

INFORME DE EVALUACIÓN PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO PAAC 2025

ESE Hospital San Lorenzo Liborina Antioquia

CUATRIMESTRE 1 DE 2025

| | | |
|---|--------------|-------------------------|
|  | Informe PAAC | Código: |
| | | Versión: |
| | | Fecha de actualización: |
| | | Página 2 de 14 |

OBJETIVO

Realizar el seguimiento y cumplimiento a los avances de las actividades establecidas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano -PAAC del año 2025, primer cuatrimestre que corresponde de enero a abril de 2025.

ALCANCE

El alcance del presente seguimiento será la verificación de las actividades con fecha de cumplimiento dentro del periodo comprendido entre el 01 de enero al 30 de abril del año 2025 en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

La oficina asesora de Control Interno, en su rol evaluación y seguimiento, definido dentro de la Ley 87 de 1993 y el Decreto 648 del 2017, presenta el informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2025.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Ley 1474 de 2011 Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

Decreto 1083 de 2015 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.

Decreto 124 de 2016 Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".

Decreto 1499 de 2017 por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 – actualización Modelo Integrado de Control Interno y Gestión – MIPG.

Política de Administración de Riesgos versión 1 y Mapa de Riesgos 2024, de la ESE Hospital San Lorenzo Liborina Antioquia.

METODOLOGÍA

Medición del riesgo

Para el periodo de este informe, no se materializan eventos de riesgos de corrupción dentro del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC.

| | | |
|---|--------------|-------------------------|
|  | Informe PAAC | Código: |
| | | Versión: |
| | | Fecha de actualización: |
| | | Página 3 de 14 |

Medición del control

En desarrollo del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano -PAAC, se han generado las siguientes actividades de control.

- Durante el mes de abril de 2025 se realizó la divulgación de la actualización del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano - PAAC de la ESE Hospital San Lorenzo Liborina Antioquia de la vigencia 2025, para los funcionarios y contratistas de la entidad.

Medición de la gestión

En el mes de mayo de 2025, se recopila gran parte de las evidencias por parte del asesor de control interno, y cuenta de esto se contacta a los líderes de procesos, para el cumplimiento de la evaluación del primer cuatrimestre de 2025.

CONTINGENCIAS

Para el presente seguimiento se presentaron contingencias como la recopilación de las evidencias del cumplimiento de las actividades, las cuales afectan el cumplimiento del desarrollo del presente informe en un gran porcentaje, las actividades que no se cumplieron en el periodo evaluado se deberán cumplir de forma prioritaria durante el segundo cuatrimestre del año 2025.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano está integrado por seis (6) componentes:

COMPONENTE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

COMPONENTE 2: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

COMPONENTE 3: RENDICIÓN DE CUENTAS

COMPONENTE 4: ATENCIÓN AL CIUDADANO

COMPONENTE 5: MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

COMPONENTE 6: INICIATIVAS ADICIONALES

| | | |
|--|--------------|-------------------------|
|  <p>E.S.E. Hospital San Lorenzo Al servicio de la vida</p> | Informe PAAC | Código: |
| | | Versión: |
| | | Fecha de actualización: |
| | | Página 4 de 14 |

Se definieron cincuenta y dos (52) actividades, dentro de los seis (6) componentes y se verificó su atención calculando su estado final con esta calificación: cumplidas, vencidas, sin cumplir moderadas, determinando así el promedio del porcentaje de cumplimiento y se presenta como un indicador.

El asesor de Control Interno realiza la evaluación de cumplimiento de las actividades de plan anticorrupción y de atención al ciudadano correspondiente a la totalidad de la vigencia 2025:

