

**INFORME DE SEGUIMIENTO SEGUNDO CUATRIMESTRE 2025
DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2025**

Dr. Jorge Armando Cabrera Gutiérrez
Gerente Unidad de Salud de Ibagué USI – E.S.E

Elaborado por:
Magda Yurany Trilleras Yara
Asesora de Control Interno USI E.S.E

Fecha de reporte:
10 de septiembre de 2025

INTRODUCCIÓN

El Estatuto Anticorrupción, Ley 1474 de 2011, en su artículo 73 establece que cada entidad del orden nacional, departamental y municipal debe elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, que contempla, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias antitrámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano forma parte de la política de transparencia, participación y servicio al ciudadano del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), que articula el quehacer de las entidades, mediante los lineamientos de cinco políticas de desarrollo administrativo y el monitoreo y evaluación de los avances en gestión institucional y sectorial.

En su metodología incluye cinco componentes autónomos e independientes, que contienen parámetros y soporte normativo propio y un sexto componente que contempla iniciativas adicionales.

Es así que la Unidad de Salud de Ibagué USI ESE como Empresa Social del Estado, del orden Municipal, le corresponde la elaboración del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, por lo cual para la vigencia 2025 fue aprobado en Comité de Gestión y Desempeño según Acta No. 02 del 30 de enero de 2025, y publicado en la página web de la Entidad.

El Asesor de Control Interno de la USI ESE, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, realiza el seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, de forma cuatrimestral, por lo cual emite el presente reporte correspondiente al segundo cuatrimestre de 2025, es decir, con corte al 31 de agosto de 2025.

MARCO NORMATIVO

Ley 962 de 2005. Ley Antitrámites, dicta disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos.

Ley 1474 de 2011. Estatuto Anticorrupción.

Art. 73 Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. La metodología para construir esta estrategia está a cargo del Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, —hoy Secretaría de Transparencia—.

Art. 76. El Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción debe señalar los estándares que deben cumplir las oficinas de peticiones, quejas, sugerencias y reclamos de las entidades públicas.

Decreto 4637 de 2011. Suprime un Programa Presidencial y crea una Secretaría en el DAPRE.

Art. 4° Suprime el Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción.

Art. 2° Crea la Secretaría de Transparencia en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.

Decreto Ley 019 de 2012. Decreto Antitrámites, dicta las normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.

Ley 1712 de 2014. Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Art. 9 Literal g) Deber de publicar en los sistemas de información del Estado o herramientas que lo sustituyan el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Decreto 1649 de 2014. Modificación de la estructura del DAPRE.

Art. 55 Deroga el Decreto 4637 de 2011.

Art. 15 Funciones de la Secretaría de Transparencia: 13) Señalar la metodología para diseñar y hacer seguimiento a las estrategias de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano que deberán elaborar anualmente las entidades del orden nacional y territorial. 14) Señalar los estándares que deben tener en cuenta las entidades públicas para las dependencias de quejas, sugerencias y reclamos.

Decreto 1081 de 2015. Único del sector de Presidencia de la República.

Arts .2.1.4.1 y siguientes. Señala como metodología para elaborar la estrategia de lucha contra la corrupción la contenida en el documento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.

Arts.2.2.22.1 y siguientes. Establece que el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Ley 1757 de 2015. Promoción y protección al derecho a la Participación ciudadana.

Arts. 48 y siguientes. La estrategia de rendición de cuentas hace parte del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Decreto 124 del 26 de enero de 2016. Por el cual se modifica partes del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Artículo 2.1.4.5. Verificación del cumplimiento. La máxima autoridad de la entidad u organismo velará de forma directa porque se implementen debidamente las disposiciones contenidas en los documentos de "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2" y "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción": La consolidación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y del Mapa de Riesgos de Corrupción estará a cargo de la Oficina de Planeación de las entidades o quien haga sus veces, quienes además servirán de facilitadores para todo el proceso de elaboración del mismo.

Artículo 2.1.4.6. Mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo. El mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas de los mencionados documentos; estará a cargo de las oficinas de control interno, para lo cual se publicará en la página web de la respectiva entidad, las actividades realizadas, de acuerdo con los parámetros establecidos. Por su parte, el monitoreo estará a cargo del jefe de Planeación o quien haga sus veces y del responsable de cada uno de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Parágrafo Transitorio. Para el año 2016, las entidades tendrán hasta el 31 de marzo para elaborar y publicar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, el Mapa de Riesgos de Corrupción según los lineamientos contenidos en los documentos "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2" y en la "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción.

Decreto 2016 de 2019. Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar tramites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública.

OBJETIVOS

Objetivo General

Realizar seguimiento al cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes en materia de implementación, seguimiento y evaluación de las estrategias y acciones ejecutadas por la Unidad de Salud de Ibagué USI – ESE, en el marco del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

Objetivos Específicos

- ✓ Verificar la ejecución de actividades encaminadas a fomentar la transparencia en la gestión que permitan la identificación, seguimiento y control oportuno de los riesgos.
- ✓ Verificar el cumplimiento de acciones de la estrategia de racionalización de trámites y servicios de la Entidad
- ✓ Verificar el desarrollo de la estrategia de rendición de cuentas.
- ✓ Verificar el cumplimiento de la estrategia de fortalecimiento de la participación ciudadana en todas las etapas para la toma de decisiones de la Entidad.
- ✓ Verificar la ejecución de estrategias para el mejoramiento de la atención que se brinda al ciudadano.

