

**“RESOLUCION NUMERO 017 DEL 01 DE ENERO 2026  
“POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA PROGRAMA DE TRANSPARIENCIA Y  
ETICA PUBLICA DE LA E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DEL MUNICIPIO DE  
BELALCAZAR CALDAS.”**

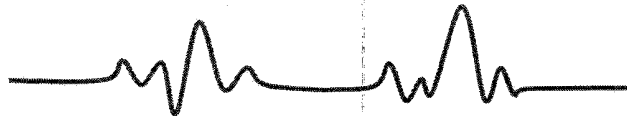
**EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE** del Municipio de Belalcázar Caldas, en ejercicio de sus atribuciones legales y estatutarias, en especial las conferidas en el Acuerdo Municipal N.º 031 de 1998, Ley 1474/2011, y demás disposiciones concordantes vigentes y Acuerdo de Junta Directiva 001 de 1998 y el Decreto 1876 de 1994

**CONSIDERENADO**

Que la Ley 2195 de 2022 tiene por Objeto adoptar disposiciones tendientes a prevenir los actos de corrupción, a reforzar la articulación y coordinación de las entidades del Estado y a recuperar los daños ocasionados por dichos actos con el fin de asegurar promover la cultura de la legalidad e integridad y recuperar la confianza ciudadana y el respeto por lo público. Que de conformidad a la Ley 1474 del 2011, las emanadas por el Departamento de la Función Pública en materia de riesgos y las demás normas que se dictan, orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de los actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

Que el Artículo 73 de la Ley 1474 del 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022 indica que “Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad”.

Que el Decreto 124 del 26 de enero de 2016, sustituye el Título 4 de la parte 1 del libro 2 del Decreto 1081 de 2015 reactivo al “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”, incorporando y ajustando entre otros aspectos las estrategias de verificación de cumplimiento, mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo y el plazo para la publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y Mapa de Riesgos de Corrupción.



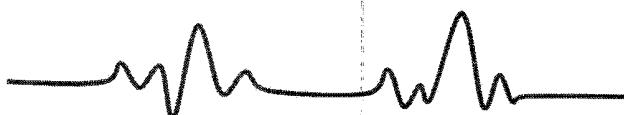
**“RESOLUCION NUMERO 017 DEL 01 DE ENERO 2026**

Que el Decreto 1083 del 2015, en su artículo 2.2.21.5.4, indica que “Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspectos tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos”.

Que la Ley 87 de 1993, en su artículo segundo, literales a) y f), establece como objetivos del control interno; proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten y definir y aplicar medidas para prevenirlos y corregir las desviaciones que se presenten y que puedan afectar el logro de los objetivos de la entidad.

Que el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Versión 4, de marzo de 2021, expedido por Departamento Administrativo de la Función Pública en la 7a; Dimensión de Control Interno, en su segundo componente Evaluación del riesgo en la entidad, hace referencia al proceso dinámico e interactivo que le permite a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos, tanto internos como externos, que pueden afectar o impedir el logro de sus objetivos instituciones.

Que, para gestionar los riesgos identificados, la entidad establece sus objetivos alineados con la planeación estratégica, dirigidos al cumplimiento de sus funciones a la luz de la normatividad vigente; partiendo del análisis interno como externo, con la finalidad de satisfacer sus objetivos, para lo cual la entidad debe contar con mecanismos efectivos de evaluación de riesgos como son el Programa de Transparencia y Ética Pública.



**“RESOLUCION NUMERO 017 DEL 01 DE ENERO 2026”**

Que, en mérito de lo expuesto,

**RESUELVE**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Aprobar y adoptar el Programa de Transparencia y Ética Pública para la vigencia 2026 contenido en el documento anexo el cual forma parte integral del presente acto administrativo.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Comunicar y publicar en la página web de la entidad de conformidad a la ley 1712 de 2014.

**ARTÍCULO TERCERO:** La presente resolución tiene efectos a partir de su expedición y deroga aquellas disposiciones que le sean contrarias.

