



INFORME DE MEDICIÓN AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA

VIGENCIA 2026
Primer Seguimiento

Presentado por: **Yadid Sofia Ruiz Ossio**
Jefe Oficina Control Interno
Julio 23 de 2026



INFORME DE MEDICIÓN

INTRODUCCIÓN

Este documento tiene por objeto presentar los resultados obtenidos del proceso de verificar la implementación de las estrategias diseñadas para el desarrollo de cada componente formulado en el Programa de Transparencia y Ética Pública de la ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO para la vigencia 2026.

MARCO NORMATIVO:

- Ley 87 de 1993: Define el Sistema de Control Interno en las entidades del Estado. Ley 1474 de 2011 (Art. 73): Creó originalmente el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC).
- Ley 2195 de 2022 (Art. 31): Modificó el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, sustituyendo formalmente el PAAC por el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) para entidades públicas.
- Decreto 1122 de 2024: Reglamentó la articulación, componentes y estándares mínimos que debe contener el PTEP.
- Circular Externa DAFP 100-004-2026: Define las directrices específicas para estructurar la Estrategia de Servicio al Ciudadano, la cual es un subcomponente integral del relacionamiento con el ciudadano, pero no sustituye la totalidad del PTEP

ANTECEDENTES:

La ESE Universitaria del Atlántico, creada mediante Decreto Ordenanzal No. 372 del 27 de octubre de 2021, fue intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud —Supersalud— mediante Resolución No. 202542000006846-6 del 19 de agosto de 2025, a través de la cual se ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios de la entidad, así como la intervención forzosa administrativa para administrar. En virtud de dicha resolución, se nombró como Representante Legal a un Agente Especial Interventor, quien, a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, informó la decisión de no continuar con las estrategias del plan de desarrollo, planes de acciones por áreas y POA. Los demás planes institucionales de obligatorio cumplimiento permanecen estables y con seguimiento por parte del área de planeación. Asimismo, se incorporaron dentro de la planeación institucional las acciones contempladas en el Plan de Trabajo de Intervención, Indicadores FENIX y plan de medidas de abordaje inmediato.

Posteriormente, mediante Resolución No. 2025420000011572-6 del 28 de noviembre de 2025, emitida por la Supersalud, se removió y designó un nuevo Agente Especial Interventor, debido al incumplimiento de las disposiciones del plan de abordaje inmediato y a los retrasos en el reporte de información en el Sistema de Gestión y Control de las medidas especiales FENIX.

En las sesiones 001-2026 y 001-2-2026 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, realizadas los días 28 y 29 de enero de 2026, se aprobaron los planes institucionales y estratégicos integrados al Plan de Acción Institucional, conforme a lo establecido en el Decreto 612 de 2018. Sin embargo, como se puede apreciar tanto en el registro de las actas como en la página web de la ESE, en el botón de transparencia

(Ilustración 1), en el enlace de planeación 2026, no se evidencia la aprobación del Programa de Transparencia y Ética Pública (antiguo PAAC). Solo se publicó la Estrategia de Servicio al Ciudadano <https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2026/01/ESTRATEGIA-SERVICIO-AL-CIUDADANO.pdf> y el mapa de riesgos de corrupción <https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2026/01/MAPA-DE-RIESGOS-ANTICORRUPCION-ESE-UNA.pdf>, documentos que corresponden a componentes del programa, incurriendo en un **cumplimiento parcial e insuficiente** de la Ley 2195 de 2022, ya que el PTEP exige componentes integrales de prevención de corrupción, canales de denuncia, mapas de riesgo de corrupción específicos y cultura de integridad.