ALCANCE

El informe de seguimiento elaborado por el Asesor de Control Interno de la USI E.S.E, se realiza sobre el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2025, aprobado por el Comité de Gestión y Desempeño de la Entidad, teniendo en cuenta las evidencias aportadas por las áreas responsables, sobre la ejecución de acciones en el periodo del 01 de enero de 2025 al 31 de agosto de 2025.

INFORME DE SEGUIMIENTO

El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC) vigencia 2025, aprobado por el Comité de Gestión y Desempeño (Acta No. 02 de 2025), se encuentra documentado en el formato “PLAN DE ACCIÓN PLAN ANTICORRUPCIÓN” CÓDIGO: GPC-DE-FT-002, FECHA: Enero de 2024, VERSIÓN: 001, estructurado en los cinco componentes autónomos e independientes, donde se relacionan los subcomponentes y actividades a desarrollar, como lo plantea el documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2”, conforme a las disposiciones de la Ley 1474 de 2011.

El Plan en mención, se encuentra publicado en la página web de la Unidad de Salud de Ibagué USI E.S.E, en “Informes” <https://www.usiese.gov.co/control-gestion/informes.html> carpeta “Informes 2025”, donde además, se encuentra publicado el informe de seguimiento del PAAC 2024 3er Cuatrimestre 2024 (corte a 31/12/2024) “[INFORME SEGUIMIENTO PAAC 2024 3ER CUATRIMESTRE USI ESE](#)” y del PAAC 2025 1er Cuatrimestre de 2025 (corte a 30/04/2025) [INFORME SEGUIMIENTO AUSTERIDAD EN EL GASTO 1ER TRIMESTRE 2025](#).

De las 34 acciones que contempla el “[PLAN ANTICORRUPCION 2025](#)”, al corte del 31 de agosto de 2025, todas aplican para el seguimiento del 2º cuatrimestre 2025 ya que tienen fecha de inicio a ese periodo, de estas 16 presentan 100% de ejecución, 12 presentan avance parcial y 6 no presentan ejecución, obteniendo un **porcentaje promedio de cumplimiento del PAAC 2025 del 67%**.

En cuanto a las 12 acciones que presentan avance parcial, se evidencia que, 2 acciones tenían fecha de terminación al corte del seguimiento (se consideran vencidas), una corresponde a la actualización política de administración de riesgos de la entidad la cual fue documentada, pero está pendiente de aprobación por parte del Comité de Gestión y Desempeño, y la otra corresponde a la estrategia de racionalización de trámites de la USI ESE que fue establecida y ejecutada, pero no se ha presentado ante el Comité de Gestión y Desempeño y no se ha cargado en el SUIT, se solicitó asistencia técnica a Función Pública y se está a la espera de dicha jornada. Las otras 10 acciones tienen fecha de terminación el 30/12/2025.

Respecto a las 6 acciones que no presentan ejecución, se evidencia que, 2 acciones tenían fecha de terminación al corte del seguimiento (se consideran vencidas) y corresponden a:

- Socializar el mapa de riesgos institucional en comité de Gestión y Desempeño: no se ha socializado, se tiene programado presentarlo en la próxima reunión de Comité de Gestión y Desempeño.

- Verificar cumplimiento de la norma NTC 6047 de 2013 "Accesibilidad al medio físico, espacio de servicio al ciudadano en administración pública": no se ha ejecutado la acción.

Las 4 acciones restantes que no presentaron avance tienen fecha de terminación del 30/12/2025, es decir, posterior al corte de presente seguimiento 2o cuatrimestre de 2025, y corresponden a:

- Realizar seguimiento de los planes de mejora de las PQRS.
- Verificar, actualizar y publicar los instrumentos de gestión de la información.
- Implementar acciones de mejora, de acuerdo con los resultados del autodiagnóstico de la norma NTC 6047 de 2013.
- Seguimiento al cumplimiento del plan de mejora derivado del autodiagnóstico e índice de transparencia y acceso a la información.

El resultado detallado del seguimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) vigencia 2025 y Mapa Institucional de Riesgos, con corte a 31 de agosto de 2025, se ilustra a continuación.

 U.S.I. Unidad de Salud de Ibagué, E.S.E. <i>NuestroS servicios al Alcance de todos.</i>	PLAN DE ACCIÓN PLAN ANTICORRUPCIÓN 2025 UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ		CÓDIGO: GPC-DE-FT-002
	UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI E.S.E. IBAGUE TOLIMA		FECHA: Enero de 2024
	GESTION DE PLANEACION DE LA CALIDAD Y DESARROLLO ESTRATEGICO		VERSIÓN: 001
	SUBPROCESO PLANEACIÓN		
	FORMATO PLAN DE ACCIÓN PLAN ANTICORRUPCIÓN		
	VIGENCIA DEL PLAN: DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025		