Componente 1 Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción

|  | | PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2025 | | | | | |
|---|-------------|--|--|----------------------------|---------------------|--|---|
| Código: FO-DIE-001 | | Versión: 03 | | Fecha: Enero 30 de 2025 | | | |
| Entidad: Empresa Social del Estado - ESE- Hospital San Lorenzo Liborina Antioquia | | | | | | | |
| PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2025 | | | | | | | |
| Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción | | | | | | | |
| Subcomponente | Actividades | Meta o producto | Responsable | Fecha programada | % Avance Abril 2025 | Observaciones de la Oficina de Control Interno | |
| Subcomponente 1 Política de Administración de Riesgos de Corrupción | 1.1 | Presentar ante el Comité de Gestión y Desempeño el mapa de riesgos institucional. | Acta del comité de Gestión y Desempeño, y la publicación del mapa de riesgos actualizado según política de administración de riesgos | Subgerencia administrativa | Abril de 2025 | 100% | Se presenta al comité MIPG, mapa de riesgos 2025, según acta 001 de 2025  |
| | 1.2 | Actualizar la Política de administración de Riesgos conforme a los requisitos del nuevo modelo MIPG y la integración de los mapas de riesgo de gestión y corrupción y presentarla al Comité de Gestión y Desempeño | Acta del comité de Gestión y Desempeño, y la publicación del mapa de riesgos actualizado según política de administración de riesgos | Subgerencia administrativa | Enero de 2025 | 100% | Durante la vigencia 2025, no dio lugar a la actualización de la política de administración de riesgos de la entidad 1.9 Procedimientos que se siguen para tomar decisiones en las diferentes áreas: POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.pdf |
| | 1.3 | Publicar la Política de administración de Riesgos en la Pagina web de la ESE | Soporte de publicación en pagina Web | Subgerencia administrativa | Enero de 2025 | 100% | Política de administración de riesgos publicado en pagina web de la entidad 1.9 Procedimientos que se siguen para tomar decisiones en las diferentes áreas: POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.pdf |
| | 1.4 | Socializar a los funcionarios y contratistas de la ESE la Política de administración de Riesgos | Política divulgada a través de los diferentes canales de comunicación interno. Por lo menos: dos (2) divulgaciones (1 con el comité de Comité de | Líderes de procesos | Abril de 2025 | 100% | Política de administración de riesgos socializada en la vigencia 2024, también se recuerda a los funcionarios y contratistas de la entidad, sobre los roles y responsabilidades que trae la política, para la evaluación de los riesgos cuatrimestrales |

| | | | | | | | |
|--|------|---|--|---|----------------------------------|------|--|
| Subcomponente 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción | 1.5 | Actualizar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2025, incorporando estrategias para la gestión de los riesgos de corrupción | Acta aprobación por parte de comité coordinador de control interno | Gerencia-Subgerencia administrativa | Enero de 2025 | 100% | Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2025, actualizado y publicado en página web de la entidad  |
| | 1.6 | Publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2025 en página web | Imagen de publicación en página web | Subgerencia administrativa | Abril de 2025 | 100% | Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2025, actualizado y publicado en página web de la entidad |
| | 1.7 | Elaborar el Mapa de Riesgos incluyendo riesgos de Corrupción, de Seguridad y riesgos fiscales, Consolidado 2025 de la Entidad y publicarlo en página web | Mapa de riesgos actualizado según política de administración de riesgos versión 6 de la función pública | Subgerencia administrativa | Abril de 2025 | 100% | Mapa de riesgos 2025 actualizado y publicado en página web de la entidad |
| | 1.8 | Mapa de riesgos incluyendo riesgos de Corrupción, de Seguridad y riesgos fiscales, Consolidado 2025 para aprobación del Comité de Gestión y Desempeño | Mapa de riesgos aprobado por Comité de Gestión y Desempeño Institucional | Subgerencia administrativa | Abril de 2025 | 100% | Se presenta al comité MIPG, mapa de riesgos 2025, según acta 001 de 2025  |
| Subcomponente 3 Consulta y divulgación | 1.9 | Socializar con los responsables de las estrategias del PAAC 2025 y mapa de riesgos 2025, con las actividades a implementarse y periodos de ejecución, y notificar en forma periódica y oportuna los avances y fechas de entrega de la información cumpliendo los periodos de evaluación del PAAC. | Matriz de monitoreo cuatrimestral para presentar a oficina de control interno 7 días antes de la fecha límite para publicar el seguimiento de Ley: mayo y septiembre de 2025 y enero 2026. Total (3) | Subgerencia Administrativa, con apoyo de la Asesoría de Control Interno | 30/05/2025-30/09/2025-10/01/2026 | 100% | En reuniones de personal se hace la socialización del PAAC 2025 y Mapa de riesgos 2025 actualizado |
| Subcomponente/ proceso 4 Monitoreo o revisión | 1.10 | Realizar monitoreo periódico al cumplimiento de acciones del mapa de Riesgos Institucional. Y publicar en pagina Web | Matriz de monitoreo cuatrimestral para presentar a oficina de control interno 7 días antes de la fecha límite para publicar el seguimiento de Ley: mayo y septiembre de 2025 y enero 2026. Total (3) | Subgerencia Administrativa, con apoyo de la Asesoría de Control Interno | 30/05/2025-30/09/2025-10/01/2026 | 100% | Se realiza la evaluación de riesgos 2025, correspondiente al primer cuatrimestre de 2025, pendiente la socialización y envió del informe a la alta gerencia |
| | 1.11 | Realizar encuesta de la efectividad de la gestión de riesgos, el análisis de la encuesta y el resultado del monitoreo y presentar a comité de gestión y Desempeño | (1) Informes con análisis de la efectividad y del monitoreo de la gestión de riesgos al comité Institucional de Gestión y Desempeño | Control Interno | 10/1/2026 | 0% | Actividad pendiente (en termino) |
| Subcomponente/ proceso 5 Seguimiento | 1.12 | Presentar informes cuatrimestrales a los comités de gestión y desempeño y coordinador de control interno sobre el cumplimiento de las actividades planteadas en el PAAC 2025 y el mapa de riesgos institucional 2025. | Publicación de (3) Informes en página Web. | Asesor de Control Interno | 30/05/2025-30/09/2025-10/01/2026 | 0% | Actividad pendiente (en termino) |
| | 1.13 | Realizar capacitación a personal en temas relacionados con el PAAC y riesgos de corrupción, seguridad digital y riesgos fiscales | Dos (2) Capacitación | Asesor de Control Interno | Semestral | 0% | Actividad pendiente (en termino) |

