

Monquirá, Boyacá, junio de 2026

**DOCTORA
MARITZA DAVILA BARON
GERENTE
HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRA**

REFERENCIA: Remisión Informe de Seguimiento a los avances del Programa de Transparencia y Ética Pública – (PTEP) – primer cuatrimestre de 2026.

Cordial saludo, esperando que sus labores diarias se desarrollen con éxito y satisfacción.

La suscrita Asesora de Control Interno, en concordancia con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 y el Decreto 648 de 2017 —que establece, entre otros, los roles orientados a la prevención, el liderazgo estratégico, la evaluación y el seguimiento—, y en el marco de lo señalado por el Decreto 403 de 2020, efectuó seguimiento al avance del Programa de Transparencia y Ética Pública correspondiente al primer cuatrimestre del año 2026 (enero, febrero, marzo y abril).

Dicho seguimiento se realizó con base en la información remitida por el Ingeniero Carlos Mario González vía correo electrónico el pasado 09 de junio de 2026. Información validada con el apoyo del Ingeniero Diego Fernando Rivera, jefe de la Oficina Asesora de Planeación.

El Programa de Transparencia y Ética Pública se creó a partir del artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, el cual modificó el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, que antes establecía el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. La Ley 2195 de 2022 busca fortalecer la lucha contra la corrupción implementando este nuevo programa para promover la cultura de la legalidad y gestionar los riesgos de corrupción en las entidades públicas.

Del análisis efectuado se evidencia un nivel de cumplimiento del 34% de las actividades programadas, de acuerdo con los soportes de ejecución presentados, conforme se observa a continuación:

		RESULTADO SEGUIMIENTO I CUATRIMESTRE					34%	
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	REPORTES/ MONITOREO PRIMERA LINEA	MEDICION MONITOREO PRIMERA LINEA	INDICADOR ES	METAS	RESPONSAB LE	RESULTAD O SEGUIMIEN TO OACI	SEGUIMIENTO OACI
Gestión de riesgos para la integridad pública								
Realizar actualización de riesgos de corrupción, opacidad, fraude soborno mediante el diligenciamiento de la matriz de riesgos	Planificar y socializar la metodología para la identificación de riesgos							
	Realizar el levantamiento y diligenciamiento de la matriz de riesgos con los responsables de proceso		0%	Matriz de riesgos de corrupción consolidada y aprobada en CIGYD	Matriz de riesgos de corrupción consolidada y aprobada	Jefe Oficina de Planeación / Asesora Profesional MIPG	100%	No se evidencia reporte de acciones ejecutadas, No obstante, la Oficina de Control Interno, con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de segunda línea de defensa, verificó a través del SGI Almera que mediante el Acta No. 010 de diciembre de 2025 del CICYD se efectuó la socialización de riesgos de integridad pública, lo cual constituye evidencia de la actividad realizada.
	Verificar, validar y consolidar la matriz institucional de riesgos							
	Ajustar, aprobar y actualizar la matriz de riesgos según resultados de la verificación							
Socializar ante los colaboradores los riesgos identificados propios de sus dependencias y áreas funcionales	Planificar y programar las sesiones de socialización de riesgos por dependencia	Se estipula la socialización de los riesgos de corrupción en equipos primarios de mejoramiento	33%	(Personal capacitado / personal objeto de capacitación)	100%	Profesional MIPG	0%	Conforme a lo señalado en el indicador, no se observan soportes de capacitación que permita verificar su cumplimiento

	Ejecutar las sesiones de socialización con los equipos de cada área																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				</
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