FORMULACIÓN						SEGUIMIENTO			
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	QUÉ (ACTIVIDADES PROGRAMADAS)	META O PRODUCTO	QUIÉN	CUANDO		SEGUIMIENTO 2		
					RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	Con corte a:	31/08/2025
Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción	Política de Administración de Riesgos de Corrupción	Actualizar y socializar la política de administración de riesgos de la entidad	Política actualizada y soporte de socialización	Planeación	3/02/2025	30/06/2025	Se actualizó la política, pero está pendiente su aprobación por parte del Comité de Gestión y Desempeño.	50%	Se documentó la actualización de la política de administración de riesgos de la USI ESE, esté pendiente de socializar para aprobación en el próximo Comité de Gestión y Desempeño.
	Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	Elaboración del mapa de riesgos institucional, que contemple los riesgos de corrupción	Mapa de riesgos	Planeación	3/02/2025	30/03/2025	Se actualizó mapa integral de riesgos	100%	Se consideró cumplida en el anterior seguimiento, por cuanto se evidenció Mapa de Riesgo Institucional, que contempla 2 riesgos de corrupción.
	Consulta y divulgación	Socializar el mapa de riesgos institucional en comité de Gestión y Desempeño	Acta de comité	Planeación	3/03/2025	30/03/2025	En reunión del Comité de Gestión y Desempeño del 18/07/2025, se aprobó incluir dentro del punto de proposiciones y varios, la socialización del mapa de riesgos, sin embargo, por temas de tiempo está reunión fue aplazada y aún no se ha retomado.	0%	No se ha cumplido, por cuanto no se ha socializado el mapa de riesgo institucional ante el comité de Gestión y Desempeño.
	Monitoreo o revisión	Publicar en página web de la entidad el mapa de riesgos institucional	Publicación página web	Planeación	3/03/2025	30/03/2025	Se publicó en la página web de la USI ESE	100%	Se considera cumplida, por cuanto se evidenció la publicación en el sitio web de la Entidad.
	Monitoreo o revisión	Monitorear la ejecución de mapa de riesgo institucional de forma permanente y generar informe cuatrimestral.	Informe Cuatrimestral	Líderes de proceso Planeación	30/03/2025	30/12/2025	Se realizó monitoreo al mapa integral de riesgo correspondiente al primer y segundo cuatrimestre de 2025, por parte de Planeación.	67%	Se considera un avance parcial, por cuanto se evidencia monitoreo del cumplimiento de las acciones por parte de Planeación.

	Seguimiento	Realizar seguimiento a la ejecución de mapa de riesgo institucional	Informe Cuatrimestral	Control Interno	30/03/2025	30/12/2025	Se realizó seguimiento al mapa integral de riesgo correspondiente al primer y segundo cuatrimestre de 2025, por parte de Control Interno.	67%	Se considera un avance parcial, por cuanto evidencia seguimiento del Mapa de Riesgo Institucional con corte a abril y a agosto 2025.
Racionalización de Trámites	Administrativa y Tecnológicas	Priorizar tramites a intervenir con la estrategia de racionalización	Estrategia de racionalización de tramites	Planeación	1/01/2025	30/01/2025	Se elaboró estrategia de racionalización de la USI ESE, está pendiente presentar ante el Comité de Gestión y Desempeño, por cuanto la reunión del 18/07/2025 fue aplazada y no se alcanzó a tratar este tema.	50%	Se considera un avance parcial, por cuanto se evidencia documentación de la estrategia de racionalización, pero no se ha presentado ante comité interno y no se ha reportado en el SUIT.
		Realizar ajustes de racionalización en los tramites priorizados y reportar mejoras en e SUIT	Tramites ajustados en el SUIT	Líder del trámite Planeación	3/02/2025	30/12/2025	Se desarrollaron los ajustes contemplados en la estrategia de racionalización de trámites de la vigencia 2025: habilitación chatbot y App; sin embargo, no se ha cargado la estrategia y reportado avance en el SUIT. El 27/08/2025 se solicitó a función pública, asistencia técnica en cuanto al cargue de trámites y de la estrategia de racionalización de trámites en el SUIT.	50%	Se considera un avance parcial, por cuanto se evidencia ejecución de la estrategia de racionalización de trámites, habilitación chatbot para asignación de citas y habilitación de la App de la USI ESE. No obstante, esta no se ha reportado en el SUIT.
		Realizar monitoreo trimestral a los tramites intervenidos	Monitorio en el SUIT	Planeación	30/03/2025	30/12/2025	Se realizó monitoreo a la estrategia de racionalización de trámites, correspondiente al primer trimestre de 2025, por parte de Planeación.	67%	Se considera un avance parcial, por cuanto se evidencia 1er y 2o monitoreo de la intervención de mejora del trámite de asignación de citas, por parte de Planeación. No obstante, este monitoreo no ha sido registrado en el SUIT por cuanto no se ha cargado la estrategia en dicha plataforma.
		Realizar seguimiento trimestral a los trámites intervenidos	Seguimiento en el SUIT	Control Interno	30/03/2025	30/12/2025	Se realizó seguimiento a la estrategia de racionalización de trámites, correspondiente al primer trimestre de 2025, por parte de Planeación.	67%	Se considera un avance parcial, por cuanto evidencia 1er y 2o seguimiento por parte de Control Interno, a la intervención de mejora del trámite de asignación de citas, contemplado en la estrategia de racionalización de trámites de la USI. No obstante, este