Dada en Belalcázar Caldas a los 01 días del mes de enero de dos mil veintiséis (2026)

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

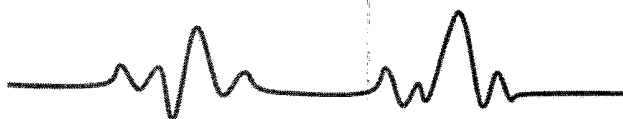
**E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE  
BELALCAZAR - CALDAS**

**JORGE ESTEBAN CHICA MURIEL**

**GERENTE**

PROYECTO: ADOLFO LEON OSORIO CARDONA  
REVISÓ: MAURICIO SANCHEZ MAZO  
APROBÓ: JORGE ESTEBAN CHICA MURIEL

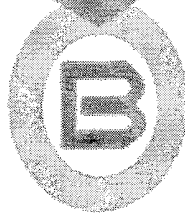
**Empresa Social Del Estado  
Hospital San José  
Belalcázar Caldas  
800194627-1**



**E.S.E HOSPITAL SAN  
JOSE DE BELALCAZAR  
CALDAS**

**PROGRAMA DE  
TRANSPARENCIA Y ETICA  
PUBLICA**

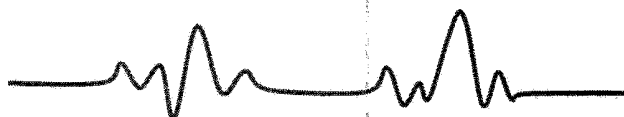
**2026**



**E.S.EHospital San José, Belalcázar Caldas**

**E-mail: [hospitalbelalcazar@gmail.com](mailto:hospitalbelalcazar@gmail.com)**

**Carrera 3 No. 1 – 93 Teléfono: 310 468 3599**



## **TABLA DE CONTENIDO**

### **INTRODUCCION**

#### **1. OBJETIVO Y ALCANCE**

##### **1.1 OBJETIVO**

##### **1.2 ALCANCE**

#### **2. COMPONENTES DEL PLAN**

##### **2.1 GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN**

##### **2.2 RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES**

##### **2.3 RENDICIÓN DE CUENTAS**

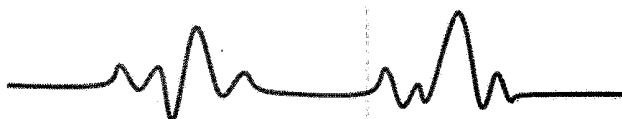
##### **2.4 MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO**

##### **2.5 MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN**

##### **2.6 INICIATIVAS ADICIONALES**

#### **4. SEGUIMIENTO Y EVALUACION**

#### **5. ACTUALIZACION**



## **INTRODUCCION**

El presente documento describe las actividades que la Entidad ha realizado en cumplimiento de La Ley 1474 de 2011 y su actualización en la ley 2195 de 2022; artículo 31 , el cual establece que "Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad.", en este orden de ideas y dado que a la fecha, La Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la Republica no ha generado las características, estándares, elementos, requisitos, procedimientos y controles mínimos que deben cumplir el Programa de Transparencia y Ética Públicas.

La ESE hospital San José de Belalcázar Caldas, acoge los lineamientos técnicos y legales emitidos por el Gobierno Nacional para formular su Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, según la ley 1474 de 2011, para la vigencia 2026, en donde se desarrollarán los siguientes componentes: a) Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción, b) Racionalización de Trámites, c) Rendición de cuentas, d) Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano, e) Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información y como iniciativas adicionales se cuenta con la f) Estrategia de participación ciudadana, los cuales serán abordados de manera específica a lo largo del presente documento.

Para su elaboración, el Hospital tomó como punto de referencia la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y el Departamento Nacional de Planeación – DNP. De igual manera, se trabaja en un esquema de planes propios, donde se plantea cada una de las acciones a desarrollar en el año, el cual forma parte del Poa general.



## **1. OBJETIVO Y ALCANCE**

### **1.1 Objetivo**

Establecer y fortalecer mecanismos integrales que prevengan, detecten y respondan eficazmente a riesgos de corrupción dentro de la E.S.E Hospital San José de Belalcázar Caldas, promover una cultura organizativa arraigada en la ética, la transparencia y la responsabilidad, consolidando así la confianza de nuestras partes interesadas y contribuyendo al desarrollo sostenible.

### **1.2 Alcance**

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) de la E.S.E Hospital San José de Belalcázar Caldas, para la vigencia 2026, está orientado al fortalecimiento de la gestión administrativa de la entidad, teniendo como pilares la ética, la transparencia y la participación ciudadana, con el fin de responder a las necesidades tanto del ciudadano como para contribuir a las metas propuestas en el plan de desarrollo y que deberán ser aplicadas por todas las dependencias del Hospital.