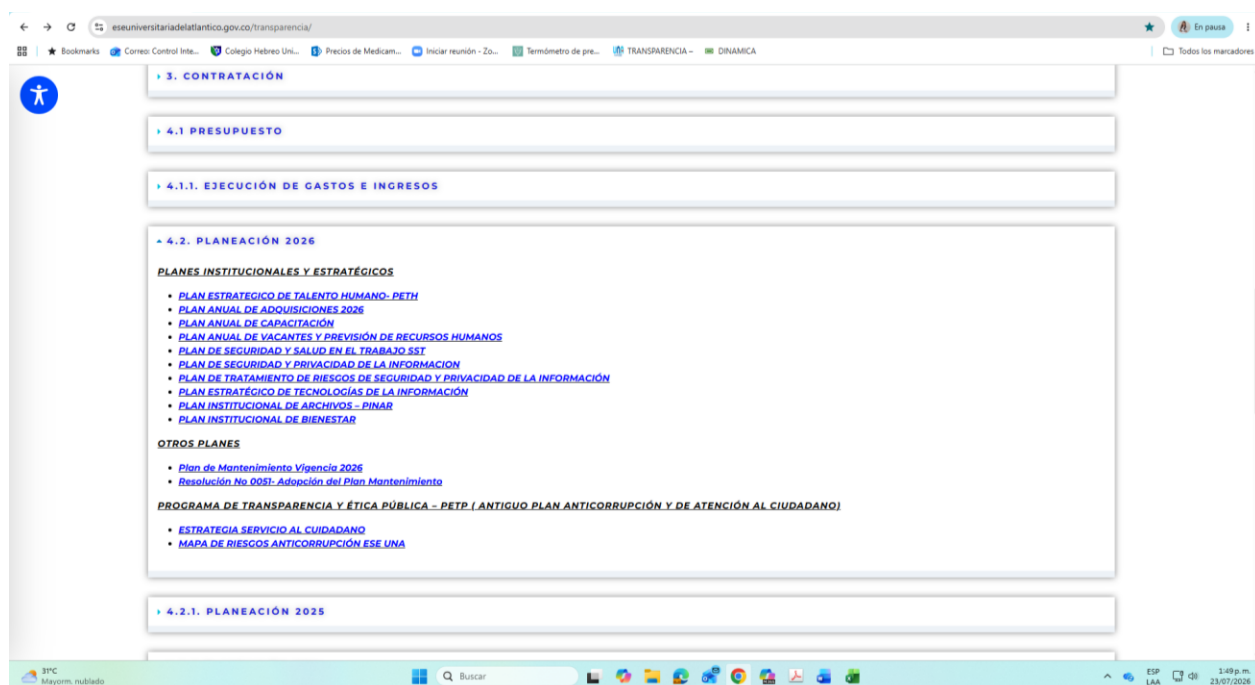


Ilustración 1 - Botón de transparencia, enlace planeación 2026 pág. web ESE Universitaria del Atlántico

Por lo anterior expuesto, la suscrita Jefe de la Oficina de Control Interno de la ESE Universitaria del Atlántico, en cumplimiento del control fiscal, deja constancia con este informe de seguimiento, que la entidad no formuló la totalidad del PTEP conforme a las exigencias del artículo 31 de la Ley 2195 de 2022 y el Decreto 1122 de 2024, lo que constituye un riesgo de sanción o hallazgo por parte de entes de control al no contar con el PTEP estructurado en su totalidad. El seguimiento se limitara al cumplimiento de la estrategia de Servicio al Ciudadano y a la calificación del mapa de riesgos de corrupción.

Se recomienda al Agente Especial Interventor y al área de Planeación formular, aprobar y publicar de manera inmediata el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) completo, incluyendo como mínimo sus componentes, responsables, cronograma, canales de denuncia, mapa de riesgos de corrupción y mecanismos de seguimiento.