									seguimiento no ha sido registrado en el SUIT por cuanto no se ha cargado la estrategia en dicha plataforma.
Rendición de Cuentas	Información	Realizar la planeación de la rendición de cuentas de la vigencia 2024	Acta de reunión	Gerencia	3/02/2025	30/03/2025		100%	Se considera cumplida en el anterior seguimiento, por cuanto se realizó planeación de la Audiencia Pública de rendición de Cuentas Vigencia 2024.
		Consolidar información de la rendición de cuentas y publicarla en la página web.	Informe publicada en página web	Planeación	1/04/2025	30/04/2025	El 10 de abril se publicó en la página web el informe consolidado sobre la gestión 2024 que se rendirá en la audiencia pública.	100%	se consolidó información y se emitió informe previo de gestión que fue publicado en la página web de la USI; no obstante, falta consolidar y emitir versión definitiva de la presentación del informe según Circular 008 de 2018 para ser socializada en la Audiencia.
	Diálogo	Recolectar y consolidar inquietudes y solicitudes de la comunidad, respecto a la audiencia de rendición de cuentas	Respuesta a inquietudes y solicitudes	Líderes de proceso Planeación	1/04/2025	30/04/2025	Se habilitó en la parte inferior de la página web de la Entidad https://usiese.gov.co/ un formulario "Preguntas e Inquietudes para la Audiencia Pública de Rendición de cuentas de la Unidad de Salud de Ibagué vigencia 2024".	100%	Se considera cumplida, por cuanto se evidenció la publicación del formulario "Preguntas e Inquietudes para la Audiencia Pública de Rendición de cuentas de la Unidad de Salud de Ibagué vigencia 2024", en la página web de la USI ESE.
		Realizar audiencia pública de rendición de cuentas	Rendición de cuentas realizada	Gerencia	1/05/2025	30/05/2025	El 30/05/2025 se realizó audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2024, de forma presencial en el Auditorio de la USI ESE, conforme al reglamento de la misma.	100%	Se considera cumplida, por cuanto se evidencia la realización de la Audiencia Pública de rendición de Cuentas 2024, el 30/05/2025 en el Auditorio de la USI ESE.
		Aplicar encuesta y realizar evaluación de los diferentes elementos de la rendición de cuentas	Informe de percepción	Planeación	1/05/2025	15/06/2025	El 30/05/2025 en la sección final de la audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2024, se aplicó encuesta de evaluación del evento.	100%	Se considera cumplida, por cuanto se evidencia la aplicación de encuestas por parte de los asistentes, donde se evaluó la Audiencia Pública de rendición de Cuentas 2024.

		Realizar informe y acta de la audiencia pública, publicarla en la página web y enviarla a la Supersalud	Acta-publicación	Planeación	15/06/2025	30/06/2025	Se documentó y publicó acta de la audiencia pública e informe de la misma. No se remitió a la Supersalud, por cuanto el aplicativo no habilita la opción.	100%	Se considera cumplida, por cuanto se documentó y publicó en la página web de la USI ESE, el acta e informe de la audiencia pública realizada el 30/05/2025.
	Incentivo	Capacitar a los miembros de la Alianza de usuarios en el ejercicio de rendición de cuentas.	Acta capacitación, listados de asistencia, evidencia fotográfica	SIAU	1/04/2025	30/04/2025	El 15 de mayo de 2025 se realizó capacitación a los miembros de la Alianza de usuarios sobre el ejercicio de rendición de cuentas, como consta en la respectiva acta.	100%	Se considera cumplida, por cuanto se evidencia capacitación a la Alianza de Usuarios sobre rendición de cuentas.
		Capacitar a líderes de proceso en el ejercicio de rendición de cuentas.	Acta capacitación, listados de asistencia, evidencia fotográfica	Planeación	3/02/2025	30/03/2025	Se realizó capacitación a los líderes de áreas y procesos, sobre el ejercicio de rendición de cuentas, en la misma se retroalimentó los resultados de la audiencia públicas realizada el 30/05/2025.	100%	Se considera cumplida, por cuanto se evidencia acta de capacitación sobre el ejercicio de rendición de cuentas.
	Evaluación y Retroalimentación	Retroalimentar los resultados de las audiencias públicas a los líderes de los procesos para que los tengan en cuenta como insumos en la implementación del modelo de mejoramiento institucional.	Actas, listados de asistencia y plan de mejora	Planeación	15/06/2025	30/06/2025	Dentro de la capacitación a los líderes de áreas y procesos, sobre el ejercicio de rendición de cuentas, se realizó retroalimentación de los resultados de la audiencia públicas realizada el 30/05/2025.	100%	Se considera cumplida, por cuanto se realizó retroalimentación de los resultados de la audiencias pública de rendición de cuentas vigencia 2024, a los líderes de los procesos.
		Realizar socialización del acta de evaluación de la audiencia pública de rendición de cuentas en la página web de la entidad	Publicación en página web	Planeación Sistemas	15/06/2025	30/06/2025	Dentro del informe de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas se describe el resultado de la evaluación de la misma, el cual fue publicado en la página web de la USI ESE.	100%	Se considera cumplida, por cuanto se generó informe de la audiencia pública realizada el 30/05/2025, donde se presenta resultado de la evaluación de la misma..
Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano	Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico	Realizar reuniones gerenciales con los líderes de proceso para impartir directrices y establecer iniciativas para mejorar la prestación del servicio.	Actas de reunión y planillas de asistencia.	Gerencia	3/02/2025	30/12/2025	Se realizaron reuniones de Gerencia con los líderes área (Comité de Gerencia), tres en el mes de febrero 2025 y dos en el mes de marzo 2025.	18%	Se evidencia avance parcial, se debe desarrollar la acción de forma periódica conforme lo programado.
	Fortalecimiento de los canales de atención	Documentar e implementar protocolos en los canales de atención	Protocolo implementado	SIAU	3/02/2025	30/12/2025	Se documentó el Manual del usuario GAU-AU-MA-001 y fue aprobado por Calidad en su versión 4 de mayo de 2025.	100%	Se considera cumplida, por cuanto se documentó y aprobó actualización del Manual del Usuario donde se incluyeron los protocolos