El componente N°1 Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción

- Subcomponentes: 5
- Actividades: 13

| | | |
|--|--------------|-------------------------|
|  <p>E.S.E. Hospital San Lorenzo Al servicio de la vida</p> | Informe PAAC | Código: |
| | | Versión: |
| | | Fecha de actualización: |
| | | Página 6 de 14 |

- Metas producto: 10 actividades que se cumplieron durante el primer cuatrimestre de 2025.
- Actividades vencidas en el primer cuatrimestre: 0
- Se programaron para seguimiento en el segundo y tercer cuatrimestre: 3
- Actividades Porcentaje de cumplimiento: 77%

Componente 2: Racionalización de Trámites

|  | | PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2025 | | | | | |
|---|-------------|---|--|------------------------------|---------------------|--|----------------------------------|
| Código: FO-DIE-001 | | Versión: 03 | | Fecha: Enero 30 de 2025 | | | |
| Entidad: Empresa Social del Estado - ESE- Hospital San Lorenzo Liborina Antioquia PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2025 | | | | | | | |
| Componente 2: Racionalización de trámites. | | | | | | | |
| Componente | Actividades | Meta o producto | Responsable | Fecha programada | % Avance Abril 2025 | Observaciones de la Oficina de Control Interno | |
| Componente 2: Racionalización de trámites. | 2.1 | Actualizar la documentación de procedimientos relacionados con los trámites de la ESE inscritos en el SUIT. | Procedimiento documentado, formatos, diseñados. | Lider de cada proceso y SIAU | Julio de 2025 | 0% | Actividad pendiente (en termino) |
| | 2.2 | Socializar y publicar la documentación de los trámites de la ESE inscritos en el SUIT. | Registro de socialización publicados. Trámites | Lider SIAU | Julio de 2025 | 0% | Actividad pendiente (en termino) |
| | 2.3 | Realizar el proceso de racionalización por lo menos a un trámite priorizado. | Procedimiento documentado, formatos, diseñados y publicados e implementados. | Lider SIAU | Julio de 2025 | 0% | Actividad pendiente (en termino) |
| | 2.4 | Realizar seguimiento a la gestión de trámites. | Procedimiento documentado, formatos, diseñados y publicados. | Asesor Gestión Integral | Cuatrimstral | 0% | Actividad pendiente (en termino) |

El componente N°2 Racionalización de Trámites

- Subcomponentes: 1
- Actividades: 4
- Metas producto: 0
- Actividades vencidas en el primer cuatrimestre: 0
- Se programaron para seguimiento en el segundo y tercer cuatrimestre: 4
- Actividades Porcentaje de cumplimiento: 0%

| | | |
|--|---------------------|-------------------------|
|  <p>E.S.E. Hospital San Lorenzo Al servicio de la vida</p> | <p>Informe PAAC</p> | Código: |
| | | Versión: |
| | | Fecha de actualización: |
| | | Página 7 de 14 |