Car

Difundir ante los funcionarios de la entidad las señales de alerta a posibles actos de corrupción, y opacidad fraude	Planificar los contenidos y canales de difusión de señales de alerta	0%	Información sobre posibles actos de corrupción socializada / Contenido que se proyecta socializar	80%	Área de comunicación es Profesional MIPG	0	Conforme a lo señalado en el indicador, no se evidencia reporte de acciones ejecutadas
	Ejecutar la campaña interna de divulgación de señales de alerta						
Gestión de riesgos de LA/FT/PP							
Formular, documentar y mantener actualizado el mapa de riesgos de Lavado de Activos y financiación del terrorismo	Identificar y valorar los riesgos LA/FT en los procesos institucionales	33%	Se cuenta con matriz de riesgos de LA/FT formulada y enviada a Subgerente administrativo o y financiero para socializarse en CIGYD	Mapa de riesgos de LA/FT documentado o y aprobado en CIGYD	Matriz de riesgos de LA/FT documentado o y aprobado en CIGYD.	50%	De los soportes allegados, se evidencia matriz de riesgos de lavado de activos documentados pero no aprobados por CIGYD conforme lo señala el indicador
	Documentar el mapa de riesgos de LA/FT con la estructura dispuesta en el SGI						
Formular, documentar, socializar y aprobar el	Socializar y validar la coherencia en la matriz en CIGYD para posteriormente aprobar	33%	Se cuenta con Manual de SARLAFT formulado y estructurado	Manual de SARLAFT documentado o y aprobado en CIGYD	Manual de SARLAFT documentado o y aprobado en CIGYD	50%	De los soportes allegados, se evidencia Manual SARLAFT documentado pero no aprobado por CIGYD conforme lo señala el indicador

Manual de SARLAFT		Validar y ajustar el manual mediante revisión técnica interna (Control interno, Asesor jurídico, y otras áreas pertinentes)	en formato institucional enviado a Subgerencia Administrativa y Financiera				Profesional MIPG		
		Aprobar el Manual de SARLAFT mediante CIGYD y socializar con los responsables de procesos y colaboradores clave							
Gestión de riesgos de LAFT/FP									
Disponer de de de reportes de eventos adversos relacionados a la seguridad del paciente enlazado al SGI institucional		Socializar y capacitar a los colaboradores sobre el uso del canal y casos de reporte		0%	Informe anual de reportes socializado en Comité de Seguridad del Paciente	Informe anual de reportes socializado en Comité de Seguridad del Paciente	Referente de Programa de Seguridad del Paciente	100%	No se evidencia reporte de acciones ejecutadas, No obstante, la Oficina de Control Interno, con el apoyo de la Oficina Asesora de planeación, en su calidad de segunda línea de defensa, verificó a través del SGI Almera que mediante el Acta No. 001de 2026 del Comité de Seguridad del Paciente se realizó reporte de casos adversos relacionados a la seguridad del paciente
		Consolidar resultados de los reportes y la gestión metodológica abordada para el mejoramiento y prevención de estos casos							
		Elaborar informe anual de los casos reportados a través del canal							

	Hacer seguimiento a los controles																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	</
--	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

Implementar declaración de formato de declaración de conflicto de interés o inhabilidad en los procesos de contratación de la entidad	Diseñar y el formato institucional de declaración de conflicto de interés o inhabilidad	Se cuenta con formato para la declaración de conflicto de interés o inhabilidad formulado y validado por Oficina Asesora Jurídica	33%	Formato adoptado e integrado en las listas de verificación para procesos de contratación	Formato adoptado e integrado en las listas de verificación para procesos de contratación	Jefe de Oficina Asesora Jurídica / Líder de contratación	50%	Se allega formato, sin embargo no se encuentra en el SGI ALMERA, para acceso del personal respectivo
	Integrar el formato dentro de las listas de chequeo del proceso de contratación							
	Socializar el uso obligatorio del formato a los supervisores, contratistas y áreas de apoyo	Riesgos de Seguridad del Paciente						
Mantener actualizados y evaluados los riesgos de seguridad del paciente	Actualizar los riesgos de seguridad del paciente		0	Número de unidades funcionales de la subgerencia científica con riesgos documentados / Total de unidades funcionales	100%	Referente seguridad del paciente	86%	No se evidencia reporte de acciones ejecutadas, No obstante, la Oficina de Control Interno, con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de segunda línea de defensa, verificó la existencia de 6 matrices de riesgos por proceso aprobados en CIGYD acta No. 010 de 2025, los cuales se cotejan con el Mapa de Procesos reportado en ALMERA en el cual se identifican 7 procesos asistenciales
	Hacer seguimiento a los controles		0	Número de controles con seguimiento documentado / Total de controles documentados en la matriz de riesgos de seguridad del paciente	100%	Referente Seguridad del paciente	0%	No se evidencia reporte de acciones ejecutadas conforme al indicador
Redes Internas							0%	