									de los distintos canales de atención.
	Talento humano	Capacitar al Talento Humano en Humanización de los servicios de salud.	Actas y listas de asistencia	Líder Humanización	3/02/2025	30/12/2025	El 05 de marzo de 2025, se realizó capacitación a los EBS sobre Humanización, explicando los Derechos y deberes De Los Pacientes desde el Programa de Humanización. El 24 de abril de 2025, en el auditorio de la unidad Intermedia HSF, "En el marco de la campaña 'El paciente es el amor de...', se llevó a cabo una capacitación con el equipo de Odontología de la USI, con el objetivo de concientizar sobre la importancia del buen trato y la humanización en la atención al paciente.	50%	Se evidencia avance parcial, por cuanto se realizaron 2 capacitaciones (05/03/25; 24/04/25) e informe del programa de humanización de fecha abril 2025. Está pendiente realizar capacitación en el segundo semestre de 2025.
	Normativo y procedimental	Realizar socialización del manual de atención al usuario GAU-AU-MA-001 al interior de la institución	Actas y listas de asistencia	SIAU	3/02/2025	30/03/2025	El 18/07/2025 se realizó socialización al personal de la USI, sobre el Manual de Atención al Usuario, como consta en la respectiva acta.	100%	Se considera cumplida, por cuanto se evidencia socialización de la nueva versión del Manual del Usuario de la USI ESE.
		Realizando mesas de trabajo quincenales con los líderes involucrados en las peticiones interpuestas a la ESE, con el fin de identificar las debilidades en la proyección de respuestas y generar acciones de mejora.	Actas de reunión y planillas de asistencia.	SIAU	3/02/2025	30/12/2025	Se han realizado un total de 10 mesas de trabajo sobre PQRS, durante los meses de febrero a agosto: 11 y 27 de febrero, 11 y 28 de marzo , 24 de abril, 27 de mayo, 10 de junio, 9 y 25 de julio, 08 de agosto 2025, donde se analizaron y se revisaron las PQRS pendientes por respuesta.	64%	Se considera un avance parcial, por cuanto evidencian actas de mesas de trabajo durante el 1er y 2o cuatrimestre de 2025 (de febrero a agosto), sobre análisis de PQRS interpuestas.
		Realizar seguimiento de los planes de mejora de las PQRS.	Informe de seguimiento	Calidad	3/02/2025	30/12/2025		0%	No presenta avance, por cuanto no se evidencia la documentación de un plan de mejoramiento producto del análisis de la PQRS.
	Relacionamiento con el ciudadano	Realizar periódicamente mediciones de percepción de los ciudadanos respecto a la calidad y accesibilidad de la oferta institucional e informar resultados en	Medición de percepción y acta de comité	SIAU	3/02/2025	30/12/2025	Se aplica encuesta de satisfacción, a agosto de 2025 se aplicaron 29376 encuestas de las cuales 28595 calificaron los servicios como muy bueno y bueno, es decir, arrojó una satisfacción global del 97%.	64%	Se considera un avance parcial, por cuanto evidencia la medición de la satisfacción global a agosto de 2025, el cual ha socializado en comité de calidad dentro del análisis del informe 2193.

		comité de Gestión y Desempeño para identificar oportunidades y acciones de mejora							
Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información	Lineamientos de Transparencia Activa	Realizar autodiagnóstico de la política de transparencia y acceso a la información	Autodiagnóstico	Sistemas Planeación	3/02/2025	28/02/2025	Si bien no se aplicó herramienta de autodiagnóstico de la política de transparencia y acceso a la información, la Oficina de Control Interno aplicó matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación para verificar el grado de cumplimiento, lo cual permitió al líder de la política (Área de Sistemas) realizar autodiagnóstico y a las demás áreas emprender acciones de mejora para tener en cuenta en el diligenciamiento y reporte, de esta manera mejorar la calificación ITA.	100%	Se considera cumplida, por cuanto se aplicó matriz ITA para verificar el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y disposiciones de la Resolución 1519 2020 MinTIC, arrojando una calificación de 61,2 puntos.
		Presentar informe de índice de transparencia y acceso a la información ITA	Informe	Planeación Sistemas	Según cronograma Procuraduría		Se presentó informe de índice de transparencia y acceso a la información ITA, registró Fecha de generación: 28/08/2025 11:07 PM	100%	Se considera cumplida, por cuanto se diligenció y reportó el Índice de Transparencia y Acceso a la Información ITA, dentro del plazo (28/08/2025), obteniendo un nivel de cumplimiento: 95 sobre 100 puntos.
	Lineamientos de Transparencia Pasiva	Gestionar y generar informe de las respuestas a las PQRS	Informe mensual	SIAU	3/02/2025	30/12/2025	Se han gestionado la PQRS, y se han generado y socializado informes que han sido socializados en las 10 mesas de trabajo, realizadas entre el 1er y 2o cuatrimestre de 2025, donde se analizaron e identificaron los pendientes para su respectiva respuesta.	64%	Se considera parcialmente cumplida, por cuanto se han generado informes mensuales, y se han socializado el Comité de PQRS, como mesas de trabajo. Además, se ha socializado en Comité de Gerencia y Comité de Calidad.
	Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información	Verificar, actualizar y publicar los instrumentos de gestión de la información.	Instrumentos Actualizados y publicados en página web	Gestión Documental	3/02/2025	30/12/2025	No se ha actualizado por cuanto depende de varios factores como el resultado de la modernización institucional, la actualización de la plataforma estratégica y el modelo de operación por procesos; no obstante, los instrumentos vigentes se	0%	No presenta avance, por cuanto esta acción requiere de insumos que permitan su actualización en coherencia la estructura organizacional y operación de los procesos.