Componente 3: Rendición de Cuentas

|  | | <p>PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2025</p> | | | | | |
|--|-------------|---|--|--|-------------------------------|--|---|
| Código: FO-DIE-001 | | Versión: 03 | | Fecha: Enero 30 de 2025 | | | |
| <p>Entidad: Empresa Social del Estado - ESE- Hospital San Lorenzo Liborina Antioquia</p> | | | | | | | |
| <p>PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2025</p> | | | | | | | |
| <p>Componente 3: Rendición de cuentas</p> | | | | | | | |
| Subcomponente | Actividades | Meta o producto | Responsable | Fecha programada | % Avance Abril 2025 | Observaciones de la Oficina de Control Interno | |
| Subcomponente 1 Programación, desarrollo y contenido de la rendición de cuentas | 3.1 | Elaborar diagnóstico de rendición de cuentas y su plan de intervención según política MIPG. | Diagnóstico y plan de intervención | Asesor Gestión Integral, líder SIAU y de rendición de cuentas | Enero de 2025 | 0% | No se cuenta con diagnóstico de rendición de cuentas según política MIPG, de acuerdo a la audiencia de rendición de cuentas 2024 |
| | 3.2 | Elaboración de informes de gestión. | Informes escritos y presentaciones, según corresponda. | Gerente, subdirectora administrativa, asesor de Gestión Integral | Trimestral o según cronograma | 100% | Se presentó informe de gestión de la vigencia 2024, durante la audiencia pública de rendición de cuentas 2024, realizada el día 26 de marzo de 2025  |
| | 3.3 | Publicación de información a través de redes sociales. | Publicaciones en redes sociales | Funcionario asignado | A partir de Marzo de 2025 | 40% | Durante la vigencia de la evaluación se puede observar información de la ESE, dirigida a los usuarios en el Facebook de la ESE |
| Subcomponente 1 Programación, desarrollo y contenido de la rendición de cuentas | 3.4 | Publicación de información en la página web de la ESE. | Información publicada | Funcionario asignado | A partir de febrero de 2025 | 40% | Durante la vigencia de la evaluación se puede observar información dirigida a los usuarios en la página web de la ESE, como lo son la herramienta para consultar los resultados de exámenes de laboratorio   <small>© 2020 ESE Hospital San Lorenzo Liborina</small> |
| | 3.5 | Difusión de información en carteleras. | Información publicada | Líder SIAU | Permanente | 40% | Durante la vigencia de la evaluación se puede observar la información actualizada en las carteleras, dirigida a los usuarios de la ESE |
| | 3.6 | Preparación y rendición de informes a organismos de vigilancia y control. | Registros de reporte de informes | Subdirectora Administrativa, líder de sistemas de información | Permanente | 40% | Durante la vigencia de la evaluación se puede preparar la rendición de la cuenta anual dirigida a la Contraloría General de Antioquia, se realizaron los reportes contables en el CHIP, correspondientes al cuarto trimestre de 2024, primer trimestre de 2025, Reporte de control interno contable vigencia 2024, ante la Contaduría General de la Nación |

| | | | | | | | |
|---|------|---|---|--|---|------|--|
| Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones | 3.7 | Presentación de informe de gestión al Concejo Municipal | Certificación del Concejo Municipal | Gerente, líderes de áreas | Según invitación del Concejo | 0% | Actividad pendiente (en termino) |
| | 3.8 | Presentación de informe de gestión en Asamblea o Asociación de usuarios. | Informe de gestión y acta de reunión | Gerente, líder SIAU | Semestral | 0% | Actividad pendiente (en termino) |
| | 3.9 | Audiencia pública de rendición de cuentas. | Acta e Información y metodología de diálogo | Gerente, subdirectora administrativa, líderes de áreas | Mínimo 1 al año antes del 30 de marzo de 2025 | 100% | Se realizó rendición de cuentas el día 26 de marzo de 2025, en el auditorio de la alcaldía municipal   |
| Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas | 3.10 | Sensibilización sobre rendición de cuentas a funcionarios | Acta de sensibilización en informe | Gerente, subdirectora administrativa | enero-febrero de 2025 | 100% | Mediante reunión de personal la gerencia presentó el informe para la rendición de cuentas 2024  |
| | 3.11 | Convocar de forma personalizada a grupos organizados, representantes de usuarios y estamentos representativos para participar de la rendición de cuentas. | Registros de convocatorias a rendición de cuentas | Secretaría, Líder SIAU | De abril a junio de 2025 | 100% | |
| | 3.12 | Convocar de forma abierta a la comunidad para participar de la rendición de cuentas. | Registros de convocatorias a rendición de cuentas | Secretaría, Líder SIAU | De abril a junio de 2025 | 100% | |
| Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional | 3.13 | Diseñar instrumento de evaluación de la rendición de cuentas por parte de la comunidad. | Herramienta de evaluación - encuesta | Líder SIAU | De abril a junio de 2025 | 100% | Para el ejercicio de rendición de cuentas 2024-2025, se cuenta con el instrumento de encuesta |
| | 3.14 | Aplicación de herramienta de evaluación a la rendición de cuentas. | Informe de resultados de la rendición de cuentas | Líder SIAU | Junio de 2024 | 100% | Durante el ejercicio de rendición de cuentas 2024-2025, se aplicaron 26 encuestas a ciudadanos participantes |
| | 3.15 | Socializar resultados de la rendición de cuentas y elaborar plan de mejora (si aplica). | Informe de resultados de la rendición de cuentas y plan de mejora | Gerente y Líder SIAU | Julio de 2024 | 100% | Se presenta informe de análisis de satisfacción de los usuarios y ciudadanos participantes en el ejercicio de rendición de cuentas 2024-2025  |

El componente N°3 Rendición de Cuentas

- Subcomponentes: 4
- Actividades: 15
- Metas producto: 12 actividades que se cumplieron durante el primer cuatrimestre de 2025.