Fortalecer el primer nivel de atención mediante los Equipos de Atención Primaria por unidades funcionales en la entidad se abordan los riesgos de corrupción, controles y buenas prácticas	Definir, organizar y programar sesiones de los equipos primarios de mejoramiento por unidad funcional y/o dependencia	Se cuenta con cronograma de Equipos primarios de mejoramiento o formulado y parametrizado en Almería	0,333	Actas de EPM evidenciando análisis de riesgo de integridad pública	Actas de EPM evidenciando análisis de riesgo de corrupción	Equipo de calidad / Líderes coordinadores de servicios o dependencias	0%	No se evidencia reporte de acciones ejecutadas conforme al indicador Cuales son los EPM y en que actúa esta la socialización o análisis de riesgos de integridad pública
	Implementar estrategias de comunicación educativa a través de canal de WhatsApp corporativo del Hospital	Planificar la estrategia de comunicación educativa para WhatsApp corporativo y Diseñar distribuir manera mensual contenidos educativos a través del canal corporativo	0%	(Contenido del que se hace difusión / Contenido planificado)	100%	Área de Comunicación / Líderes de proceso / Coordinadores y referentes de programas	0%	No se evidencia reporte de acciones ejecutadas conforme al indicador
Redes externas							50%	

Participar estratégicamente en redes externas especializadas (DAFP, control interno, contratación pública, salud), priorizando aquellas que generen valor concreto para la prevención de riesgos.	Identificar y registrar las redes de formación externas relevantes (ESAP, Supersalud, CCE, etc.)		0	Espacios formativos cursados por profesionales en las redes identificadas	Espacios formativos cursados por profesionales en las redes identificadas	Líder de calidad / Líder de Talento Humano	0%	No se evidencia reporte de acciones ejecutadas conforme al indicador		
	Monitorizar la oferta formativa en las redes que se hayan definido	Categorizar la oferta formativa según temas y funciones que se relacionen a la naturaleza de las funciones del talento humano	Notificar oportunamente al personal responsable para su participación en el espacio formativo	Se cuenta con las actas, presentación estadísticas y listados de asistencia del comité de ética Hospitalaria	100%	Actas de socialización de PQRSDF en Comité de Ética	Actas de socialización de PQRSDF en Comité de Ética	Líder de Experiencia del Usuario	100%	Se verifica la socialización respectiva en comité de Ética, conforme a las actas allegadas (01, 02, 03, 04)
Documentar y socializar informes mensuales de PQRSDF en Comité de ética institucional	Consolidar y analizar mensualmente la información de PQRSDF a través de canal en el SGI									

10

Identificar y los requisitos normativos, institucionales y operativos aplicables al trámite de solicitudes de información y consultas de transparencia	0	Procedimiento documentado o, aprobado y socializado	Procedimiento documentado o, aprobado y socializado	Profesional MIPG.	0%	No se evidencia reporte de acciones ejecutadas conforme al indicador
	Formular, documentar y aprobar el procedimiento en CIGYD					
Socializar procedimiento personal a las actividades descritas en el procedimiento						
Publicar y visibilizar procedimiento mediante canales de difusión para conocimiento de la ciudadanía	0	Procedimiento documentado o, aprobado y socializado	Procedimiento documentado o, aprobado y socializado	Profesional MIPG.	0%	No se evidencia reporte de acciones ejecutadas conforme al indicador
Integridad pública y cultura de la legalidad						
Publicar Matriz de riesgos de integridad en página web institucional cumpliendo con los estándares de	0%	Matriz de riesgo de corrupción publicada en sitio web	Matriz de riesgo de corrupción publicada en sitio web	Área de Comunicación Profesional MIPG	100%	Se evidencia que la matriz de riesgo se encuentra publicada en el siguiente enlace: https://trm.gov.co/transparencia/transparencia/plan-de-accion-2026/ conforme lo requiere el indicador