							encuentran publicados en la página web de la USI ESE.		
	Criterio diferencial de accesibilidad	Verificar cumplimiento de la norma NTC 6047 de 2013 "Accesibilidad al medio físico, espacio de servicio al ciudadano en administración pública"	Lista de chequeo diligenciada	Calidad SIAU	1/03/2025	30/03/2025		0%	No se ha cumplido, por cuanto no se ha ejecutado la acción.
		Implementar acciones de mejora, de acuerdo con los resultados del autodiagnóstico de la norma NTC 6047 de 2013.	Plan de mejoramiento	Apoyo Hospitalario SIAU	1/04/2025	30/12/2025		0%	No presenta avance, por cuanto esta acción es consecuente de la verificación de la NTC 6047 y no se ha realizado, por tanto no se han establecido e implementado acciones de mejora.
	Monitoreo del Acceso a la Información Pública	Seguimiento al cumplimiento del plan de mejora derivado del autodiagnóstico e índice de transparencia y acceso a la información.	Informe cuatrimestral	Planeación Control Interno	30/04/2025	30/12/2025	No se ha ejecutado por cuanto no se ha establecido un plan de mejora	0%	No presenta avance, esta acción es consecuente del autodiagnóstico y resultado del reporte ITA, y como estos no se han realizado, no se evidencia la documentación de un plan de mejoramiento producto de estos.
Iniciativas Adicionales								NA	

Cantidad Acciones Seguimiento 1er cuatrimestre: **34**
 Porcentaje Promedio de Cumplimiento del PAAC, Seguimiento 2º cuatrimestre: **67%**

UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI E.S.E. IBAGUE TOLIMA

MAPA INSTITUCIONAL DE RIESGOS 2025

SEGUIMIENTO CON CORTE A 31 DE AGOSTO DE 2025

No. DEL RIESGO	RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Responsable (Cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces (Fecha y Descripción)	Estado
R1	Posibilidad de pérdida reputacional por incumplimiento de las metas establecidas debido a la falta de ejecución y seguimiento de los planes institucionales	Revisar resultado de la ejecución de los planes institucionales en Comité de Gestión y Desempeño como seguimiento del cumplimiento de estos.	Asesor de Planeación	1/04/2025	31/12/2025	Se ha realizado seguimiento al cumplimiento de metas establecidas en los planes de acción, de gestión, anticorrupción y atención al ciudadano, de mejoramiento y demás. Los resultados no se han socializado en Comité de Gestión y Desempeño, por cuanto en las reuniones de 29/01/2025 y 30/01/2025, se aprobaron los planes institucionales, y en reunión del 18/07/2025 si bien se incluyó en el orden del día, no se alcanzó a socializar y esta reunión quedó aplazada.	En proceso
R2	Posibilidad de pérdida económica por contratación sin el lleno de requisitos de acuerdo con el estatuto y manual de contratación debido a la falta de verificación en la etapa precontractual	Aplicación de lista de chequeo de acuerdo con el tipo de proceso	Contratación	1/01/2025	31/12/2025	Se aplica lista de chequeo mediante la cual se verifica el cumplimiento de los requisitos y está contenida en el expediente. Se debe controlar las versiones de este instrumento. Se verificará su efectiva en la auditoría interna programada.	En proceso
R3	Posibilidad de pérdida económica por incumplimiento del objeto contractual debido a la inadecuada supervisión	Actualización y socialización del estatuto y manual de contratación Capacitación a supervisores de contratos sobre ejercicio de supervisión	Contratación Jurídica	1/02/2025	31/12/2025	No se ha actualizado el estatuto y manual de contratación. No se ha realizado capacitación sobre el ejercicio de supervisión.	Sin Iniciar
R4	Posibilidad de pérdida económica y reputacional por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros, para el direccionamiento de estudios previos, evaluaciones o aplicación de una modalidad de selección diferente a la que corresponda por ley debido al interés en adjudicar y/o celebrar un contrato que beneficie a un proponente	Socializar código de ética y buen gobierno (integridad) al personal de la USI a través de la inducción y reinducción Revisar la pertinencia, coherencia y calidad de los documentos precontractuales previo a la suscripción de contratos	Talento Humano - Jurídica	1/01/2025	31/12/2025	Si bien no se ha realizado campaña de socialización del código de integridad para la interiorización de principios y valores institucionales, en la vinculación de personal por prestación de servicios se le socializa el código de ética y buen gobierno, quienes dejan constancia del compromiso en el cumplimiento de los valores, en cuanto al personal de planta se le socializará en la jornada de reinducción que está pendiente por realizar en lo que resta de la vigencia 2025.	En proceso