- Actividades vencidas en el primer cuatrimestre: 1
- Se programaron para seguimiento en el segundo y tercer cuatrimestre: 2
- Actividades Porcentaje de cumplimiento: 80%

Componente 4: Atención al Ciudadano

| E.S.E. Hospital San Lorenzo Al servicio de la vida | | PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|---------------------|---|--|---------------------------------------|--|----------------|---|--------|---|-------------|---|-------------|---|---|--|----------------|---|--------|---|-------------|---|-------------|---|---------------------------------------|--|----------------|---|--------|---|-------------|---|-------------|---|
| Código: FO-DIE-001 | | Versión: 03 | | Fecha: Enero 30 de 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entidad: Empresa Social del Estado - ESE- Hospital San Lorenzo Liborina Antioquia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente 4: Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subcomponente | Actividades | Meta o producto | Responsable | Fecha programada | % Avance Abril 2025 | Observaciones de la Oficina de Control Interno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico | 4.1 | Presentar y analizar informe de atención al usuario en comité de gestión y desempeño o instancia similar. | Informes y actas del comité | Lider de SIAU y comité | Semestral | 30% | <p>Informe PQRSD trimestre 1 de 2025, se muestra resumen de las peticiones recibidas</p> <table border="1"> <tr><td colspan="2">PQRSD Recibidas durante Enero de 2025</td></tr> <tr><td>FELICITACIONES</td><td>0</td></tr> <tr><td>QUEJAS</td><td>2</td></tr> <tr><td>RECLAMACION</td><td>3</td></tr> <tr><td>SUGERENCIAS</td><td>1</td></tr> <tr><td colspan="2">PQRSD Recibidas durante Febrero de 2025</td></tr> <tr><td>FELICITACIONES</td><td>0</td></tr> <tr><td>QUEJAS</td><td>0</td></tr> <tr><td>RECLAMACION</td><td>0</td></tr> <tr><td>SUGERENCIAS</td><td>2</td></tr> <tr><td colspan="2">PQRSD Recibidas durante Marzo de 2025</td></tr> <tr><td>FELICITACIONES</td><td>0</td></tr> <tr><td>QUEJAS</td><td>3</td></tr> <tr><td>RECLAMACION</td><td>0</td></tr> <tr><td>SUGERENCIAS</td><td>1</td></tr> </table> | PQRSD Recibidas durante Enero de 2025 | | FELICITACIONES | 0 | QUEJAS | 2 | RECLAMACION | 3 | SUGERENCIAS | 1 | PQRSD Recibidas durante Febrero de 2025 | | FELICITACIONES | 0 | QUEJAS | 0 | RECLAMACION | 0 | SUGERENCIAS | 2 | PQRSD Recibidas durante Marzo de 2025 | | FELICITACIONES | 0 | QUEJAS | 3 | RECLAMACION | 0 | SUGERENCIAS | 1 |
| | PQRSD Recibidas durante Enero de 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FELICITACIONES | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUEJAS | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECLAMACION | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUGERENCIAS | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PQRSD Recibidas durante Febrero de 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FELICITACIONES | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUEJAS | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECLAMACION | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUGERENCIAS | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PQRSD Recibidas durante Marzo de 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FELICITACIONES | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUEJAS | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECLAMACION | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUGERENCIAS | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.2 | Implementar interacción por redes sociales y/o sitio web | Interacción por redes sociales y link de PQRS de sitio web. | Subdirectora Administrativa, Lider de sistemas y SIAU | A partir de marzo de 2025 | 20% | <p>se cuenta con link en la pagina web para el registro de PQRS</p>  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.3 | Mantener publicado en las distintas dependencias el nombre, cargo y oficina para PQRS. | Publicación en cada dependencia | Lider SIAU | A partir de marzo de 2025 | 0% | Actividad pendiente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención | 4.4 | Socializar al personal los protocolos de atención al ciudadano por los diferentes canales. | Actas de socialización | Lider SIAU | Marzo de 2025 | 100% | <p>Durante el periodo se presenta a la asociación de usuarios y a la ciudadanía en general los diferentes protocolos y canales de atención a la ciudadanía</p>   | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4.5 | Socializar al personal la política de trato digno. | Registro de socialización | Gerente Subdirectora Administrativa, lideres de áreas y SIAU | Permanente | 100% | <p>El día 25 de abril de 2025, se hace capacitación sobre humanización en salud y portafolio de servicio a la ciudadanía, dirigido a funcionarios y contratistas de la ESE</p>  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Subcomponente | Actividad | Documento | Responsable | Fecha | Avance | Observaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--------|---|------------------------------------|--|--|--|--|-----------|-------|---------|-------|-------|----------|----|----|----|----|-------------|----|----|---|----|-----------|----|----|----|----|-------------|----|----|----|----|------------------|----|----|----|----|------------|---|----|----|----|--------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Subcomponente 3 Talento humano | 4.6 Gestionar la realización por lo menos una capacitación al personal en servicio al Ciudadano. | Actas de capacitación | Subdirectora Administrativa – Líder SIAU | Marzo de 2025 | 100% |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subcomponente 4 Normativo y procedimental | 4.7 Realizar las reuniones del Comité de Ética según cronograma. | Actas del Comité de Ética | Líder SIAU | Según cronograma | 0% | Actividad pendiente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4.8 Socializar deberes y derechos por diversos canales (Reunión de personal, plegable, en las dependencias). | Derechos socializados en: cartelera, plegable, reunión de personal) | Líder SIAU | Permanente a partir de febrero de 2025 | 100% | el día 11 de abril de 2025, se hace socialización de derechos y deberes a los usuarios del CAPS del corregimiento de san diego   | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4.9 Implementar y socializar permanentemente la política de protección de datos personales. | Política aprobada e implementada | Subdirectora administrativa, líder de sistemas de Información y SIAU | Diciembre de 2025 | 0% | Actividad pendiente (en termino) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subcomponente 5 Relacionamiento con el ciudadano | 4.10 Complementar la caracterización de los usuarios y grupos de interés con los que interactúa la E.S.E. según lineamientos del DNP. | Usuarios caracterizados | Líder de sistemas de información | Diciembre de 2025 | 30% | Se presentan las encuestas practicadas durante el primer trimestre de 2025 <table border="1" data-bbox="1198 1203 1453 1379"> <thead> <tr> <th colspan="5">Encuestas primer trimestre de 2024</th> </tr> <tr> <th>SERVICIOS</th> <th>ENERO</th> <th>FEBRERO</th> <th>MARZO</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FARMACIA</td> <td>20</td> <td>11</td> <td>14</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>LABORATORIO</td> <td>20</td> <td>15</td> <td>9</td> <td>44</td> </tr> <tr> <td>URGENCIAS</td> <td>19</td> <td>11</td> <td>11</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>ODONTOLOGIA</td> <td>16</td> <td>17</td> <td>12</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>CONSULTA EXTERNA</td> <td>14</td> <td>17</td> <td>24</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>VACUNACION</td> <td>7</td> <td>11</td> <td>13</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>96</td> <td>82</td> <td>83</td> <td>261</td> </tr> </tbody> </table> | Encuestas primer trimestre de 2024 | | | | | SERVICIOS | ENERO | FEBRERO | MARZO | TOTAL | FARMACIA | 20 | 11 | 14 | 45 | LABORATORIO | 20 | 15 | 9 | 44 | URGENCIAS | 19 | 11 | 11 | 41 | ODONTOLOGIA | 16 | 17 | 12 | 45 | CONSULTA EXTERNA | 14 | 17 | 24 | 55 | VACUNACION | 7 | 11 | 13 | 31 | TOTAL | 96 | 82 | 83 | 261 |
| Encuestas primer trimestre de 2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SERVICIOS | ENERO | FEBRERO | MARZO | TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FARMACIA | 20 | 11 | 14 | 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LABORATORIO | 20 | 15 | 9 | 44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| URGENCIAS | 19 | 11 | 11 | 41 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ODONTOLOGIA | 16 | 17 | 12 | 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 14 | 17 | 24 | 55 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VACUNACION | 7 | 11 | 13 | 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | 96 | 82 | 83 | 261 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