1. SUBCOMPONENTE: DIAGNOSTICO Y PLANEACIÓN DEL SERVICIO.

LINEAMIENTO DAFP	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	INDICADOR	EVIDENCIAS/ PRODUCTOS ENTREGABLES	OBSERVACIONES Y HALLAZGOS
Caracterización de grupos de valor	Identificación y caracterización de población indígena, adultos mayores, gestantes y personas con discapacidad	Atención al Usuario	Anual	Caracterización de usuarios realizada	El entregable señalado en el documento “Estrategia de Servicio al ciudadano” numeral 10. “MATRIZ – ESTRATEGIA DE SERVICIO AL CIUDADANO ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO” es un Informe de Caracterización”	HALLAZGO: Actividad sin avances. No se allegaron soportes de su realización
Uso de la información para mejorar el servicio	Análisis de PQRS y encuestas de satisfacción	Atención al Usuario	Trimestral	% de PQRS gestionadas	Se evidencia informe de PQRS emitida por la oficina de atención al usuario del 1er trimestre de la vigencia 2026. https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2026/07/INFORME-SIAU-I-TRIMESTRE-2026.pdf A corte de este informe no existen registros de medición del 2do trimestre	Cumplimiento parcial. El informe del 1er trimestre indica un 98.98% de PQRS atendidas. Sin embargo, al analizar la matriz de PQRS se evidencia registro de 8% de las Peticiones contestadas de manera extemporánea. El informe no indica plan de mejora al respecto

2. SUBCOMPONENTE: TALENTO HUMANO IDONEO Y SUFICIENTE.

LINEAMIENTO DAFP	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	INDICADOR	EVIDENCIAS/ PRODUCTOS ENTREGABLES	OBSERVACIONES Y HALLAZGOS
Fortalecimiento de competencias	Capacitación en atención humanizada, atención al usuario y enfoque diferencial	Talento Humano	Trimestral	Personal Capacitado	Se valida si en el Plan anual de capacitaciones están incluidos los temas: 1. Atención Humanizada 2. Atención al Usuario 3. Enfoque diferencial	HALLAZGO: La formulación de la actividad carece de meta y línea base. Lo que dificulta el seguimiento toda vez que no se establece el personal objetivo a capacitar, la frecuencia de capacitación, el número de capacitaciones. Una vez confrontado el plan anual de capacitaciones se evidencia que la capacitación No.1 no está incluida en el plan. La capacitación No. 2 solo la han realizado 3 personas pertenecientes a las sedes de ACA (1) y Sabanalarga (2). La capacitación No. 3 está sujeta a programación con inicio en el mes de Julio, en la oficina de talento humano existe un registro de la primera capacitación. Cumplimiento parcial.

Socialización	Socialización de la estrategia de atención al ciudadano y protocolos de atención con líderes de procesos, veedores, asociación de usuarios, coordinadores y equipo de trabajo social	Atención al Usuario	Trimestral	# de Socializaciones realizadas	El entregable señalado en el documento "Estrategia de Servicio al ciudadano" numeral 10. "MATRIZ – ESTRATEGIA DE SERVICIO AL CIUDADANO ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO" son Actas y registros de socialización	HALLAZGO: Actividad sin avances. No se allegaron soportes de su realización
---------------	--	---------------------	------------	---------------------------------	--	--

3. SUBCOMPONENTE: OFERTA INSTITUCIONAL ACCESIBLE.

LINEAMIENTO DAFP	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	INDICADOR	EVIDENCIAS/ PRODUCTOS ENTREGABLES	OBSERVACIONES Y HALLAZGOS
Información clara y oportuna	Actualización del portafolio de servicios en la página web institucional	Área Comercial y Sistemas	Permanente	Portafolio de servicios actualizado	El entregable señalado en el documento "Estrategia de Servicio al ciudadano" numeral 10. "MATRIZ – ESTRATEGIA DE SERVICIO AL CIUDADANO ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO" es la publicación en página web.	Se evidencia publicación del portafolio de servicios publicado en página web, acorde a la oferta de servicios reportada en REPS.
Mejora Continua	Adecuación de señalización, Atención preferente y oficinas de atención al usuario	Atención al Usuario	Semestral	Adecuaciones realizadas	El entregable señalado en el documento "Estrategia de Servicio al ciudadano" numeral 10. "MATRIZ – ESTRATEGIA DE SERVICIO AL CIUDADANO ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO" es un informe semestral y registros fotográficos	HALLAZGO: Actividad sin avances. No se allegaron soportes de su realización

