



Innovamos y nos transformamos para cuidarte mejor

SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA



PRIMER INFORME DE SEGUIMIENTO

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

VIGENCIA 2025



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co

VIGILADO Supersalud





Innovamos y nos transformamos para cuidarte mejor

INTRODUCCIÓN

La corrupción es sin duda el mayor obstáculo para el desarrollo económico y social de un país. Su ejercicio no solo menoscaba los recursos que el Estado utiliza para satisfacer las necesidades de sus habitantes; también desincentiva la realización de inversiones, frena el desarrollo económico, perpetúa los niveles de pobreza, promueve la ineficiencia, la inestabilidad y la violencia.

Recordemos que de conformidad con el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, se modifica el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 y se crea el Programa de Transparencia y Ética Pública, lo cual contribuye a generar acciones de largo alcance para la lucha contra la corrupción, en cumplimiento con las disposiciones normativas en cuanto a la Transparencia, Acceso a la Información Pública, Gobierno Abierto, Gestión de Riesgos de Corrupción, Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, entre otras temáticas relacionadas a mantener la transparencia y celeridad en los procesos que desarrolla el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

El Programa de Transparencia y Ética Pública aplica para todas los procesos, subprocesos, colaboradores y grupos de interés del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., que tienen responsabilidad sobre las actividades formuladas o que reciben capacitaciones y retroalimentación derivadas del desarrollo de estas, por lo cual le corresponde a la Oficina de Control Interno, la verificación de la elaboración del Programa de Transparencia y Ética Pública, como también su visibilización, seguimiento y el control a las acciones contempladas en el citado documento.



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co

VIGILADO Supersalud



MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de Colombia
- Ley 80 de 1993
- Ley 87 de 1993
- Ley 190 de 1995
- Ley 489 de 1998
- Ley 850 de 2003
- Ley 1150 de 2007
- Ley 1437 de 2011
- Ley 1474 de 2011
- Decreto 4326 de 2011
- Decreto 019 de 2012
- Ley 1755 de 2015
- Ley 1757 de 2015
- Decreto 124 de 2016
- Ley 1952 de 2019
- Decreto 338 de 2019
- Decreto 1784 de 2019
- Ley 2016 del 27 de 2020
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Versión 6 Noviembre 2022
- Ley 2195 de 2022, modificándose el artículo 34 de la Ley 1474 de 2011



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co



OBJETIVO GENERAL

Evaluar las estrategias formuladas e implementadas por el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., para determinar si estas permiten mitigar y controlar las situaciones de corrupción que puedan presentarse durante la vigencia 2025, con el objetivo de fortalecer las acciones de transparencia y legalidad, involucrando para ello a los grupos de interés, afianzando la confianza en la Institucionalidad a través de acciones que contribuyan a la prevención y control de los riesgos, la mejora continua de los servicios a través de la disminución de los trámites, el fácil acceso a los servicios y a la información Institucional, el compromiso democrático por un dialogo abierto y participativo y el fortaleciendo los principios éticos y de integridad de los servidores públicos, ayudando así a mejorar la satisfacción de los usuarios, partes interesadas y lograr los objetivos de nuestra entidad de salud, conforme lo que establece la Ley 2195 de 2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar seguimiento a los riesgos de corrupción, 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.
- Evaluar en términos cuantitativos el avance de las actividades del Programa de Transparencia y Ética Pública del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., correspondientes al primer cuatrimestre de 2025.
- Valorar las estrategias orientadas al mejoramiento de la atención de los usuarios y demás partes interesadas.
- Evaluar el derecho de acceso a la información pública de los usuarios y demás partes interesadas.

ALCANCE

Las estrategias y acciones contenidas en el Programa de Transparencia y Ética Pública del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., Vigencia 2025, aplica para todos los funcionarios y contratistas, en la ejecución de sus procesos y el desarrollo de sus funciones o actividades.



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co



**SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA
HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., VIGENCIA 2025**

**PRIMER COMPONENTE
ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGO**

Vigencia:	2025					
Fecha de publicación:	30 DE ABRIL 2025					
Componente:	PRIMER COMPONENTE - ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGO					
Primer Seguimiento - Oficina de Control Interno						
Subproceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Evidencias	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Gerencia del Talento Humano	Posibilidad de nombramiento y/o contratación de personal, sin el debido cumplimiento de los requisitos	<ul style="list-style-type: none"> 1) Revisar y evaluar las hojas de vida con respecto a los requisitos establecidos en el manual de funciones o frente a los requisitos establecidos en los términos de referencia. 2) Verificar las hojas de vida presentada por los aspirantes de acuerdo a la lista de chequeo. 3). realizar evaluaciones de desempeño y por competencias. 4) Informe de bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> 1). Relacion de nombramientos y contratos para el periodo. 	<ul style="list-style-type: none"> * El HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., realizo entre el 01 de enero de 2025 al 30 de abril de 2025, realizó el nombramiento de un (1) enfermero el 30 de diciembre de 2024, con efectos a partir de 01 de enero de 2025, la Jefe de la Oficina Jurídica del 17 de enero de 2025 al 11 de febrero de 2025 y una (1) auxiliar de servicios generales. * El HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., a 30 de abril de 2024, realizó la evaluación del desempeño a veinte (20) servidores públicos de carrera administrativa, de los cuales dieciseis (16) obtuvieron calificación sobresaliente y cuatro (4) satisfactoria. Estos funcionarios fueron evaluados el 31 de enero de 2025, a través del Link: https://edl.cnsc.gov.co, dentro de los términos establecidos para ello. * HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, se programaron 23 actividades, de las cuales se ejecutaron 22 para un cumplimiento del 95.6%, con una participación de 4.043 registros de los 4.153 programados, para un cumplimiento del 97.35%. 	100	Actividades cumplidas
Gerencia del Talento Humano	Posibilidad de pago nominal indebido	<ul style="list-style-type: none"> 1). Elaborar la nomina acorde a las novedades enviadas por las subdirecciones. 2). Revisar la nómina por parte del profesionales de talento humano y/o encargado. 3). Revisar la nómina por parte de la subdirección administrativa. 4). Aprobar la nómina por parte de gerencia. 	<ul style="list-style-type: none"> 1). Planillas de nómina con vb por parte de gerencia con el visto bueno de la profesional de talento humano y subdirección administrativa. 2). Reporte de novedades de periodos anteriores para los casos que aplique. 	<ul style="list-style-type: none"> Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, se realizaron controles a la nomina de personal por parte del Revisor Fiscal, la Subdirección Administrativa y el Profesional Universitario de Talento Humano, antes de ser remitida para firma del Ordenar del Gasto, para su autorización de pago. La nomina de personal cuenta con el visto bueno del Subdirector Administrativo y el Profesional de Talento Humano. * Las nominas de personal de enero a abril de 2025, contienen las novedades. 	100	Actividades cumplidas
Gerencia del Talento Humano	Posibilidad de omitir o suprimir información y/o pruebas para el trámite de quejas, procesos disciplinarios, toma de decisiones (Falsedad en la información)	<ul style="list-style-type: none"> 1). Socializar el manual de ética y buen gobierno. 2). Realizar seguimiento a los procesos disciplinarios. 	<ul style="list-style-type: none"> 1). Listas de asistencia socialización Código de integridad. 2). Informe procesos disciplinarios abiertos. 	<ul style="list-style-type: none"> * El Código de Integridad Institucional, fue socializado el 20 de febrero de 2025, 06 de marzo de 2025 y 09 de abril de 2025, con la actividad denominada "VACUNACION DE INTEGRILINA", la cual tuvo como objetivo reforzar los seis (6) valores institucionales "DILIGENCIA, INNOVACION, COMPROMISO, JUSTICIA, RESPETO Y HONSTIDAD". En esta actividad participaron quinientos setenta y seis (576) colaboradores, lo cual contribuyó al fortalecimiento de los valores institucionales, mejoramiento de la identidad corporativa y cultura organizacional. * En la Oficina de Control Interno Disciplinario del HSVL E.S.E., a 30 de abril de 2025, existian seis (6) Procesos Disciplinarios, con las siguientes actuaciones: Un (1) Proceso disciplinario en recolección de pruebas y cierre de la primera parte de la investigación, un (1) Proceso disciplinario en recepción versión libre referente a la queja, un (1) Proceso disciplinario en recepción de versión libre, un (1) Proceso disciplinario que se reíncia por múltiples quejas y se recepciona pruebas preliminares, dos (2) Procesos disciplinarios que se notifican e inician con la recolección de pruebas preliminares. 	100	Actividades cumplidas