El componente N°4 Atención al Ciudadano

- Subcomponentes: 5
- Actividades: 10
- Metas producto: 7 actividades que se cumplieron durante el primer cuatrimestre de 2025.
- Actividades vencidas en el primer cuatrimestre: 0
- Se programaron para seguimiento en el segundo y tercer cuatrimestre: 3
- Actividades Porcentaje de cumplimiento: 70%

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

|  PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---------------------------|---------------------|--|---------------------------------------|--|--|---------------|---|--|--------|---|---|-------------|---|--|-------------|---|--|---|--|--|---------------|---|--|--------|---|---|-------------|---|--|-------------|---|--|---------------------------------------|--|--|---------------|---|--|--------|---|---|-------------|---|--|-------------|---|--|
| Código: FO-DIE-001 | | Versión: 03 | | Fecha: Enero 30 de 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entidad: Empresa Social del Estado - ESE- Hospital San Lorenzo Liborina Antioquia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Componente 5: Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subcomponente | Actividades | Meta o producto | Responsable | Fecha programada | % Avance Abril 2025 | Observaciones de la Oficina de Control Interno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subcomponente 1 Lineamientos de Transparencia Activa | 5.1 Actualizar la publicación de la información en sitio web requerida por la Ley de Transparencia. | Información publicada en sitio web | Subdirectora administrativa y líder de sistemas de información | Permanente | 30% | Se realizó la publicación de información en página web durante la vigencia 2025  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5.2 Realizar seguimiento a la publicación de información de la ley de transparencia en la página web. | Informe de evaluación de implementación de la ley de transparencia. | Asesor de Gestión Integral | Julio de 2025 | 30% | Se realizó la publicación de información en página web durante la vigencia 2025  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subcomponente 2 Lineamientos de Transparencia Pasiva | 5.3 Realizar seguimiento a respuestas de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias | Informes de auditoría y seguimiento a PQRS | Líder SIAU y Asesor Gestión Integral | Trimestralmente Semestral | 30% | Informe PQRSD trimestre 1 de 2025, se muestra resumen de las peticiones recibidas <table border="1"> <tr><th colspan="3">PQRSD Recibidas durante Enero de 2025</th></tr> <tr><td>PELIGTACIONES</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>QUEJAS</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>RECLAMACION</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>SUGERENCIAS</td><td>1</td><td></td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th colspan="3">PQRSD Recibidas durante Febrero de 2025</th></tr> <tr><td>PELIGTACIONES</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>QUEJAS</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>RECLAMACION</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>SUGERENCIAS</td><td>0</td><td></td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th colspan="3">PQRSD Recibidas durante Marzo de 2025</th></tr> <tr><td>PELIGTACIONES</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>QUEJAS</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>RECLAMACION</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>SUGERENCIAS</td><td>1</td><td></td></tr> </table> | PQRSD Recibidas durante Enero de 2025 | | | PELIGTACIONES | 0 | | QUEJAS | 2 | 3 | RECLAMACION | 0 | | SUGERENCIAS | 1 | | PQRSD Recibidas durante Febrero de 2025 | | | PELIGTACIONES | 0 | | QUEJAS | 2 | 2 | RECLAMACION | 0 | | SUGERENCIAS | 0 | | PQRSD Recibidas durante Marzo de 2025 | | | PELIGTACIONES | 0 | | QUEJAS | 3 | 4 | RECLAMACION | 0 | | SUGERENCIAS | 1 | |
| PQRSD Recibidas durante Enero de 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PELIGTACIONES | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUEJAS | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECLAMACION | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUGERENCIAS | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PQRSD Recibidas durante Febrero de 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PELIGTACIONES | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUEJAS | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECLAMACION | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUGERENCIAS | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PQRSD Recibidas durante Marzo de 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PELIGTACIONES | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUEJAS | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECLAMACION | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUGERENCIAS | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subcomponente 3 Elaboración los Instrumentos de Gestión de la Información | 5.4 Diseñar y publicar el registro o inventario de activos de información. | Registro o inventario de información. | Líder de sistemas de información y líder de administración documental | Diciembre de 2025 | 0% | Actividad pendiente (en termino) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5.5 Diseñar y publicar el esquema de publicación de información de la ley de transparencia. | Esquema de publicación de ley de transparencia en sitio web. | Líder de sistemas de información y líder de administración documental | Diciembre de 2025 | 0% | Actividad pendiente (en termino) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5.6 Diseñar y publicar el índice de información clasificada y reservada. | Índice de información clasificada y reservada. | Líder de sistemas de información y líder de administración documental | Diciembre de 2025 | 0% | Actividad pendiente (en termino) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad | 5.7 Realizar diagnóstico de la NTC 6047 (accesibilidad a espacios físicos) | Diagnóstico documentado | Líder SIAU | Diciembre de 2025 | 40% | Se cuenta con diagnóstico de la vigencia 2024, pendiente de la mejora en algunos aspectos de accesibilidad descritos en dicho diagnóstico  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subcomponente 5 Monitoreo del Acceso a la Información Pública | 5.8 Registrar y consolidar las solicitudes de información, así como las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y elaborar informes. | Matriz de PQRS de la oficina de atención al usuario | Líder SIAU | Permanente | 30% | Informe PQRSD trimestre 1 de 2025, se muestra resumen de las peticiones recibidas <table border="1"> <tr><th colspan="3">PQRSD Recibidas durante Enero de 2025</th></tr> <tr><td>PELIGTACIONES</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>QUEJAS</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>RECLAMACION</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>SUGERENCIAS</td><td>1</td><td></td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th colspan="3">PQRSD Recibidas durante Febrero de 2025</th></tr> <tr><td>PELIGTACIONES</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>QUEJAS</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>RECLAMACION</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>SUGERENCIAS</td><td>0</td><td></td></tr> </table> <table border="1"> <tr><th colspan="3">PQRSD Recibidas durante Marzo de 2025</th></tr> <tr><td>PELIGTACIONES</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>QUEJAS</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>RECLAMACION</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>SUGERENCIAS</td><td>1</td><td></td></tr> </table> | PQRSD Recibidas durante Enero de 2025 | | | PELIGTACIONES | 0 | | QUEJAS | 2 | 3 | RECLAMACION | 0 | | SUGERENCIAS | 1 | | PQRSD Recibidas durante Febrero de 2025 | | | PELIGTACIONES | 0 | | QUEJAS | 2 | 2 | RECLAMACION | 0 | | SUGERENCIAS | 0 | | PQRSD Recibidas durante Marzo de 2025 | | | PELIGTACIONES | 0 | | QUEJAS | 3 | 4 | RECLAMACION | 0 | | SUGERENCIAS | 1 | |
| PQRSD Recibidas durante Enero de 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PELIGTACIONES | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUEJAS | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECLAMACION | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUGERENCIAS | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PQRSD Recibidas durante Febrero de 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PELIGTACIONES | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUEJAS | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECLAMACION | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUGERENCIAS | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PQRSD Recibidas durante Marzo de 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PELIGTACIONES | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUEJAS | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECLAMACION | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SUGERENCIAS | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|--------------|-------------------------|
|  <p>E.S.E. Hospital San Lorenzo Al servicio de la vida</p> | Informe PAAC | Código: |
| | | Versión: |
| | | Fecha de actualización: |
| | | Página 12 de 14 |

