y/o cuando es citada la Entidad a rendir informes al concejo municipal, se genera presentación de informe.
Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3.1	Informar a los usuarios los mecanismos de participación	Incluir en la audiencia de rendición de cuentas realizada los mecanismos que tiene la institución para fortalecer la participación ciudadana	Gerente, subgerentes. Líder de comunicaciones	Abril de 2026	X			Se realizan las respectivas invitaciones para rendición de cuentas.

	3.2	Publicar los informes de gestión y de rendición de cuentas en los distintos canales de comunicación que dispone el hospital.	Informes publicados en la página web.	Líder de comunicaciones.	Abril de 2026	X			Los informes y presentación de la rendición de cuentas fueron realizados y publicados según los tiempos asignados.
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1	Evaluar y verificar el cumplimiento de la estrategia de rendición de cuentas frente a los mecanismos de participación ciudadana	Informe de cumplimiento	Asesor de control interno de gestión	Abril de 2026	X			Se realiza el informe de seguimiento a la rendición de cuentas vigencia 20256.

COMPONENTE 4: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES						Si	No	Parcial/	OBSERVACIONES
Subcomponente 1 Racionalización de Trámites	1.1	Revisar y ajustar (si es necesario) los tramites en el SUIT.	Tramites ajustados	Personal asignado	Semestral				Semestralmente se generarán seguimientos a los tramites del registrados en el SUIT.
	1.2	Realizar seguimiento a la gestión de trámites.	Seguimiento y medición Evidenciado en el SUIT	Asesor de control interno de gestión	Cuatrimestral	X			Se realiza seguimiento por medio del informe de seguimiento al programa de transparencia y ética pública.

COMPONENTE 5: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN						Si	No	Parcial/	OBSERVACIONES
Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa	1.1	Publicación permanente de información de interés general y requeridas por Ley de Transparencia, en sitio web.	Información publicada en sitio web	Líder comunicaciones	Permanente	X			Se encuentra al día las publicaciones de transparencia en la Web de la Entidad.
	1.2	Realizar evaluación de implementación de la ley 1712 de 2014.	Informe de evaluación de implementación de la ley de transparencia.	Asesor de control interno	Octubre de 2026				
Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1	Realizar reporte y respuesta oportuna a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.	Registros de respuesta a PQRS	Líder de atención al usuario	Permanente	X			Se hacen las respectivas respuestas de PQRSF en el tiempo establecido por la norma.

Subcomponente 3 Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	3.1	Actualizar y revisar los instrumentos de información	Instrumentos de gestión de información con los lineamientos del Programa de Gestión Documental y la Ley 1712 de 2014.	Referente de Experiencia al usuario Comunicaciones Gestión documental.	Diciembre de 2026				
	3.3	Actualizar el índice de información clasificada y reservada.			Diciembre de 2026				
Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	4.1	Realizar diagnóstico de la NTC 6047 (accesibilidad a espacios físicos).	Diagnóstico documentado	Líder de atención al usuario	Abril de 2026		X		A la fecha no se ha generado.
Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.1	Realizar seguimiento de la correspondencia de la entidad.	Informe de Seguimiento	Líder de atención al usuario. Asesor de Control Interno.	Semestralmente				

COMPONENTE 6: INICIATIVA ADICIONAL						Si	No	Parcial/	OBSERVACIONES
Subcomponente 1 Código de integridad	6.1	Realizar actividad de interiorización y fomento del código de integridad de la institución.	Acta de taller o actividad interiorización y fomento	Líder de talento humano Asesor de Control Interno Disciplinario	Diciembre de 2026	X			Se realizo en el mes de Abril capacitación del código de integridad.
	6.1	Realizar seguimiento a la aplicación de conductas asociadas al código de integridad.	Consolidado de percepción de aplicación de conductas asociadas al código de integridad	Líder de talento humano Asesor de Control Interno Disciplinario	Diciembre de 2026				

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

La Oficina de Control Interno, como tercera línea de defensa, en la actividad de revisión de manera independiente y objetiva, presenta las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- Las actividades del Programa de Transparencia y Ética Pública programadas entre los meses de Enero - Abril del 2026, meses que hacen parte integral del informe Primer Cuatrimestre del 2026, se cumplieron en un 90%.

- Se evidenció el compromiso de los líderes del proceso con la Integridad Pública y la Transformación de la Gestión Institucional. Dicho compromiso se refleja en el cumplimiento de las actividades establecidas en el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) dando un 90% de ejecución, contribuyendo al fortalecimiento de la cultura organizacional y al cumplimiento de los principios de Buen Gobierno y Transparencia.
- Aplicar por parte de los responsables de cada proceso, la cultura de autocontrol, en el cumplimiento de las actividades propuestas.
- Continuar garantizando el cumplimiento de los derechos de acceso a la información, participar y vigilar la gestión pública.
- Teniendo en cuenta que el Programa de Transparencia y Ética Pública, es un documento que se encuentra en proceso de transición, su estructura puede ser mejorada. Por lo tanto, es importante que los procesos que conforman este programa, analicen y evalúen sus componentes, sus actividades y productos entregables, con el objeto de realizar los ajustes necesarios, modificaciones o reformulaciones, con el fin de consolidar un instrumento efectivo y garante de estrategias de lucha contra la corrupción.
- Es importante continuar con la atención en términos de oportunidad y calidad a los usuarios que acuden por los servicios de la Entidad teniendo en cuenta nuestro nivel de complejidad.
- Dar cumplimiento a la Ley 1712 de 2014 (Ley de Transparencia) a las normas establecidas y existentes para las entidades públicas en materia de información mínima a publicar en la página web institucional, estableciendo responsabilidades específicas en materia de administración y actualización permanente de la página web de la entidad.
- Se recomienda realizar el informe de diagnóstico de la Entidad en la norma técnica 6047 (accesibilidad a espacios públicos).
- Dando cumplimiento la Circular Externa N° 100-004-2025 de la Función Pública, en la cual se establecen las orientaciones para la entrega del cargo de los servidores de Control Interno por terminación del periodo 2022–2025, el Asesor de Control Interno de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, realizó verificación de información con corte al mes de Diciembre de 2025, en donde no se evidenciaron los datos e informes de los meses del año 2025.

CONTROL DOCUMENTAL	
Fecha de elaboración:	Mayo de 2026
Oficio proyectado por:	Alejandro Muñoz Arredondo.