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co



Subproceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Evidencias	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones														
Gerencia del Talento Humano	Posibilidad de consignación inoportuna de cesantías, liquidaciones, primas	1. Realizar cronograma de pagos. 2. Realizar liquidación de cesantías e interes. 3. Relizar certificado de pago.	1. Cronograma anual de contabilidad. 2. Listado de liquidación de cesantías y prima. 3. Certificado de pagos.	<ul style="list-style-type: none"> * La entidad cuenta un cronograma anual de información a entes interno y externos, el cual fue aprobado en el primer cuatrimestre de 2025 y se da cumplimiento. * La Subproceso Gerencia del Talento Humano realizó durante el primer cuatrimestre de 2025, pago de prima de navidad y prima de servicios a dos (2) funcionarios. * Los certificados ingresos y retenciones, fueron expedidos en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, siguiendo los lineamientos legales. 	100	Actividades cumplidas														
Gestión de Información y Comunicaciones	Posibilidad de manipular, eliminar, encubrir y/u ocultar información de base de datos y archivos digitales	1). Realizar sesiones breves sobre la política de seguridad de la información. 2). Asignar roles y permisos a usuario.	1). Informe de sesiones breves y listas de asistencias sobre política de seguridad de la información. 2). Relación de los roles y permisos asignados en el periodo. 3). Lista de las revisiones periódicas realizadas en los procesos.	<ul style="list-style-type: none"> * El Subproceso Gestión de la Información y Comunicaciones, entre el 01 de enero de 2025 al 30 de abril de 2025, realizó dentro de la difusión de la Política de Seguridad de la Información, ciento tres (103) sesiones breves, a nuevos funcionarios administrativos y asistenciales que ingresaron al Hospital Susana Lopez de Valencia E.S.E. * El Subproceso Gestión de la Información y Comunicaciones, entre el 01 de enero de 2025 al 30 de abril de 2025, realizó dentro de la aplicación de los Procedimientos de la Política de Seguridad de la Información, la creación de ciento tres (103) usuarios nuevos con sus respectivos roles y permisos en el aplicativo Dinámica Gerencial, tal como se describe en la siguiente tabla: <table border="1"> <thead> <tr> <th>TIPO</th> <th>CANTIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MEDICOS</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>ADMINISTRATIVOS</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>FISIOTERAPEUTAS</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUXILIARES DE ENFERMERIA</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>JEFES DE ENFERMERIA</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>103</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> * El Subproceso Gestión de la Información y Comunicaciones, realizó entre el 01 de enero de 2025 al 30 de abril de 2025, quinientas ochenta y tres (583) rutinas de mantenimiento en las cuales se revisan las políticas de dominio establecidas. 	TIPO	CANTIDAD	MEDICOS	28	ADMINISTRATIVOS	41	FISIOTERAPEUTAS	3	AUXILIARES DE ENFERMERIA	6	JEFES DE ENFERMERIA	25	TOTAL	103	100	Actividades cumplidas
TIPO	CANTIDAD																			
MEDICOS	28																			
ADMINISTRATIVOS	41																			
FISIOTERAPEUTAS	3																			
AUXILIARES DE ENFERMERIA	6																			
JEFES DE ENFERMERIA	25																			
TOTAL	103																			
Gestión de Información y Comunicaciones	Posibilidad de entregar información no autorizada	1). Restricción de permisos para la impresiones, exportación y puertos de USB. 2). Control de acceso a carpetas compartidas. 3). Asignación de roles de permiso y de usuario.	1). Informe de políticas de dominio establecidas en los servidores. 2). Relación de los roles y permisos asignados en el periodo.	<ul style="list-style-type: none"> * Se actualizaron las políticas, se contaba con sesenta y seis (66) políticas, pero se redujeron hasta treinta y nueve (39); entre ellas, política de control de acceso, política de restricción a la aplicación anydesk, política de conexión remota VPN. * El Subproceso Gestión de la Información y Comunicaciones, entre el 01 de enero de 2025 al 30 de abril de 2025, realizó dentro de la aplicación de los Procedimientos de la Política de Seguridad de la Información, la creación de ciento tres (103) usuarios nuevos con sus respectivos roles y permisos en el aplicativo Dinámica Gerencial * Se implementaron políticas de redirecciónamiento en la red, que habilitan el acceso al servidor donde se encuentra alojada la plataforma educativa Chamilo. Esta herramienta facilitará el proceso de formación y actualización del personal del HSLV E.S.E., permitiendo el aprendizaje estructurado de los diversos temas relacionados con los procesos, protocolos y conocimientos propios de la institución hospitalaria. * Los filtros implementados en el firewall permitieron bloquear amenazas tipo malware de día cero, las cuales suelen instalarse de manera silenciosa en los equipos y activarse en una fecha posterior previamente programada. * Se configuraron tres políticas DNAT con el objetivo de redireccionar el tráfico proveniente del servidor del Ministerio de Salud hacia un contenedor Docker, para posteriormente reenviarlo nuevamente al servidor del ministerio. * En la configuración del protocolo NAT se han 	100	Actividades cumplidas														