						El Asesor Jurídico revisa los documentos precontractuales, previamente a que el área de contratación inicie el proceso.	
R5	Posibilidad de pérdida económica y reputacional por fallos condenatorios a la USI ESE debido a la falta de defensa, presentación de pruebas y seguimiento en los procesos judiciales	Seguimiento y actualización de matriz judicial	Asesor jurídico	1/01/2025	31/12/2025	El Asesor jurídico lleva registro de los procesos en la matriz judicial, realiza seguimiento y socializa en comité de conciliaciones, instancia que se reúne 2 veces en el mes.	En proceso
R6	Posibilidad de pérdida económica y reputacional por falta de razonabilidad de la información financiera de la Entidad debido a deficiencias en la aplicación de las políticas contables y en el proceso de depuración	Realizar seguimiento a la información contable, proyección financiera y ejecución presupuestal Realizar conciliaciones de contabilidad con áreas generados de hechos contables.	Financiera - Contador	1/01/2025	31/12/2025	El área Financiera junto con Gerencia realiza seguimiento a los estados financieros y presupuesto (ejecución ingresos y gastos). Se han realizado conciliaciones dejando constancias en las respectivas actas.	En proceso
R7	Posibilidad de pérdida económica por recaudo no registrado o no consignado debido a la falta de arqueos a las cajas o debilidades en el proceso de facturación	Realización de arqueos de cada mensual	Tesorero	1/01/2025	31/12/2025	El Tesorero realiza arqueos.	En proceso
R8	Posibilidad de pérdida económica por recibir o solicitar dádivas o beneficios a nombre propio o de terceros debido a la modificación indebida de valores a los compromisos contractuales de pagos y cuentas de destino para el pago de recursos	Verificar la ejecución presupuestal y validar que los movimientos están autorizados y soportados (acto administrativo, autorización de pago) Seguimiento de pagos y ejecución presupuestal en comité interno de Gerencia o de Calidad.	Financiera Subgerencia Administrativa y Financiera	1/01/2025	31/12/2025	Financiera verifica y firma la ejecución presupuestal por trimestre. Subgerencia Administrativa y Financiera realiza seguimiento de cuentas por pagar y en Comité interno de Gerencia y calidad se revisa y analiza la ejecución presupuestal.	En proceso
R9	Posibilidad de pérdida económica por deterioro y pérdida de bienes debido a la no realización y/o actualización de inventarios	Actualización de inventarios de la Entidad, mediante registros en el aplicativo Dinamica Gerencial	Almacenista	1/01/2025	31/12/2025	Se está actualizando los inventarios a través de toma física y comparación con registros del sistema DIANMICA. Esta en ejecución el cronograma establecido por el área de Almacén. Para dar de baja lo que se considere y se continúe	En proceso
R10	Posibilidad de pérdida económica y reputacional por deterioro a la infraestructura física y parque automotor de la entidad debido a la falta de mantenimiento preventivo y correctivo en las diferentes sedes y vehículos de la entidad	Ejecutar el cronograma de mantenimiento preventivo de la entidad	Profesional de apoyo hospitalario	1/01/2025	31/12/2025	Se están realizando actividades de mantenimiento tanto preventivo y correctivo de la infraestructura, parque automotor y demás componentes del plan de mantenimiento; a junio de 2025, según el área de apoyo hospitalario, el cumplimiento sin lo que respecta a equipos de cómputo, es de 19,43%.	En proceso
R11	Posibilidad de pérdida reputacional por deterioro, daño o pérdida de historias laborales debido a la falta de seguridad en la custodia de estas	Realizar mejoras y adecuación a la infraestructura física donde reposan las historias laborales	Profesional de apoyo hospitalario	1/01/2025	31/12/2025	No se ha realizado adecuación para la custodia de las historias laborales. Sin embargo, a través de Gestión Documental se está organizando el correspondiente archivo.	Sin Iniciar

R12	Posibilidad de pérdida reputacional por la no respuesta o extemporaneidad en la contestación de las PQRS debido a la falta de cultura organizacional de mejora y debilidades en el seguimiento y control de estas	Realizar seguimiento a las PQRS y presentar informes en comité interno para su análisis e implementación de mejoras. Elaborar y hacer seguimiento al cumplimiento de planes de mejoramiento de las PQRS interpuestas a la entidad.	Atención al Usuario Calidad	1/01/2025	31/12/2025	Atención al Usuario realiza seguimiento, genera informes y los presenta a Comité PQRS donde se analizan, también socializa resultados en Comité de Gerencia y de Calidad. No se evidencia consolidado de los planes de mejoramiento documentados derivados del análisis de las PQRS interpuestas, por lo cual no se evidencia seguimiento de su cumplimiento por parte de Calidad.	En proceso
R13	Posibilidad de pérdida reputacional por la entrega de información reservada e historias clínicas a personas no autorizadas debido a incumplimiento de la política de seguridad de la información	Documentar y aplicar el procedimiento y formatos para el trámite de solicitud de historias clínicas, donde se definan puntos de control para la debida entrega.	Estadística Coordinación Médica	1/04/2025	31/12/2025	No se ha documentado el procedimiento y formatos para el trámite, por lo cual no se evidencia estandarización para la solicitud de la historia clínica que permita identificar que el solicitante corresponda al personal autorizado.	En proceso

MAPA DE CALOR RIESGO INHERENTE						
Probabilidad		Impacto				
		Leve	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
	Muy Alta					
	Alta				R2 R3 R4	
	Media				R7 R12 R13	R6 R8
	Baja	R11		R1	R5 R9	R10
	Muy Baja					

MAPA DE CALOR RIESGO RESIDUAL						
Probabilidad		Impacto				
		Leve	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
	Muy Alta					
	Alta					
	Media				R2 R3	
	Baja	R11			R4 R7 R9 R12 R13	R6 R8 R10
	Muy Baja			R1	R5	

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los lineamientos para la implementación de la política de planeación institucional de la dimensión “Direccionamiento estratégico y planeación” del MIPG, se deben formular las metas y los posibles riesgos asociados al cumplimiento de las prioridades, por lo cual, la administración del riesgo en la ESE no debe verse de forma aislada, es indispensable contar con una planeación institucional debidamente definida y aprobada (plan de desarrollo institucional o plan estratégico institucional) y un modelo de operación por procesos interiorizado y funcional, donde se tengan claros los objetivos de estos como aspecto fundamental para la identificación del riesgo.