4. SUBCOMPONENTE: EVALUACIÓN DEL SERVICIO.

LINEAMIENTO DAFP	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FRECUENCIA	INDICADOR	EVIDENCIAS/ PRODUCTOS ENTREGABLES	OBSERVACIONES Y HALLAZGOS
Medición de la experiencia ciudadana	Aplicación de encuestas de satisfacción	Atención al Usuario / Control Interno	Mensual	Nivel de satisfacción (%)	El entregable señalado en el documento "Estrategia de Servicio al ciudadano" numeral 10. "MATRIZ – ESTRATEGIA DE SERVICIO AL CIUDADANO ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO" es el resultado de encuestas.	HALLAZGO No 1: Asignación improcedente de responsabilidad operativa a la Oficina de Control Interno. Se evidencia que la actividad de aplicación de encuestas de satisfacción fue asignada a la Oficina de Control Interno, situación que desconoce su rol técnico de evaluación independiente, seguimiento, prevención y asesoría, previsto en la Ley 87 de 1993 y desarrollado por el Decreto 648 de 2017. En las Empresas Sociales del Estado, la Oficina de Control Interno no debe ejecutar actividades propias de los procesos misionales o de atención al usuario, sino verificar y evaluar la efectividad de los controles y resultados reportados por los responsables del proceso, a fin de preservar su objetividad, independencia y evitar que actúe como juez y parte. HALLAZGO No. 2: La formulación de la actividad carece de meta y línea base. Este indicador debe estar alineado a los indicadores FENIX. HALLAZGO No 3: Frecuencia. El indicador de la actividad está diseñado para ser medido mensualmente. Se evidencia informe de PQRS emitida por la oficina de atención al usuario del 1er trimestre de la vigencia 2026. https://eseuniversitariadelatlantico.gov.co/wp-content/uploads/2026/07/INFORME-SIAU-I-TRIMESTRE-2026.pdf en el que se puede ver la medición de % del nivel de satisfacción de los usuarios, con resultados del 99,7% enero, 94.2% febrero, 97.9% marzo. La veracidad de esta estadística ha sido evaluada en Comités Institucionales de Gestión y Desempeño y se han solicitado ajustes para su cálculo, tal como reposa en las actas de las sesiones realizadas. A corte de este informe no existen registros de medición del 2do trimestre, se espera ver mejoras aplicadas. Cumplimiento parcial.

Me jora Continua	Formulación y ejecución de planes de mejora a partir de auditorías internas, PQRS y veedurías ciudadanas	Atención al Usuario / Control Interno	Trimestral	Número de planes formulados y ejecutados	El entregable señalado en el documento “Estrategia de Servicio al ciudadano” numeral 10. “MATRIZ – ESTRATEGIA DE SERVICIO AL CIUDADANO ESE UNIVERSITARIA DEL ATLANTICO” son Informes de planes de mejora	HALLAZGO No 1: Asignación improcedente de responsabilidad operativa a la Oficina de Control Interno. (Ídem ítem anterior). HALLAZGO No. 2: Debilidad en el seguimiento y mejora de PQRS. Se evidencia deficiencia en el control, evaluación y formulación de planes de mejora derivados de las quejas analizadas en los Comités de Ética, situación advertida por la Oficina de Control Interno en sesiones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la vigencia 2026. Actividad sin avances. No se allegaron soportes de su realización
---------------------	--	--	------------	---	--	--

5. MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN.

La oficina asesora de Planeación como líder del proceso de Gestión de Riesgos y responsable de la calificación del mapa de riesgos de corrupción emitió informe de seguimiento a la Matriz de Riesgos del Subsistema Integrado de riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude - SICO, de la E.S.E Universitaria del Atlántico, correspondiente al período comprendido entre febrero y abril de 2026. La periodicidad definida para este seguimiento es cuatrimestral. El informe consta de un documento explicativo de las situaciones presentadas en algunos procesos de apoyo y misionales. Sin embargo, no anexa calificación del riesgo residual ni conclusiones concretas sobre la materialidad o no de riesgos, o la efectividad de los controles empleados. Tal como reposa en el informe se citan conclusiones así:

“5. CONCLUSIÓN

El seguimiento realizado evidencia la entrega oportuna de soportes; sin embargo, se identifica una brecha entre el cumplimiento documental y la eficacia real del control. Es imperativo que la definición de los indicadores asociados evolucione para que el soporte no solo acredite la realización de una tarea, sino que aporte evidencia objetiva del blindaje frente a la materialización del riesgo. Si bien procesos como Contratación (R01) y Financiera (R08) reflejan un control maduro y una comunicación fluida, persisten riesgos operativos (R02, R05, R06) donde la autogestión de certificados, aunque formalmente correcta, resulta insuficiente para detectar posibles vulnerabilidades, demandando una intervención más profunda de nuestra parte. Se recomienda realizar los controles de acuerdo con lo definido en la Matriz, en caso de considerar no pertinente los soportes asociados, estos deben estudiarse para su redefinición de acuerdo con el ciclo de cada proceso.

- *Gestión Asistencial y Farmacia (R05): El reporte actual de medicamentos de control especial corresponde a un insumo externo para la Gobernación del Atlántico, mas no constituye un análisis interno de control que alerte sobre faltantes o sustracciones de medicamentos controlados. Es urgente redefinir este mecanismo de control.*
- *Dirección Financiera (R09): La ejecución presupuestal de gastos remitida no sustituye el informe analítico de verificación de requisitos previos al pago, el cual es el control concertado en la matriz para este riesgo.*
- *Procesos Administrativos e Infraestructura (R02 y R06): Si bien cumplen formalmente, la autogestión de certificados requiere evolucionar hacia evidencias objetivas que impidan vulnerabilidades en el inventario físico y los equipos biomédicos.*

Los procesos con observaciones de mejora, deberán coordinar con la Oficina de Planeación una mesa de trabajo técnica durante las próximas dos semanas para estudiar la redefinición de sus soportes y garantizar el ciclo del proceso.

Los procesos con cumplimiento al 100% (como Gestión Contractual) deben mantener la rigurosidad en la custodia de sus evidencias”

6. CONCLUSIONES.

- El nivel de ejecución de las actividades evaluadas evidencia un avance insuficiente de la estrategia de Servicio al Ciudadano y de los componentes asociados al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP). De las siete (7) actividades evaluadas, cuatro (4), equivalentes al 57,1 %, no presentan evidencias de avance ni soportes que permitan verificar su ejecución, correspondientes a: caracterización de grupos de valor, socialización de la estrategia de atención al ciudadano, adecuación de señalización y atención preferente, y formulación y ejecución de planes de mejora.
- Se identificó un cumplimiento parcial en tres (3) de las siete (7) actividades evaluadas, equivalente al 42,9 %, debido a la existencia de soportes incompletos, ausencia de mediciones del segundo trimestre, incumplimientos en la oportunidad de respuesta de PQRS y deficiencias metodológicas en la formulación de actividades e indicadores.
- La estrategia de servicio al ciudadano presenta debilidades significativas en su formulación y estructura de seguimiento, dado que varias actividades carecen de metas, líneas base, población objetivo, periodicidad claramente definida y criterios de medición verificables. Esta situación limita la evaluación objetiva del desempeño institucional, dificulta la toma de decisiones y afecta la trazabilidad de los resultados esperados.
- El mapa de riesgos de corrupción o Matriz de Riesgos del Subsistema Integrado de riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude -SICOF tal como aparece publicado en la página web, no presenta registros de calificación de la efectividad de los controles o reporte de la materialización de riesgos de corrupción.
- La principal debilidad institucional identificada en la finalidad de este informe corresponde a la ausencia de la formulación, aprobación y publicación integral del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), toda vez que la entidad únicamente implementó de manera parcial algunos componentes relacionados con la Estrategia de Servicio al Ciudadano y el mapa de riesgos de corrupción. Esta situación genera riesgos de incumplimiento normativo y limita la implementación de mecanismos de integridad, transparencia, gestión de riesgos de corrupción, denuncia y seguimientos requeridos por la Ley 2195 de 2022 y el Decreto 1122 de 2024.