El componente N°5 Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información

- Subcomponentes: 5
- Actividades: 8
- Metas producto: 5 actividades que se cumplieron durante el primer cuatrimestre de 2025
- Actividades vencidas en el primer cuatrimestre: 0
- Se programaron para seguimiento en el segundo y tercer cuatrimestre: 3
- Actividades Porcentaje de cumplimiento: 63%

Componente 6: Iniciativas Adicionales

|  | | PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2025 | | | | |
|---|--|--|-------------------------|-------------------------|---------------------|--|
| Código: FO-DIE-001 | | Versión: 03 | | Fecha: Enero 30 de 2025 | | |
| Entidad: Empresa Social del Estado - ESE- Hospital San Lorenzo Liborina Antioquia | | | | | | |
| PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO VIGENCIA 2025 | | | | | | |
| Componente 6: Iniciativas adicionales | | | | | | |
| Subcomponente | Actividades | Meta o producto | Responsable | Fecha programada | % Avance Abril 2025 | Observaciones de la Oficina de Control Interno |
| Subcomponente 1 Código de integridad | 6.1 Realizar una interiorización asociadas al integridad. | Registros actividad interiorización | Líder humano | Octubre de 2025 | 0% | Actividad pendiente (en termino) |
| | 6.2 Evaluar la percepción de aplicación de las conductas del código de integridad. | Consolidado de percepción de aplicación de conductas asociadas al código de integridad | Líder de talento humano | Diciembre de 2025 | 0% | Actividad pendiente (en termino) |

El componente N°6 Iniciativas Adicionales

- Subcomponentes: 1
- Actividades: 2
- Metas producto: 0.
- Actividades vencidas en el primer cuatrimestre: 0
- Se programaron para seguimiento en el primer y segundo cuatrimestre: 2
- Actividades Porcentaje de cumplimiento: 0%

RECOMENDACIONES

De las actividades programadas en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano para el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, se han cumplido en un 65%; se evidenciaron **una (1) actividad sin ejecución**; la cual se describe así: una (1) en el

| | | |
|---|--------------|-------------------------|
|  | Informe PAAC | Código: |
| | | Versión: |
| | | Fecha de actualización: |
| | | Página 13 de 14 |

componente 3, revisar la información de mejora y cierre de brechas para el cumplimiento de las actividades en el segundo cuatrimestre de 2025.

CONCLUSIONES

La ESE Hospital San Lorenzo Liborina Antioquia, después de revisadas las actividades propuestas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2025 presenta un cumplimiento del 65% de las actividades del primer cuatrimestre de la vigencia. Este nivel de cumplimiento se detalla en cada uno de los siguientes componentes de acuerdo con las fechas programadas de las actividades a ejecutar durante la vigencia 2025, así:

| RESULTADOS PAAC CUATRIMESTRE 1 | | |
|--|----------|----------|
| COMPONENTE | META (%) | AVANCE % |
| GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN - MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN | 100% | 77% |
| RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES | 100% | 0% |
| RENDICIÓN DE CUENTAS | 100% | 80% |
| ATENCIÓN AL CIUDADANO | 100% | 70% |
| MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN | 100% | 63% |
| INICIATIVAS ADICIONALES | 100% | 0% |

En solicitud al presente informe, la Entidad deberá tener en cuenta las recomendaciones presentadas por el Asesor de Control Interno, las cuales serán objeto de seguimiento y verificación posterior por parte de esta área, en procura de su acatamiento para la prevención de riesgos y mejora de los procesos.

Elaboro

John Faber Marin Acevedo
 JOHN FABER MARIN ACEVEDO
 Asesor Control Interno

| | |
|--|---|
| Proyecto JOHN FABER MARIN ACEVEDO Asesor Control Interno | Reviso JOSE DARIO MARTINEZ ZAPATA Subgerente Administrativo |
|--|---|