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co



Subproceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Evidencias	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Gestión de Suministros y Activos Fijos	Posibilidad de hurto y/o uso indebido de bienes asignados y/o elementos entregados	1). Formato de solicitud de pedidos. 2). Órdenes de despacho sistematizadas. 3). Inventario de bienes. 4). Aplicación de rutas de traslado de bienes.	1). Formato para control de pedidos diligenciado. 2). Órdenes de despacho debidamente firmada por el funcionario que recibe. 3). Informe de inventario físico realizado. 4). Inventarios aleatorios realizados por el sub proceso de activos fijos y control interno.	* El HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., cuenta con formatos para Control de Pedidos y Órdenes de Despacho, Códigos No. SLV-SS-09-F01 y SLV-SS-09-F02, los cuales son diligenciados al momento de realizar estos trámites. * El Subproceso de Suministros y Activos Fijos, realizó inventarios físicos de dispositivos médicos no facturables, útiles de escritorio, elementos de aseo y otros elementos de consumo, el 18 de marzo de 2025. * Durante el mes de enero, febrero, marzo y abril de 2025, se realizaron inventarios aleatorios de activos fijos de las áreas asistenciales y administrativas de los servicios del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	100	Actividades cumplidas
Gestión de Suministros y Activos Fijos	Posibilidad de baja inadecuada de activos fijos	1). Verificar los conceptos técnicos de Ingeniería Biomédica y Sistemas de Información. 2). Acta de inspección ocular de los elementos a dar de baja. 3). Aprobación de bajas de Activos Fijos mediante acto administrativo especificando disposición final.	1). Manual para el manejo administrativo de los bienes muebles de propiedad del Hospital actualizado. 2). Acto administrativo de baja de activos y documentos que soportan la baja (conceptos técnicos, acta de inspección, recibo de venta de activos). 3). Inventario de activos de la institución. 4). Inventarios aleatorios en cada proceso.	* Durante el primer cuatrimestre de 2025, no se han realizado actualizaciones en los diferentes capítulos del Manual para el manejo administrativo de Bienes de propiedad del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. * Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, no se realizó Baja Definitiva de Activos Fijos del inventario de Propiedad del HSVL E.S.E. * El Subproceso de Suministros y Activos Fijos, realizó inventarios físicos de dispositivos médicos no facturables, útiles de escritorio, elementos de aseo y otros elementos de consumo, el 18 de marzo de 2025. * Durante el mes de enero, febrero, marzo y abril de 2025, se realizaron inventarios aleatorios de activos fijos de las áreas asistenciales y administrativas de los servicios del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	100	Actividades cumplidas
Ingeniería Hospitalaria	Posibilidad de adquisición de tecnología inapropiada o con sobrecostos	1). Estudios de necesidad sujetos al acuerdo de contratación de la Institución. 2). Formulación de especificaciones técnicas concertadas y de acuerdo a las necesidades de los servicios. 3). Implantación del procedimiento de adquisición de tecnología y evaluación de tecnología	1). Aplicación de la guía de adquisición y evaluación de tecnología.	Según certificación expedida por el Líder del Subproceso Ingeniería Biomédica y el Líder del Subproceso de Suministro y Activos Fijos, el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, adquirió Equipos, Accesorios e Instrumental Quirúrgico para las especialidades de Otorrinolaringología, Anestesiología, Urología y Cirugía General, según Contrato No.118 de 2025, para lo cual se aplicó el Procedimiento SLV-MN-33 "Adquisición de Tecnología" y la "Guía de Clasificación de Aspectos Técnicos para la Adquisición de Equipos Biomédicos".	100	Actividad cumplida
Contratación	Posibilidad de selección y/o adjudicación contractual inapropiada o con vicios legales	1). Estudiar las necesidades sujetas al acuerdo de contratación de la Institución. 2). Formular las especificaciones técnicas concertadas y de acuerdo a las necesidades de los servicios. 3). Implementar la guía de evaluación de aspectos técnicos para la adquisición de tecnología.	1). Lista de chequeo contractual.	El HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., cuenta con una lista de Chequeo de Documentos Jurídicos Código: SLV-GJ-01-F-02, Hoja de Control de Documentos Código: SLV-GJ-10-F01 y una lista de Chequeo Secop II, las cuales son aplicadas a las ofertas presentadas en los procesos de contratación y en la etapa precontractual.	100	Actividades cumplidas
Contratación	Posibilidad de suscripción de contratos, sin el cumplimiento de requisitos legales	1). Verificar los documentos soporte de la contratación, contra la lista de chequeo respectiva para todas las modalidades de contratación. 2). Verificar la información documental aportada, convalidando la información que presente algún tipo de duda con la entidad emisora.	1). Lista de chequeo y/o Acta del Comité Evaluador.	El HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., cuenta con una lista de Chequeo de Documentos Jurídicos Código: SLV-GJ-01-F-02, Hoja de Control de Documentos Código: SLV-GJ-10-F01 y una lista de Chequeo Secop II, las cuales son aplicadas a las ofertas presentadas en los procesos de contratación y en la etapa precontractual.	100	Actividades cumplidas



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co



Subproceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Evidencias	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Contratación	Posibilidad de ejecución incorrecta de contratos	1). Verificar el contrato en el cumplimiento de las actividades y/o productos a entregar por el supervisor.	1). Relación del listado de los informes de supervisión cargados en la plataforma SECOP II por cada supervisor de contrato.	La Oficina Asesora Jurídica, presento relación detallada de trecientos setenta y cinco (375) informes de supervisión que fueron cargados en la Plataforma Secop II, por cada supervisor del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., entre el 01 de enero de 2025 y el 30 de abril de 2025.	100	Actividades cumplidas
Contratación	Posibilidad de selección inapropiada de contratistas	1). Verificar los documentos soporte de la contratación, contra la lista de cheques respectiva para todas las modalidades de contratación. 2). Verificar la información documental aportada, convalidando la información que presente algún tipo de duda con la entidad emisora.	1). lista de chequeo y/o Acta del Comité Evaluador.	El HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., cuenta con una lista de Chequeo de Documentos Jurídicos Código: SLV-GJ-01-F-02 , Hoja de Control de Documentos Código: SLV-GJ-10-F01 y una lista de Chequeo Secop II, las cuales son aplicadas a las ofertas presentadas en los procesos de contratación y en la etapa precontractual.	100	Actividades cumplidas
Asesoría Jurídica	Posibilidad de dilación y seguimiento de los procesos judiciales y disciplinarios	1). Revisar continuamente la base de datos y el estado de cada proceso tanto en la página web de la Rama Judicial como en los mismos despachos judiciales y siglo XXI.	1). Presentación de informes a la entidad por parte de los apoderados.	* Los Abogados Externos contratados por el HSLV E.S.E., durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, realizaron seguimiento y control permanente a los Procesos Judiciales, así mismo mensualmente elaboran un informe de su estado y novedades. Estos documentos son remitidos para conocimiento de la Oficina Asesora Jurídica del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. *Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, los informes de Procesos Judiciales, fueron socializados a los miembros del Comité de Conciliación y Defensa Judicial del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., así mismo se enviaron de manera mensual a la Oficina de Control Interno.	100	Actividades cumplidas
Asesoría Jurídica	Posibilidad de pago inoportuno de las sentencias judiciales ejecutoriadas	1. Realizar Informe de sentencias en contra del Hospital. 2. Realizar relación de acuerdo de pagos. 3. Realizar trámite oportuno a los requerimientos y verifica los términos de acuerdo con los lineamientos y la normatividad vigente.	1. Cronograma de pagos. 2. Relación de certificado de pagos.	Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, no hubieron sentencias en contra del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., ni acuerdos de pago por este concepto. Con respecto al cronograma de pagos, no se tiene documento como tal por cuanto no hay sentencias adversas.	100	Actividades cumplidas
Gestión de Presupuesto	Posibilidad de ocultamiento de información de saldo presupuestal	1). Controlar los saldos y de fechas por medio del aplicativo dinámica gerencial. 2). Auditar por parte de Control Interno. 3). Registrar los movimientos en los libros auxiliares de presupuesto.	1). Conciliaciones entre Contabilidad, facturación y Presupuesto. 2). Resoluciones y/o acuerdos a Modificaciones al Presupuesto.	* Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, se realizaron traslados dentro del Presupuesto de Gastos del HSLV E.S.E., y adiciones al Presupuesto de Renta y Gastos del HSLV E.S.E., que fueron autorizados mediante Acuerdos No. 004 de 2025 y Resoluciones No. 009 de 2025, 012 de 2025, 014 de 2025, 019 de 2025, 023 de 2025, 029 de 2025, 032 de 2025, 049 de 2025, 067 de 2025, 089 de 2025, 108 de 2025, 114 de 2025, 118 de 2025 y 134 de 2025. * El Subproceso Gestión de Presupuesto, durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, realizó conciliación con los Subprocesos Gestión de Contabilidad, Gestión de Cartera y Gestión de Facturación.	100	Actividades cumplidas
Gestión de Presupuesto	Posibilidad de modificación de la información presupuestal	1). Modificaciones aprobadas por CONFIS, Junta Directiva o la gerencia según el caso. 2). Conciliación de información.	1). Acuerdos y/o resoluciones. 2). Conciliaciones Mensuales.	* Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, se realizaron traslados dentro del Presupuesto de Gastos del HSLV E.S.E., y adiciones al Presupuesto de Renta y Gastos del HSLV E.S.E., que fueron autorizados mediante Acuerdos No. 004 de 2025 y Resoluciones No. 009 de 2025, 012 de 2025, 014 de 2025, 019 de 2025, 023 de 2025, 029 de 2025, 032 de 2025, 049 de 2025, 067 de 2025, 089 de 2025, 108 de 2025, 114 de 2025, 118 de 2025 y 134 de 2025. * El Subproceso Gestión de Presupuesto, durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, realizó conciliación con los Subprocesos Gestión de Contabilidad, Gestión de Cartera y Gestión de Facturación.	100	Actividades cumplidas