7. RECOMENDACIONES

Es menester de esta oficina recomendar al agente especial interventor y a los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, las siguientes acciones para minimizar el impacto de los riesgos en los que puede incurrir la entidad si no aplica medidas de control, así como las acciones que los líderes de proceso podrían implementar con relación a fortalecer los procesos relacionados con la atención al ciudadano.

- Formular, aprobar, publicar e implementar de manera inmediata el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) en su integridad, garantizando la inclusión de todos los componentes exigidos por la Ley 2195 de 2022 y el Decreto 1122 de 2024, incluyendo gestión de riesgos de corrupción, medidas de transparencia, canales de denuncia, mecanismos de protección al denunciante, seguimiento y



evaluación, consolidando así un verdadero Programa de Ética y Transparencia Empresarial e institucional.

- Revisar y ajustar la asignación de responsables de las actividades de la estrategia, eliminando las responsabilidades operativas atribuidas a la Oficina de Control Interno que comprometan su independencia. La Oficina de Control Interno debe mantener exclusivamente su función de evaluación independiente, seguimiento, asesoría y emisión de recomendaciones, mientras que la ejecución de las actividades debe permanecer bajo la responsabilidad de los procesos misionales y de apoyo correspondientes.
- Reformular los indicadores de la estrategia y de los componentes del PTEP, estableciendo para cada actividad una línea base, metas cuantificables, periodicidad de medición, fórmula de cálculo, fuente de información y responsables claramente definidos. Los indicadores deberán alinearse con los lineamientos institucionales, indicadores FENIX y demás instrumentos de planeación vigentes, permitiendo medir resultados y no únicamente actividades ejecutadas.
- Establecer metas concretas y verificables para todas las actividades programadas, definiendo porcentajes de avance esperados, población objeto de intervención, número de capacitaciones, socializaciones, mediciones y productos a entregar, con el fin de fortalecer el monitoreo, la rendición de cuentas y la evaluación objetiva de los resultados alcanzados.
- Implementar planes de acción correctivos para las actividades sin evidencias de avance, priorizando la caracterización de usuarios, la socialización de la estrategia, la adecuación de espacios para atención diferencial y la formulación de planes de mejora derivados de PQRS, auditorías internas y recomendaciones de los comités institucionales.
- Fortalecer el seguimiento institucional a las PQRS y a los planes de mejoramiento, asegurando el análisis periódico de las causas que generan respuestas extemporáneas, la formulación de acciones correctivas y la verificación de la efectividad de las medidas adoptadas por los responsables de los procesos.
- Exigir a los líderes de proceso o supervisores de contrato de los responsables de la estrategia de servicio al ciudadano y de la formulación y seguimiento de la matriz de riesgos (riesgos de corrupción), la presentación periódica de evidencias, registros y soportes documentales, que permitan demostrar el cumplimiento real de las actividades programadas en los instrumentos institucionales, toda vez que estas están contempladas en sus obligaciones específicas contractuales. De tal manera que se facilite la labor de seguimiento y monitoreo institucional.
- Fortalecer la cultura de integridad y transparencia institucional, mediante la socialización de los mecanismos de denuncia, la promoción de los principios éticos, la gestión de conflictos de interés y la implementación efectiva de controles preventivos orientados a minimizar los riesgos de corrupción identificados en la entidad.

Se cierra informe de la primera medición de los dos componentes documentados del Plan de Transparencia y Ética Empresarial vigencia 2026, en Barranquilla a los 23 días del mes de julio de 2026.


YADID SOFIA RUIZ OSSIO
Jefe Oficina de Control Interno