fortaleciendo la confianza y la innovación pública.	Desarrollar espacios de diálogo, participación y co-creación con actores externos	0%	Acta de concertación de la reunión	experiencia del usuario.	0%	No se adjunta evidencias de ejecución, conforme lo señala el indicador
	Evaluar los resultados y aportes generados en los espacios de co-creación	0%	Informe de resultados de los espacios de colaboración y co-creación			
	Incorporar los aportes validados y las iniciativas institucionales, haciendo retroalimentación a los participantes sobre los cambios realizados					
Administración de trámites						
Documentar estrategia de racionalización de trámites de acuerdo con la oferta institucional registrada en	Revisar y analizar la oferta institucional de trámites y servicios registrada en la plataforma SUIT	33%	Estrategia de racionalización de trámites documentada y socializada en CIGYD	Estrategia de racionalización de trámites documentada y socializada	50%	Conforme a los soportes allegados, se evidencia que existe un plan de acción de la política de racionalización de trámites documentado, pero no se evidencia soporte de aprobación por parte del CIGYD

plataforma SUI	Formular y documentar la estrategia de racionalización de trámites	Validar la estrategia documentada con las áreas responsables de los trámites, verificando coherencia y viabilidad operativa	área de planeación plan de trabajo de la política de trámites para socializar en CIGYD						
	Ingresar y registrar la estrategia de racionalización en la plataforma SUI, diligenciando los campos requeridos y adjuntando los soportes establecidos para su validación	Corroborar el registro realizado en SUI, confirmando la información sea completa, coherente y cumpla con los lineamientos técnicos del DAFP		0%	Estrategia de racionalización de trámites registrada en plataforma	Estrategia de racionalización de trámites registrada en plataforma	Profesional MIPG	0%	No se adjunta evidencias de ejecución, conforme lo señala el indicador
	Registrar estrategia de Racionalización de Trámites en plataforma SUI								