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co



Subproceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Evidencias	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Gestión de Contabilidad	Posibilidad de alteración en los estados Financieros	1). Auditorías externas. 2). Procedimiento de conciliación de información. 3). Procedimiento de conciliaciones bancarias. 4). Procedimiento de registro de procesos litigiosos. 5). Uso de claves para registro de información restringidas.	1). Relación de comprobantes contables de registro diario de cada una de las operaciones. 2). Actas de conciliación de la información financiera. 3). Conciliaciones bancarias.	* Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, se realizaron comprobantes de diario en el Sistema de Información DGH. * Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, el Subproceso Gestión de Contabilidad, realizó conciliación de información con el Subproceso Gestión de Cartera, Subproceso Gestión de Facturación y el Proceso de Talento Humano. * Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, se realizaron las conciliaciones bancarias de manera mensual.	100	Actividades cumplidas
Gestión de Pagaduría y Caja	Posibilidad de hurto del dinero de recaudo	1). Recaudo periodico, en los 4 puntos de caja. 2). Servicio de Transporte de valores. 3). Auditoria por la Oficina de Control Interno.	1). Formato de arqueo de caja. 2). Listado resumen recibos de caja de DG. 3). Recibo entrega de efectivo (base) en el primer cuatrimestre. 4). Listado de relación del dinero entregado a la transportadora de valores.	* El Subproceso de pagaduría y Caja, tiene un formato estructurado para realizar arqueos de caja. * El Subproceso Gestión de Pagaduría y Caja, generó del 01 de enero de 2025 al 30 de abril de 2025, listado resumen de recibos de caja, logrando establecer que el primer recibo de caja generado el 01 de enero de 2025, fue el No.211874 y el ultimo recibo de caja generado el 30 de abril de 2025, fue el No.216622. * El Subproceso Gestión de Pagaduría y Caja, durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, se creó el Fondo Fijo Base, según Resolución No. 008 del 09 de enero de 2025 y se realizó entrega de efectivo base a Consulta Externa por valor de \$350.000, Caja Examenes \$150.000, Caja UMI \$150.000, Caja Urgencias \$150,000, segun Recibos de Caja No. 21047, 21048, 21049, 24951, 24952, 24953, 24954, 24955, 24956, 24957 y 24958. * Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, el dinero del recaudo fue entregado a la Transportadora de Valores del Sur Ltda "TVS", para ser llevado y consignado en las cuentas del HSLV E.S.E., por lo cual se logró evidenciar que la primera Planilla que se genero en el primer cuatrimestre de 2025, fue la No. 502960816 de fecha 03 de enero de 2025 y la ultima generada en el citado periodo, fue la No. 502960863, fechada el 30 de abril de 2025.	100	Actividades cumplidas
Gestión de Pagaduría y Caja	Posibilidad de fraude o malversación de fondos	1). Realizar conciliaciones bancarias de todas las cuentas. 2). Verificar los soportes de transferencias. 3). Seguridad del traslado de cheques en blanco.	1). Comprobantes de egreso debidamente diligenciados y firmados. 2). Conciliaciones bancarias. 3). Soportes de pagos por la entidad bancaria por transferencia electrónica.	* El Subproceso de Pagaduría y Caja, durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, elaboró los comprobantes de egreso en el Sistema de información DGH, por lo cual se logró comprobar que entre el 01 de enero de 2025 y el 30 de abril de 2025, el primer comprobante realizado fue el Comprobante No. 56480 de fecha 03 de enero de 2025 y el ultimo que se elaboró en el citado periodo fue el Comprobante No.57699 de fecha 29 de abril de 2025. * Se revisó mediante un muestreo los Comprobantes de Egreso elaborados entre el 01 de enero de 2025 y el 30 de abril de 2025, logrando determinar que contaban con la firma de quién los elabora, revisa y aprueba. * El Subproceso Gestión de Contabilidad, durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, realizó las conciliaciones bancarias de los meses enero, febrero, marzo y abril 2025. * Las cuentas y órdenes de pago giradas mediante transferencia electrónica, entre el 01 de enero de 2025 al 30 de abril de 2025, contienen el soporte de pago de la entidad bancaria.	100	Actividades cumplidas
Gestión de Pagaduría y Caja	Posibilidad de pago inoportuno de impuestos, facturas, servicios públicos y canon de arrendamiento	1. Realizar informe de causación de facturas. 2. Realizar un cronograma de pagos. 3. Realizar lista de constancia de pagos.	1. Cronograma de pagos. 2. Relación de certificado de pagos.	* El Subproceso de Pagaduría y Caja, durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, elaboró el cronograma de pagos que contiene en nombre del tercero beneficiario del pago, Nro. orden de pago y otros aspectos, para poder realizar los respectivos giros de acuerdo a su programación. * El Subproceso de Pagaduría y Caja, durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, elaboró los comprobantes de egreso en el Sistema de información DGH, por lo cual se logró comprobar que entre el 01 de enero de 2025 y el 30 de abril de 2025, el primer comprobante realizado fue el Comprobante No. 56480 de fecha 03 de enero de 2025 y el ultimo que se elaboró en el citado periodo fue el Comprobante No.57699 de fecha 29 de abril de 2025.	100	Actividades cumplidas



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co



Subproceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Evidencias	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Gestión de Facturación	Posibilidad de modificar u omitir facturas de servicios médicos prestados por el Hospital	1). Verificar y realizar seguimiento de ingresos abiertos.	1). Informe mensual de seguimiento de ingresos abiertos.	El Subproceso de Facturación durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, presento las evidencias del seguimiento mensual realizado a los ingresos abiertos del 01 de enero de 2025 al 30 de abril de 2025.	100	Actividad cumplida
Gestión de Auditoría y Facturación	Posibilidad de conciliación de glosa inapropiada	1). Revisar los documentos soportes y la normatividad por parte del funcionario encargado de la labor y validación de los mismos. 2). Conocer y capacitar a los colaboradores en la actualización de la información de los contratos de la institución.	1). Actas de conciliación y respuesta a glosas y devoluciones.	Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, el Subproceso de Auditoría realizó conciliación de glosas, lo cual pudo ser verificado en las actas de conciliación.	100	Actividad cumplida
SAU	Posibilidad de favorecer a un tercero en la respuesta de PQRS	1). Verificar y numerar en consecutivo los PQRS en los diferentes canales de recepción (buzón, telefónica, correspondencia certificada, correo electrónico). 2). Auditorías internas por parte de la Oficina de Control Interno.	1). Actas de aperturas de buzones con las respectivas firmas de los asistentes al acto. 2). Informe de PQRS. 3). Informe de PQRSDF de la Auditoría realizada por Control Interno. 4). Acta de Reunión de Mejoramiento de II Nivel Asistencial, donde se evidencia la socialización del Informe de PQR y felicitaciones.	* Durante el cuarto trimestre de la Vigencia 2024, fueron recepcionadas en el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., a través de los diferentes canales del SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN AL USUARIO, un total de 1145 manifestaciones entre peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, en este sentido se destaca que las felicitaciones continúan obteniendo el mayor puntaje con 864, donde a nivel porcentual representan el 63% de las manifestaciones recibidas, 504 reclamos, 13 sugerencias y 1 derechos de petición. * El 17 de noviembre de 2024, se realizó reunión de mejoramiento Estándares de Atención al Cliente Asistencial, donde se socializaron los resultados del informe de satisfacción y PQRSDF de septiembre, octubre y noviembre de 2024, el Manual de Reuso, Código SLV-QUI-EST-22, Versión 9 del 2024 por parte de la Líder del Subproceso de Esterilización. También se recuerda la distribución de los estándares de acreditación de atención al cliente asistencial, de acuerdo a la ruta de atención (AREPEES-R) por el tema del envío de la autoevaluación institucional entre otros temas. * El Jefe de la Oficina de Control Interno realizó seguimiento a las PQRS en el tercer cuatrimestre de la vigencia 2024 y dicho informe fue remitido a la Gerencia y sera socializado al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	100	Actividades cumplidas
Ambulatorio	Posible de cobro o manipulación para la asignación de citas	1). Aplicar adherencia al protocolo de asignación de citas. 2). Socializar el protocolo de asignación de citas.	1). Lista de chequeo, consolidado de auto rondas del proceso. 2). Actas de reunión de mejoramiento. 3). PQRSDF de asignación de citas.	* El Proceso Ambulatorio durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, realizó seguimiento y apoyo a la adherencia, clasificación de riesgo clínico con respectiva educación en medidas preventivas y registro en folio de pre-consulta (HC0085), a través de autorondas. * El Proceso Ambulatorio durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, realizó reuniones de mejoramiento sobre Ejes de Acreditaciones, Adherencia al Procedimiento de Asignación y Confirmación de Citas, Estándares Asistenciales, Resultado de Indicadores, Eventos Clínicos, Auto Rondas de Seguridad del Paciente y Socialización de PQRS. * Conforme a la clasificación realizada entre el 01 de enero de 2025 al 31 de marzo de 2025, a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias interpuestas por los usuarios o su red de apoyo familiar, se logró identificar que el Proceso Ambulatorio tuvo 265 de estas y 118 felicitaciones.	100	Actividades cumplidas