## **2. COMPONENTES DEL PLAN**

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) contempla una serie de acciones transversales que tienen la finalidad de mitigar las necesidades identificadas en el diagnóstico, a partir de una serie de políticas independientes y transversales que se encuentran en armonía con las disposiciones normativas y técnicas que reglamentan la transparencia, la lucha contra la corrupción, el servicio al ciudadano y la participación ciudadana, en este orden de ideas, el PAAC se comprende seis (06) componentes, los cuales son:

- Gestión del riesgo de corrupción, mapa de riesgos de corrupción
- Racionalización de tramites
- Rendición de cuentas
- Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano
- Mecanismos para la transparencia y acceso a la información
- Iniciativas adicionales



El desarrollo de los componentes, lo realizamos así:

**2.1. Gestión del riesgo de corrupción, mapa de riesgos de corrupción.**

Dentro de este componente se aplican los criterios generales para la identificación y prevención de los riesgos de corrupción al interior de la Entidad y la elaboración de mecanismos para prevenirlos o evitarlos.

Durante el 2020 con base en “la Guía para la Administración del Riesgo” del Departamento Administrativo de la Función Pública, se mejoró, publicó y divulgó el mapa de riesgos Institucional. En el año 2023, se realizarán los ajustes correspondientes al nuevo modelo de mapa de riesgos.

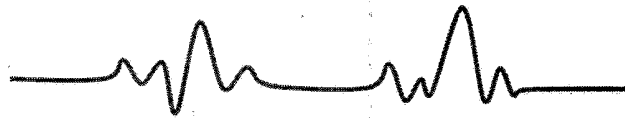
Este mapa de riesgos, contiene, además de los riesgos de corrupción, cada uno de los riesgos de los procesos y las acciones preventivas orientadas a prevenirlos o evitarlos y su seguimiento a través de las acciones preventivas, las cuales se evalúan de manera semestral.

La estructura del mapa de riesgos actual es la siguiente:

**Matriz Mapa Riesgos de Gestión**

Proceso		Análisis del riesgo institucional										Descripción del Control		Medición	
Identificación del riesgo	Descripción del riesgo	Categoría del riesgo	Impacto del riesgo	Probabilidad del riesgo	Exposición del riesgo	Indicador del riesgo	Control del riesgo	Responsable del riesgo	Fecha de actualización	Estado del riesgo	Descripción del Control	Medición	Indicador del control	Fecha de actualización	Estado del control
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

Para los riesgos asistenciales, se determinan las categorías de riesgos del Ministerio de la protección Social.



Se siguen los lineamientos del DAFP, para un mayor control, como se denota en la siguiente imagen:

**Datos Generales**

Selección un proceso:     Objetivo:     Líder:     Clasificación del Riesgo:

---

**Análisis del riesgo inherente**

Contexto:     Impacto:

Causa Inmediata:     Causa Raíz:

Descripción del Riesgo:

Frecuencia con la cual se realiza la actividad:

Criterios del impacto:

Zona de Riesgo inherente

---

**Evaluación del riesgo - Valoración del control inicial**

Descripción del Control:

Descripción del Control	Implementación	Calificación	Afectación
<input type="text" value="Selección..."/>	<input type="text" value="Selección..."/>	<input type="text" value="Selección..."/>	<input type="text" value="Selección..."/>

Documentación:     Frecuencia:     Evidencia:

Probabilidad Residual	Probabilidad Residual Final	Impacto Residual	Impacto Residual Final
<input type="text" value="Selección..."/>	<input type="text" value="Selección..."/>	<input type="text" value="Selección..."/>	<input type="text" value="Selección..."/>

Zona de Riesgo Final

Tratamiento:

P4 Gestión

El mapa de riesgos, se encuentra publicado en la página del Hospital: [esehospitalbelalcazar@gmail.com](mailto:esehospitalbelalcazar@gmail.com)

Para el 2026, además de la actualización, se realizarán distintas actividades orientadas a actualizar y mejorar los insumos de la administración de riesgos de corrupción buscando optimizar los controles que mitiguen posibles causas de ocurrencia de prácticas corruptas, estas actividades, detalladas en el "plan de calidad, control interno, anticorrupción y atención al ciudadano", las cuales son:



Actividad	Responsable	Fechas
Implementación de Procesos y procedimientos: Capacitación permanente Verificación de la aplicación de los procedimientos Supervisiones de jefes de área	Comité de Calidad	Febrero a dic. 2026
Revisión del mapa de riesgos anual y mejora de indicadores especialmente en los riesgos de corrupción	Jefes de área y comité de calidad	Primer semestre 2026
Seguimiento a las acciones preventivas del mapa de riesgo	Encargado de control interno	Semestral
Socialización de puestos de trabajo y puntos de control en reuniones de personal	Comité técnico	Durante todo el año
Seguimiento a procesos para verificación y control de riesgos	Comité de calidad	Mensual

## 2.2. Racionalización de trámites

La Entidad continuará adelantando ejercicios de planificación sobre cada uno de los servicios que presta, con la finalidad de minimizar los trámites que debe realizar la ciudadanía.