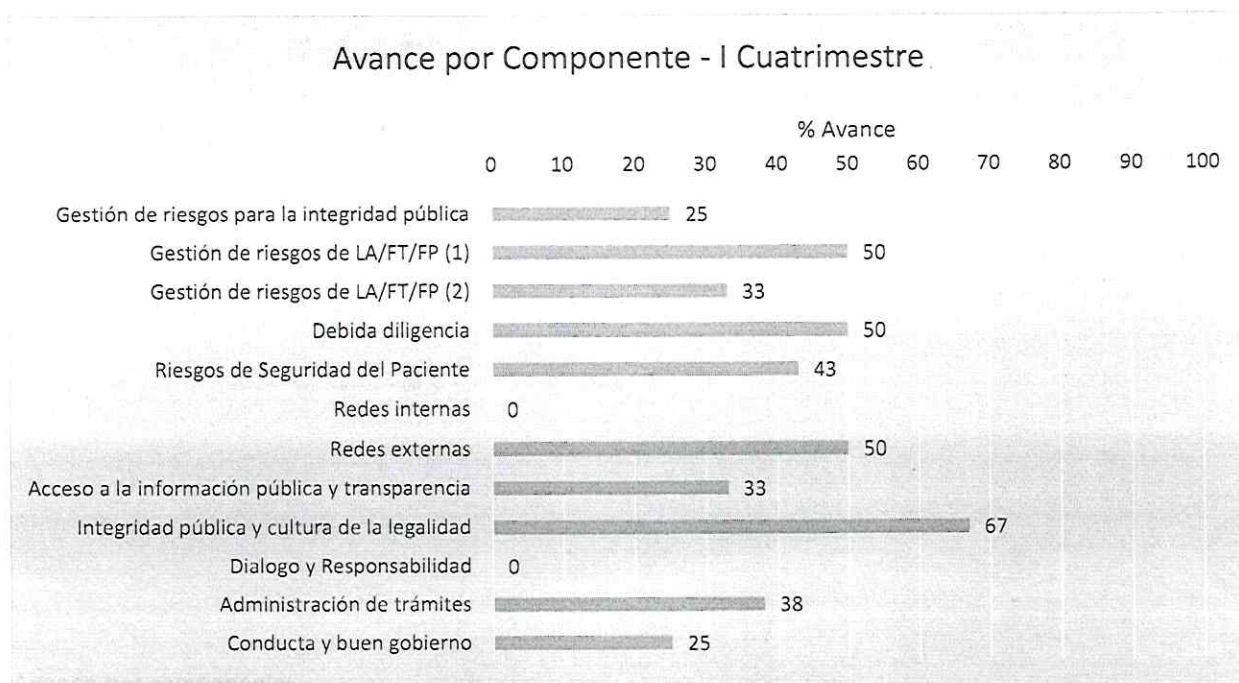
50

Gestionar los datos de operación de los trámites inscritos en plataforma SUIIT	Solicitar de manera periódica la información correspondiente a la periodicidad y número de PQRSD recibidas con relación a los trámites inscritos	0%	Datos de operación registrados	Profesional MIPG	0%	No se adjunta evidencias de ejecución, conforme lo señala el indicador
	Registrar la información recibida en los campos dispuestos por la plataforma para la gestión de datos de operación	100%	Porcentaje de avance del 100% en la gestión de trámites	Profesional MIPG	100%	la Oficina de Control Interno, con el apoyo de la Oficina Asesora de planeación, en su calidad de segunda línea de defensa, verificó cumplimiento
Mantener un porcentaje de avance del 100% en la gestión en la plataforma SUIIT	Realizar las indicaciones de acuerdo con lo escrito en el módulo de administración para la consecución de un avance de gestión en plataforma SUIIT del 100%	100%	Porcentaje de avance del 100% en la gestión de trámites	Profesional MIPG	100%	la Oficina de Control Interno, con el apoyo de la Oficina Asesora de planeación, en su calidad de segunda línea de defensa, verificó cumplimiento
Conducta y buen gobierno						
Documentar un Plan para la implementación de la política de Conducta y Buen Gobierno	Identificar y analizar estrategias descritas en la Política de Conducta y Buen Gobierno	33%	Plan de Implementación de Política de Conducta y buen gobierno formulado, documentado	Profesional MIPG	50%	Conforme a los soportes allegados, la Oficina de Control Interno, con el apoyo de la Oficina Asesora de planeación, en su calidad de segunda línea de defensa, verificó que el plan de implementación de la Política de Conducta y Buen Gobierno se encuentra formulado y documentado,

Ejecutar plan para la implementación de la política en al menos un 80%	Formular y documentar el plan de implementación, estableciendo objetivos, acciones, responsables, recursos y fechas	Socializar y aprobar plan de implementación de la política en CIGYD	fue enviado al área de planeación para su validación y posterior socialización en CIGYD		o y aprobado en CIGYD	documentado o y aprobado			pero no hay soporte de aprobación por parte del CIGYD
	Designar y desarrollar las acciones establecidas en el plan de implementación								
	Realizar seguimiento periódico al avance del plan, consolidando evidencias y verificando el porcentaje de ejecución			0%	(Actividades realizadas / Actividades planeadas) * 100	80%	Profesional MIPG	0%	No se adjunta evidencias de ejecución, conforme lo señala el indicador

Cok

Avance por componente:



CONCLUSIONES:

- Se destaca la formulación de Matrices de riesgos formuladas (corrupción, LAFT, seguridad del paciente)
- El Índice de Transparencia presenta un avance de ejecución del (ITA) al 93% conforme a auditoría más reciente realizada por la Procuraduría General de Nación.
- Se realiza periódicamente socialización de PQRSDF en Comité de Ética, conforme consta en actas.
- Dos de los componentes del programa se encuentran en ejecución cero (Redes internas y Diálogo/Responsabilidad)

RECOMENDACIONES:

- Se sugiere que las actividades que aún no se han ejecutado, así como aquellas que presentan un grado de ejecución parcial, sean incorporadas en un plan de acción con fechas de cumplimiento claramente definidas, y que el mismo, sea presentado ante el Comité de Gestión y Desempeño, con el propósito de garantizar trazabilidad, seguimiento oportuno y validación institucional de los compromisos establecidos.
- Se recomienda adjuntar los soportes correspondientes, alineados con los indicadores definidos para cada estrategia, con el propósito de garantizar la trazabilidad, la verificación de resultados y la adecuada evaluación del cumplimiento.

- Se sugiere atención inmediata a los componentes que registran un avance del 0%, con el fin de activar acciones correctivas oportunas, garantizar la continuidad del proceso y evitar retrasos en el cumplimiento de los objetivos establecidos."

El presente informe se remite igualmente a los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para conocimiento, y a la Oficina de Comunicaciones para su publicación en la página web de la entidad, conforme a lo dispuesto en la normatividad aplicable.

Sin otro particular, agradezco su atención.

Atentamente,



ALEJANDRA RIVERA LAITON
ASESOR CONTROL INTERNO
HOSPITAL REGIONAL DE MONQUIRA