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co



Subproceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Evidencias	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Cirugía	Posibilidad de ejecución de procedimientos quirúrgicos no autorizados	1). Registro de programación de cirugía en el aplicativo de dinámica gerencial. 2). Soportes de autorización para programación de cirugía. 3). Facturación individual de cada una de las cirugías.	1). Planillas de programación de cirugías diarias (autorizadas). 2). Oficio de certificado de facturación de procedimientos quirúrgicos.	* Para programar una cirugía se asiste primero a facturación para verificación de derechos. El HSLV E.S.E., cuenta con un Procedimiento de Programación de Cirugías Código SLV-AS-104, Versión 7, Procedimiento de Paciente a Cirugía Código SLV-AS-87, Versión 1, Procedimiento Admisión, Preparación y Egreso del Usuario para su Atención Quirúrgica Código SLV-AS-107, Versión 0, por lo cual se logra establecer que el personal que interviene en el Proceso de Cirugía da estricto cumplimiento a estos procedimientos. * Se verificaron durante el tercer cuatrimestre de la vigencia 2024, las planillas de Programación de Cirugías Adultos y UMI. * Segun certificación expedida por el Subproceso Gestión de Facturación, el Proceso Quirúrgico durante el tercer cuatrimestre de la vigencia 2024, a través de la Oficina de Programación de Cirugía, ejecutó la programación de procedimientos quirúrgicos previa autorización de tecnologías por parte de las diferentes EAPB, por lo cual se realizó la facturación ante el pagador, teniendo en cuenta las diferente modalidades de contrato que tiene el HSLV E.S.E., con las EAPB.	100	Actividades cumplidas
Cirugía	Posibilidad de hurto del material de osteosíntesis	1). Registro en formato de remisión por parte de la casa médica, al proceso de Esterilización. 2). Registro en el folio de instrumentador quirúrgico de DG del material usado en el procedimiento. 3). Registro de hoja de gastos de material de osteosíntesis de cirugías en dinámica gerencial y como soporte de facturación.	1). Informe de inventario del material de osteosíntesis en consignación. 2). Informe de material de osteosíntesis utilizado facturado.	* Durante el primer cuatrimestre de 2025, se presento informe de inventario del material de osteosíntesis entregado e ingresado, según comprobantes de entrada al Hospital Susana López de Valencia E.S.E., por las casas comerciales, para atender pacientes de urgencias y ambulatorios. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, no se presento el informe detallado del material de osteosíntesis utilizado y facturado, solo informes de supervisión de los Contratos No.040 de 2025, No.041 de 2025, No. 088 de 2025, No.089 de 2025, No.154 de 2025 y No.155 de 2025.	50	Actividades cumplidas parcialmente
Cirugía	Posibilidad de pago (cobro) de horas no prestadas	1). Programación de cuadros de turnos institucional. 2). Informe de supervisión de contratos.	1). Informe de certificación de contratos. 2). Planilla de programación diaria de cirugía	* La Jefe de la Oficina Asesora Jurídica, realizó certificación de los contratos suscritos entre el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., y Comercializadora Fijación Externa S.A.S., Medical Help Colombia S.A.S. y Orthosystem S.A.S. * Se verificaron durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, las planillas de Programación de Cirugías Adultos y UMI.	100	Actividades cumplidas
Laboratorio Imágenes	Posibilidad de hurto de reactivos e insumos de laboratorio e imágenes	1). Recepción y registro de ingreso (factura) y egreso (formato kardex laboratorio). 2). Verificación de los pedidos recibidos y entregados. 3). Seguimiento en plataforma (ECUSTOMER LA ROCHE).	1). Formato de recepción técnica de reactivos de diagnóstico in vitro de laboratorio clínico. 2). Formato de recepción medios de contrastes para tomografía. 3). Realación de medios de contraste en el periodo.	* La líder del Subproceso Laboratorio Clínico, remitió los formatos de pedido de recepción técnica de reactivos de diagnóstico in vitro, realizados entre el 01 de enero de 2025 y el 30 de abril de 2025. Los pedidos fueron solicitados por el Laboratorio Clínico a través del correo institucional en el Formato Recepción Técnica de Reactivos de Diagnóstico INVITRO. Es importante indicar que los pedidos de ROCHE, se realizan a través de la plataforma ECUSTOMER. * El Subproceso de Imagenología y Ultrasonido, remitió a la Oficina de Control Interno, la relación de despachos de medios de contraste para tomografía, 01 de enero de 2025 y el 30 de abril de 2025, junto con el formato de registro de utilización de medios de contraste.	100	Actividades cumplidas



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co



Subproceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Evidencias	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Farmacia	Posibilidad de hurto de medicamentos y/o dispositivos médicos	1). Inventario periódico. 2). Inventario aleatorio.	1). Informe de inventarios trimestral de las farmacias satélites y bodega principal. 2). Consolidado trimestral de Informe de datos de inventarios aleatorios.	* El 03, 04, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 21 y 22 de marzo de 2025, se realizó inventario físicos de medicamentos y dispositivos médicos a la Farmacia Central, Farmacia UMI, Farmacia Urgencias, Farmacia UCI Adultos, Farmacia Cirugía Adultos, Cirugía Pediátricos y Bodega General del HSLV E.S.E. * Se realizaron informes de datos aleatorios del servicio farmacéuticos en los meses enero de 2025, febrero de 2025, marzo de 2025 y abril de 2025, para determinar la adhesión al Proceso Servicio Farmacéutico.	100	Actividades cumplidas
Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de Lavado de activos	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Consultar en listas restrictivas. 3. Capacitar al personal.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación.	* Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se realizó informe del consolidado de diligenciamiento de ciento siete (107) formatos SARLAFT de los procesos contractuales suscritos por el HSLV E.S.E. * Se generó Reporte Consulta No.19 de 2025, donde fueron revisadas quinientas cincuenta y seis (556) listas restrictivas, con el objetivo de prevenir el lavado de activos. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, no se realizó informe de capacitaciones realizadas o listas de asistencias a estas.	67	Actividades cumplidas parcialmente
Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de financiación y proliferación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Consultar en listas restrictivas. 3. Capacitar al personal.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación.	* Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se realizó informe del consolidado de diligenciamiento de ciento siete (107) formatos SARLAFT de los procesos contractuales suscritos por el HSLV E.S.E. * Se generó Reporte Consulta No.19 de 2025, donde fueron revisadas quinientas cincuenta y seis (556) listas restrictivas, con el objetivo de prevenir el lavado de activos. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, no se realizó informe de capacitaciones realizadas o listas de asistencias a estas.	67	Actividades cumplidas parcialmente
Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de fraude	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Consultar en listas restrictivas. 3. Capacitar al personal.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación.	* Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se realizó informe del consolidado de diligenciamiento de ciento siete (107) formatos SARLAFT de los procesos contractuales suscritos por el HSLV E.S.E. * Se generó Reporte Consulta No.19 de 2025, donde fueron revisadas quinientas cincuenta y seis (556) listas restrictivas, con el objetivo de prevenir el lavado de activos. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, no se realizó informe de capacitaciones realizadas o listas de asistencias a estas.	67	Actividades cumplidas parcialmente
Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de opacidad	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Consultar en listas restrictivas. 3. Capacitar al personal.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación.	* Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se realizó informe del consolidado de diligenciamiento de ciento siete (107) formatos SARLAFT de los procesos contractuales suscritos por el HSLV E.S.E. * Se generó Reporte Consulta No.19 de 2025, donde fueron revisadas quinientas cincuenta y seis (556) listas restrictivas, con el objetivo de prevenir el lavado de activos. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, no se realizó informe de capacitaciones realizadas o listas de asistencias a estas.	67	Actividades cumplidas parcialmente
Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de soborno	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Capacitar al personal. 3. Estados Financieros.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación. 4. Relación de estados financieros solicitados a contratistas.	* Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se realizó informe del consolidado de diligenciamiento de ciento siete (107) formatos SARLAFT de los procesos contractuales suscritos por el HSLV E.S.E. * Se generó Reporte Consulta No.19 de 2025, donde fueron revisadas quinientas cincuenta y seis (556) listas restrictivas, con el objetivo de prevenir el lavado de activos. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, no se realizó informe de capacitaciones realizadas o listas de asistencias a estas. * No se remitió relación de los estados financieros que fueron solicitados a contratistas, entre el 01 de enero de 2025 y el 30 de abril de 2025.	50	Actividades cumplidas parcialmente