Si bien la política de administración de riesgos de la USI ESE fue actualizada, de acuerdo a la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6 y documentalmente está articulada con el esquema de líneas de defensa, se debe constituir en la base para la gestión del riesgo en todos los niveles organizacionales. Por ello, es necesario socializarla a todo el personal de la Entidad, con el fin de que sean claras las responsabilidades en el desarrollo de la metodología.

El mapa institucional de riesgos de la Unidad de Salud de Ibagué USI ESE, contempla dos riesgos relacionados con posibles actos de corrupción, sin embargo, se recomienda tener en cuenta los lineamientos de la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas que se encuentra vigente, con el fin de desarrollar la metodología para la gestión de este tipo de riesgo, los cuales se deben establecer sobre procesos, donde los líderes de estos junto con sus equipos de trabajo, deben realizar monitoreo y evaluación permanente a la gestión de los mismos, en concordancia con la cultura del autocontrol de la entidad.

Si bien se priorizaron los trámites a intervenir con la estrategia de racionalización definida para la vigencia 2025 y se han realizado los respectivos ajustes de racionalización con el fin de reducir costos y tiempos, y mejorar la eficiencia, se recomienda, registrar en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT) tanto la estrategia como sus avances, al igual que el monitoreo y evaluación para asegurar su adecuada implementación y el cumplimiento de los objetivos de la política de racionalización de trámites.

En cuanto a la rendición de cuentas, se debe considerar como una oportunidad para que la ciudadanía evidencie los resultados de la entidad en el cumplimiento de su misionalidad, en el caso de la USI ESE, la prestación de servicios de salud; además, los resultados de su gestión y cumplimiento de sus planes. Como mecanismo de rendición de cuentas se realizó audiencia pública respecto a la vigencia fiscal 2024,

de acuerdo con el reglamento establecido, no obstante, se debe continuar desarrollando ejercicios de rendición de cuentas que permitan informar, dialogar y dar respuesta clara, concreta y veraz a las peticiones y necesidades de la ciudadanía, organizaciones y grupos de valor, por ejemplo: difusión de información accesible, encuentros o espacios de diálogo (presenciales y virtuales), audiencias, respuestas oportunas a PQRS, encuentro con alianza de usuarios, seguimiento y retroalimentación de compromisos, entre otros.

Respecto a los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, se planteó realizar reuniones gerenciales con los líderes de proceso para impartir directrices y establecer iniciativas para mejorar la prestación de los servicios, pero éstas no se continuaron realizando, por lo cual se recomienda, retomar esta instancia de direccionamiento, asimismo, continuar desarrollando reuniones o mesas de trabajo con los líderes involucrados en las PQRS interpuestas a la entidad, con el fin de identificar las debilidades y emprender acciones de mejora frente a la gestión y respuesta oportuna de las mismas; estos planes de mejora deben ser objeto de monitoreo y seguimiento.

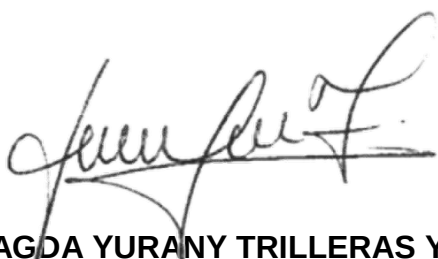
En cuanto a los mecanismos para la transparencia y acceso a la información, se evidencia la implementación progresiva de la política de transparencia y acceso a la información y se ha verificado el cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y disposiciones de la Resolución 1519 2020 MinTIC, lo cual ha permitido ejecutar acciones de mejora y en consecuencia a ello, aumentar la calificación en el índice de transparencia y acceso a la información (ITA); no obstante, se recomienda, definir, ejecutar y hacer seguimiento al plan de mejoramiento derivado del autodiagnóstico y verificación, que contemple los aspectos que aún faltan fortalecer.

De igual manera, sobre el criterio diferencial de accesibilidad, se recomienda, desarrollar las acciones planteadas: verificación del cumplimiento de la norma NTC 6047 de 2013 e implementación de acciones de mejora, de acuerdo con los resultados del autodiagnóstico de dicha norma, con el fin de dar cumplimiento a los criterios y requisitos generales de accesibilidad y señalización al medio físico necesarios en los espacios de acceso al ciudadano.

En términos generales, se recomienda continuar ejecutando el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, desarrollando las acciones definidas en los cinco componentes, asimismo, continuar aplicando la política de administración de riesgos, dando tratamiento a los riesgos identificados y contemplados en el Mapa Institucional.

Se recomienda realizar monitoreo permanente por parte de las áreas como primer línea de defensa en el Sistema de Control Interno, así como de manera cuatrimestral por parte de Planeación y líderes de áreas y programas, como segunda línea de defensa, consolidando evidencias del avance y cumplimiento de las acciones contempladas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, y de la ejecución de controles del Mapa Institucional de Riesgos, con el fin de facilitar el seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno como tercer línea de defensa. De esta manera emitir informes dentro de los términos de Ley, socializados a nivel institucional para que se tomen acciones y publicados en la página web de la ESE, para conocimiento de la ciudadanía.

Finalmente, teniendo en cuenta las disposiciones de la Ley 2195 de 2022, se recomienda adoptar el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) en la Unida de salud de Ibagué USI ESE, que reemplace el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), ya que es una estrategia institucional obligatoria, que además debe articularse con el Sistema Integral de Administración de Riesgos, de la USI ESE.



MAGDA YURANY TRILLERAS YARA
Asesora de Control Interno USI E.S.E