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co

Subproceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Evidencias	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de testaferrato y enriquecimiento ilícito	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Capacitar al personal. 3. Estados Financieros.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación. 4. Relación de estados financieros solicitados a contratistas.	* Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se realizó informe del consolidado de diligenciamiento de ciento siete (107) formatos SARLAFT de los procesos contractuales suscritos por el HSLV E.S.E. * Se generó Reporte Consulta No.19 de 2025, donde fueron revisadas quinientas cincuenta y seis (556) listas restrictivas, con el objetivo de prevenir el lavado de activos. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, no se realizó informe de capacitaciones realizadas o listas de asistencias a estas. * No se remitió relación de los estados financieros que fueron solicitados a contratistas, entre el 01 de enero de 2025 y el 30 de abril de 2025.	50	Actividades cumplidas parcialmente
Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de producción y tráfico de drogas ilícitas	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Capacitar al personal. 3. Estados Financieros.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación. 4. Relación de estados financieros solicitados a contratistas.	* Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se realizó informe del consolidado de diligenciamiento de ciento siete (107) formatos SARLAFT de los procesos contractuales suscritos por el HSLV E.S.E. * Se generó Reporte Consulta No.19 de 2025, donde fueron revisadas quinientas cincuenta y seis (556) listas restrictivas, con el objetivo de prevenir el lavado de activos. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, no se realizó informe de capacitaciones realizadas o listas de asistencias a estas. * No se remitió relación de los estados financieros que fueron solicitados a contratistas, entre el 01 de enero de 2025 y el 30 de abril de 2025.	50	Actividades cumplidas parcialmente
Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de extorsión y secuestro extorsivo	1. Capacitar al personal. 2. Canales de reporte.	1. Lista o informe de capacitación. 2. Relación de seguimiento a las denuncias realizadas en los canales de recepción (Correo, linea 147 ejercito nacional).	* Durante el primer cuatrimestre de 2025, no se realizó informe de capacitaciones realizadas o listas de asistencias a estas. * Según certificación expedida por el Subdirector Administrativo quien actúa en calidad Oficial de Cumplimiento del HSLV E.S.E., manifiesta que durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, nuestra entidad de salud no recibió denuncias en los canales de recepción (Correo, Línea 147 Ejercito Nacional).	50	Actividades cumplidas parcialmente
Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de delitos contra la administración pública (38)	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Capacitar al personal. 3. Canales de reporte 4. Verificar en listas de entes de control.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación. 4. Relación de seguimiento a las denuncias realizadas en los canales de recepción (Correo). 5. Consolidado de reportes.	* Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se realizó informe del consolidado de diligenciamiento de ciento siete (107) formatos SARLAFT de los procesos contractuales suscritos por el HSLV E.S.E. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, se generó Reporte Consulta No.19 de 2025, donde fueron revisadas quinientas cincuenta y seis (556) listas restrictivas, con el objetivo de prevenir el lavado de activos. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, no se realizó informe de capacitaciones realizadas o listas de asistencias a estas. * Según certificación expedida por el Subdirector Administrativo quien actúa en calidad Oficial de Cumplimiento del HSLV E.S.E., manifiesta que durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, nuestra entidad de salud no recibió denuncias en los canales de recepción (Correo). * Según certificación expedida por el Subdirector Administrativo quien actúa en calidad Oficial de Cumplimiento del HSLV E.S.E., manifiesta que durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, nuestra entidad de salud no ha realizado denuncias, por tanto no se tiene Consolidado de Reportes.	80	Actividades cumplidas parcialmente



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co



Subproceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control	Evidencias	Actividades cumplidas	% de avance	Observaciones
Direcciónamiento Estratégico	Posibilidad de delitos contra el sistema financiero (4)	1. Dilucidar formato SARLAFT 2. Reporte a la DIAN. 3. Verificar en listas de entes de control. 4. Verificar en listas de entes de control.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación. 4. Relación de seguimiento a las denuncias realizadas en los canales de recepción (Correo). 5. Consolidado de reportes.	* Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se realizó informe del consolidado de diligenciamiento de ciento siete (107) formatos SARLAFT de los procesos contractuales suscritos por el HSLV E.S.E. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, se generó Reporte Consulta No.19 de 2025, donde fueron revisadas quinientas cincuenta y seis (556) listas restrictivas, con el objetivo de prevenir el lavado de activos. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, no se realizó informe de capacitaciones realizadas o listas de asistencias a estas. * Según certificación expedida por el Subdirector Administrativo quien actúa en calidad Oficial de Cumplimiento del HSLV E.S.E., manifiesta que durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, nuestra entidad de salud no recibió denuncias en los canales de recepción (Correo). * Según certificación expedida por el Subdirector Administrativo quien actúa en calidad Oficial de Cumplimiento del HSLV E.S.E., manifiesta que durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, nuestra entidad de salud no ha realizado denuncias, por tanto no se tiene Consolidado de Reportes.	80	Actividades cumplidas parcialmente
Direcciónamiento Estratégico	Posibilidad de tráfico de migrantes y trata de personas	1. Dilucidar formato SARLAFT 2. Verificar en listas de entes de control. 3. Verificar listas restrictivas. 4. Verificar en listas de entes de control.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación. 4. Relación de seguimiento a las denuncias realizadas en los canales de recepción (Correo). 5. Consolidado de reportes.	* Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se realizó informe del consolidado de diligenciamiento de ciento siete (107) formatos SARLAFT de los procesos contractuales suscritos por el HSLV E.S.E. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, se generó Reporte Consulta No.19 de 2025, donde fueron revisadas quinientas cincuenta y seis (556) listas restrictivas, con el objetivo de prevenir el lavado de activos. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, no se realizó informe de capacitaciones realizadas o listas de asistencias a estas. * Según certificación expedida por el Subdirector Administrativo quien actúa en calidad Oficial de Cumplimiento del HSLV E.S.E., manifiesta que durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, nuestra entidad de salud no recibió denuncias en los canales de recepción (Correo). * Según certificación expedida por el Subdirector Administrativo quien actúa en calidad Oficial de Cumplimiento del HSLV E.S.E., manifiesta que durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, nuestra entidad de salud no ha realizado denuncias, por tanto no se tiene Consolidado de Reportes.	80	Actividades cumplidas parcialmente
Direcciónamiento Estratégico	Posibilidad de rebelión	1. Dilucidar formato SARLAFT 2. Verificar en listas de entes de control. 3. Verificar listas restrictivas. 4. Verificar en listas de entes de control.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación. 4. Relación de seguimiento a las denuncias realizadas en los canales de recepción (Correo). 5. Consolidado de reportes.	* Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se realizó informe del consolidado de diligenciamiento de ciento siete (107) formatos SARLAFT de los procesos contractuales suscritos por el HSLV E.S.E. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, se generó Reporte Consulta No.19 de 2025, donde fueron revisadas quinientas cincuenta y seis (556) listas restrictivas, con el objetivo de prevenir el lavado de activos. * Durante el primer cuatrimestre de 2025, no se realizó informe de capacitaciones realizadas o listas de asistencias a estas. * Según certificación expedida por el Subdirector Administrativo quien actúa en calidad Oficial de Cumplimiento del HSLV E.S.E., manifiesta que durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, nuestra entidad de salud no recibió denuncias en los canales de recepción (Correo). * Según certificación expedida por el Subdirector Administrativo quien actúa en calidad Oficial de Cumplimiento del HSLV E.S.E., manifiesta que durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, nuestra entidad de salud no ha realizado denuncias, por tanto no se tiene Consolidado de Reportes.	80	Actividades cumplidas parcialmente



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co



RESULTADOS

Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, se adelantaron ciento cincuenta y nueve (137) actividades en los ocho (8) componentes del “**Programa de Transparencia y Ética Pública**” del HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E., Vigencia 2025, arrojando este un avance de cumplimiento en su ejecución del 98%, tal como lo ilustra el Cuadro No. 01:

Cuadro No.01 Componentes y Actividades del Programa de Transparencia y Ética Pública Hospital Susana López de Valencia E.S.E., Vigencia 2025

NOMBRE DEL COMPONENTE	No. DE ACCIONES	% PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO
Componente: Administración y Gestión de Riesgo	111	86%
Componente: Transparencia y Acceso a la Información	7	100%
Componente: Legalidad e Integridad	1	100%
Componente: Servicio al Ciudadano	5	100%
Componente: Participación Ciudadana	4	100%
Componente: Rendición de cuentas	4	100%
Componente: Racionalización de Trámites	3	100%
Componente: Capacitaciones - Iniciativas adicionales	2	100%
% PROMEDIO AVANCE PRIMER CUATRIMESTRE DE 2025	137	98%

Fuente: Programa de Transparencia y Ética Pública HSLV E.S.E., Vigencia 2025

El Cuadro No. 01 en su ítem “**Componente: Administración y Gestión de Riesgo**”, nos ilustra el seguimiento realizado en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, donde al revisar, evaluar las evidencias documentales y el trabajo de campo adelantado, se encontró que de las ciento once (111) actividades que debían ejecutarse para el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, ciento ocho (108) se cumplieron totalmente y tres (3) actividades no se cumplieron, arrojando la evaluación un resultado del 86% para el citado componente.

Al revisar y evaluar durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, el “**Componente: Transparencia y Acceso a la Información**”, se logró establecer que de siete (7) actividades formuladas, se ejecutaron todas en su totalidad, lo cual arrojó la evaluación un resultado de cumplimiento del 100%.



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co



Es importante manifestar de acuerdo con los documentos aportados y analizados, que el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., realizó la actualización permanente de la información mínima obligatoria (índice de transparencia ITA), revisó y divulgó el conjunto de datos abiertos, actualizó de manera mensual los calendarios de actividades institucionales y de participación ciudadana y social en salud. También se elaboraron los informes de medición de oportunidad de respuesta a solicitudes de información e informe de actualización del inventario de activos de información, como también el informe de actualización del índice de información clasificada y reservada, la cual puede ser consultada en el link <https://acortar.link/xeJ61w>.

Es importante mencionar que el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., cuenta con traductor a lenguas nativas.

Al revisar y evaluar durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, el “**Componente: Legalidad e Integridad**”, se logró establecer que tenía una (1) actividad por ejecutar, que consistían en desarrollar estrategia de gestión de conflictos de intereses y esta fue ejecutada, razón por la cual este componente arrojó un resultado del 100% de cumplimiento.

Al revisar y evaluar durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, el “**Componente: Servicio al Ciudadano**”, se logró determinar que tenía cinco (5) actividades planeadas por realizar y estas fueron ejecutadas en su totalidad, arrojando la evaluación un resultado del 100% de cumplimiento.

Es importante manifestar de acuerdo con los documentos aportados y analizados para la evaluación del “**Componente: Servicio al Ciudadano**”, que el 11 de marzo de 2025, se realizó reunión de II Nivel de Mejoramiento Estándares de Atención al Cliente Asistencial y en dicha reunión se presentó el informe de PQRSD entre otros temas tratados. De conformidad con el Procedimiento Institucional (SLV-GC-01-F01) y los resultados de la encuesta estandarizada, se realizó informe trimestral de medición de la satisfacción del usuario, reconocimiento al personal del Proceso Cirugía, ya fue el más felicitado durante el primer trimestre de 2025. También durante el primer trimestre del año 2025, se realizaron cinco (5) jornadas de Inducción Institucional, específicamente a setenta y seis (76) colaboradores, así mismo trescientos setenta y siete (377) estudiantes nuevos, donde se da a conocer nuestra misión, visión, valores institucionales e incentivar a la adherencia de la cultura organizacional con el código de integridad y los diferentes programas y políticas institucionales. Es importante mencionar que se llevó a cabo la publicación del informe de PQRSD, correspondientes al primer trimestre de la vigencia 2025, así mismo, se hizo reconocimiento a los usuarios y/o grupo que ha participado en mejoramiento del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co



Se encontró que en el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, las cuatro (4) actividades formuladas para el “**Componente: Participación Ciudadana**”, todas estas fueron ejecutadas, razón por la cual este componente arrojó en su evaluación un cumplimiento del 100%.

Es importante manifestar de acuerdo a los documentos aportados y analizados para la evaluación del “**Componente: Participación Ciudadana**”, que se realizó la caracterización a los ciudadanos, usuarios y grupos de interés incluyendo mecanismos de información y comunicación de preferencia, por lo cual se logró establecer que el HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E., ha logrado consolidar una amplia interacción con sus grupos de interés, destacando la participación activa de usuarios, organizaciones sociales, colaboradores y actores comunitarios, lo que refuerza la gestión centrada en el usuario y el enfoque territorial. Se realizó educación al usuario en hábitos de vida saludable sobre prevención de Infecciones, IAMII, prevención de violencia de género, jornadas de promoción y mantenimiento de la salud en la comunidad, enfatizando en instituciones con temas que dan respuesta a las necesidades identificadas en los análisis Epidemiológicos suministrados por vigilancia epidemiológica de nuestra entidad y de los entes territoriales. Los temas desarrollados fueron Prevención de VBG, presentación de la Ruta de Atención en Salud de las víctimas de VBG y lo relacionado con las Enfermedades Crónicas no Transmisibles con Énfasis en Cáncer (mama, cérvix). Se presentaron las evidencias de participación de la comunidad en la formulación de la planeación institucional y del mejoramiento prospectivo.

Al evaluar el “**Componente: Rendición de cuentas**”, durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, se logró establecer que tenía cuatro (4) actividades planeadas por realizar y estas fueron ejecutadas en su totalidad, arrojando la evaluación un resultado de cumplimiento del 100%.

Es importante manifestar de acuerdo a los documentos entregados y analizados para la evaluación del “**Componente: Rendición de cuentas**”, que se identificaron las necesidades de información de la población y la comunidad, por lo cual se logró establecer en el marco de la rendición de cuentas para la vigencia 2024, que el HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E., cuenta con los recursos necesarios para acercarse a la comunidad y comunicar los servicios que ofrece. Esto facilita la participación activa de los ciudadanos en actividades significativas que permiten identificar sus necesidades, contribuyendo así a la mejora continua de nuestra entidad de salud.

Se habilitaron espacios de diálogos con la comunidad, representantes de la Asociación de Usuarios y divulgación en redes sociales, donde se logró concluir lo siguiente:



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co



- Se han fortalecido los canales de participación ciudadana y de expresión comunitaria.
- La Asociación de Usuarios mantiene una presencia activa y propositiva.
- Las redes sociales han sido un aliado estratégico en la democratización de la información.
- Se recomienda continuar con la periodicidad de espacios presenciales y fortalecer la participación de zonas rurales mediante plataformas virtuales o jornadas descentralizadas.

También se realizó socialización de los objetivos, modos de participación, finalidad y beneficios de la rendición de cuentas a los usuarios. La socialización de la rendición de cuentas permitió consolidar una cultura de participación ciudadana. Se evidenció un alto interés de los usuarios por participar activamente en los procesos institucionales, destacando la importancia de continuar fortaleciendo estos espacios.

Se publicaron boletines y actividades descargables de diferentes Políticas Institucionales en la página web www.hosusana.gov.co, toda la información publicada cuenta con la posibilidad de visualización y descarga desde la página en formato PDF.

<https://www.hosusana.gov.co/download/boletin-epidemiologico-2025/>

Al evaluar en el primer cuatrimestre el **“Componente: Racionalización de Trámites”**, se identificó que el HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E., tiene ocho (8) trámites y un (1) procedimiento administrativo de cara al usuario, los cuales están inscritos en el Sistema Único de información y trámites SUIT, así:



Tipo	Número	Nombre del Registro	Acciones
HM	31062	Asignación de cita para la prestación de servicios en salud	
HM	32932	Historia clínica	
HT	33253	Certificado de paz y salvo	
HM	33522	Atención inicial de urgencia	
HM	33649	Radiología e imágenes diagnósticas	
HM	33904	Examen de laboratorio clínico	
HM	34155	Terapia	
HM	34248	Certificado de defunción	
HM	75553	Certificado de nacido vivo	



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co



Tramite 3102 - Asignación de Citas para la prestación de servicios: en la aplicación "Susanita móvil" permite la solicitud de la cita según especialidad, este trámite digital junto a la llamada y la recepción de solicitudes por WhatsApp brinda a los usuarios la posibilidad de que su requerimiento sea atendido con prontitud.

Tramite 32932 - Historia Clínica: este hace referencia a la solicitud de copias de la historia clínica, la aplicación "Susanita móvil", permite realizar la solicitud directamente a estadística, brindando una capa de seguridad que permite identificar quién la solicita, el paciente o un usuario autorizado por él, tal como lo exigen las normas vigentes. Para los casos donde el paciente no es quien la solicita se deben seguir los protocolos con los que cuenta la institución para que terceros puedan realizar el trámite.

Tramite 33532 - Atención Inicial de Urgencias: para este trámite (certificado de atención) la aplicación "Susanita móvil" permite realizar la consulta y descargue del certificado donde se comprueba que el paciente ha sido atendido en la institución, con datos como fecha y hora de atención entre otros.

Tramite 33649 - Radiología e imágenes diagnosticas: "Susanita móvil" permite realizar la consulta y descargue del respectivo estudio de imágenes diagnósticas, este trámite se realiza bajo demanda (a solicitud del paciente).

Tramite 33904 - Exámenes de Laboratorio: "Susanita móvil" permite realizar la consulta y descargue del respectivo examen de laboratorio, este trámite se realiza bajo demanda (a solicitud del paciente).

Tramite 34155 - Terapia: en la aplicación "Susanita móvil", permite la solicitud de la cita para terapia física y/o fonoaudiología, este trámite digital junto a la llamada y la recepción de solicitudes por WhatsApp brinda a los usuarios la posibilidad de que su requerimiento sea atendido con prontitud. Frente a los certificados de defunción y nacido vivo, se requiere la entrega original del certificado para su registro, por lo cual continúan con el mismo procedimiento hasta tanto la normatividad Nacional lo exija.

Tramite 34248 - Certificado de defunción: el certificado es entregado en físico a familiares del paciente fallecido para el respectivo registro, el cual no debe superar las 48 horas del fallecimiento, luego de inscripción del certificado las copias deben ser solicitadas ante la oficina donde fue inscrita la defunción.

Tramite 75553 - Certificado Recién Nacido Vivo: el certificado es entregado en físico a familiares del menor para efectos del registro civil ante notaría o registraduría, luego de inscripción del certificado las copias deben ser solicitadas ante la oficina donde fue inscrito.



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co

VIGILADO Supersalud



Al evaluar el “**Componente: Racionalización de Trámites**”, se logró establecer durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, que este componente tenía tres (3) actividades planeadas y estas fueron ejecutadas en su totalidad, arrojando la evaluación un resultado de cumplimiento para este componente del 100%.

Es importante manifestar de acuerdo con los documentos aportados y analizados para la evaluación del “**Componente: Racionalización de Trámites**”, que se realizó el informe de seguimiento a mejoras de los métodos de racionalización de trámites implementados, informe de seguimiento a la percepción de las aplicaciones para trámites racionalizados, como también el informe de implementación y realización de campañas de difusión, apropiación y beneficios de la racionalización aplicadas.

De los mil setecientos doce (1712) usuarios encuestados durante el primer trimestre del año 2025, tuvieron una percepción buena respecto a los canales habilitados para acceder a los trámites. Igualmente el 100% de los usuarios encuestados, respondieron que durante la realización del trámite NO percibieron ninguna irregularidad o algún riesgo de corrupción frente a la actuación de la entidad o de algún servidor público durante el trámite realizado.

Al evaluar el “**Componente: Capacitación - Iniciativas adicionales**”, se logró establecer que el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, dio cumplimiento a las dos (2) actividades que fueron planeadas, las cuales se describen a continuación:

- Mapa de Riesgos de SARLAFT, Vigencia 2025, debidamente actualizado conforme a la Política y Manual SARLAFT.
- Publicación del mapa de riesgos SARLAFT, Vigencia 2025.



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co

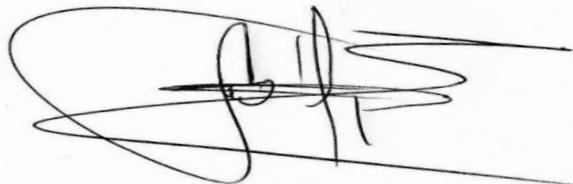


SUGERENCIAS

- Ejecutar las actividades contenidas en el **“Componente: Administración y Gestión de Riesgo”**, dentro de las fechas que se encuentran programadas, ya que de las ciento once (111) actividades que debían ejecutarse para el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, tres (3) actividades no se cumplieron, las cuales se relacionan a continuación:
 - Informe detallado del material de osteosíntesis utilizado facturado.
 - Lista de personal capacitado o informe de capacitación realizada.
 - Relación de estados financieros solicitados a contratistas.
- El Subproceso Cirugía, Subproceso Facturación y el Subproceso Esterilización deben informar por escrito cuales fueron los motivos del presunto incumplimiento en la entrega del informe del material de osteosíntesis utilizado y facturado en el primer cuatrimestres de la vigencia 2025, teniendo en cuenta que está actividad se está incumpliendo desde la vigencia 2024.
- Publicar en la página web <https://www.hosusana.gov.co/>, el primer informe de seguimiento cuatrimestral realizado por el Jefe de la Oficina Control Interno al Programa de Transparencia y Ética Pública del HSLV E.S.E., Vigencia 2025.

CONCLUSIONES

El Jefe de la Oficina de Control Interno del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, realizó seguimiento al cumplimiento de las actividades contenidas en el Programa de Transparencia y Ética Pública del HSLV E.S.E., Vigencia 2025, por lo cual se puede concluir que el resultado de los avances con corte a 30 de abril de 2025, alcanzó un total consolidado del 98% en sus componentes, tal como se puede apreciar en el contenido del presente informe.



GUILLERMO MOSQUERA ZAMBRANO
Jefe Oficina de Control Interno
HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.



8211721 - 8309780



Calle 15 N° 17 A - 196
La Ladera - Popayán, Cauca
Colombia



www.hosusana.gov.co