En este sentido, las actividades a desarrollar, son:

Actividad	Responsable	Fechas
Implementación de Procesos y procedimientos: Capacitación permanente Verificación de la aplicación de los procedimientos Supervisiones de jefes de área	Comité de Calidad	Febrero a dic. 2026
Continuar con el Plan de Racionalización, Simplificación o Eliminación de Trámites a través de la web y de los servicios de las líneas telefónicas de la entidad, aprovechando.	Gerencia de la información	Febrero a dic. 2026



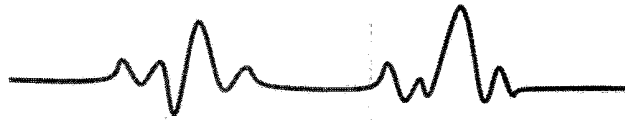
Verificación de los planes de mejora de los hallazgos de las auditorías, autoevaluaciones y revisiones de los procesos a través del nuevo aplicativo web.	Control Interno	Diciembre 2026
---	-----------------	----------------

### 2.3. Rendición de cuentas

En el Hospital, de manera permanente se utilizan diferentes mecanismos para dar a conocer los resultados de la gestión institucional y establecer dialogo participativo con la ciudadanía con el fin de recibir su percepción frente a la prestación de los servicios, expectativas y requerimientos, todo esto documentado en el procedimiento P-GES-006 –Rendición de cuentas, donde se plantean las siguientes actividades adicionales a la rendición de cuentas:

- Informe de gestión publicado en la página web del Hospital
- Presentación de Informes en la página Web, en carteleras, y otros medios de comunicación.
- Informe de Gestión ante la Junta Directiva de la E.S.E.
- Respuesta a derechos de petición o de información que solicite la ciudadanía a través de diferentes mecanismos.
- Audiencias Públicas a grupos de la comunidad, citados a través de diferentes mecanismos.
- Mesas de trabajo cuando se realice la programación a través de la E.S.E
- Consejos o espacios formales de participación ciudadana
- Auditorias Integrales de la contraloría General de Caldas.
- Invitaciones al interior de la Institución.

Para este año 2026, el Hospital continuará con la estrategia de participación, además se toma como herramienta de base, las estrategias publicadas en el Manual Único de Rendición de Cuentas de la Presidencia de la República Secretaría de Transparencia, Departamento Administrativo de la Función Pública y Departamento Nacional de Planeación.



#### **2.4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano**

El servicio al ciudadano es un fin esencial del Estado y en ese marco, el documento CONPES 3785 de 2013, Política Nacional de Eficiencia Administrativa al Servicio del Ciudadano, estableció como las líneas principales en materia de servicio, entre otras, las siguientes:

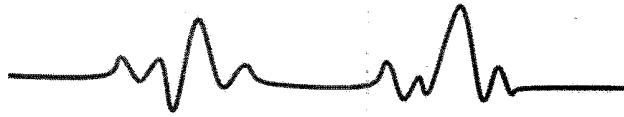
1. Cualificar los equipos de trabajo.
2. Fortalecer el enfoque de gerencia del servicio al ciudadano en la administración político-nacional.
3. Contribuir a la coordinación y al impulso de iniciativas integrales de mejoramiento de los canales de atención de las entidades.

Con la entrada de la resolución 2063 de 2018, que establece el Plan de participación Social en Salud, con las actividades en las que se debe involucrar al ciudadano, se inicia la construcción y seguimiento de dicho plan en el Hospital.

En el año 2020, con la ley 2052 por medio de la cual se establecen disposiciones transversales a la rama ejecutiva del nivel nacional y territorial y a los particulares que cumplan funciones públicas y/o administrativas, en relación con la racionalización de trámites y se dictan otras disposiciones, se define la implementación de otros procedimientos en el proceso del SIAU, los cuales se incluyen como parte de las acciones para el 2026.

Hasta la fecha, el Hospital, cuenta con procedimientos donde describe cada una de las acciones concernientes a brindar un acercamiento entre el ciudadano y la Entidad. Algunos de estos procedimientos, son:

- **SIAU:** Este procedimiento describe cada una de las acciones que realiza la oficina de atención al usuario, para la orientación y atención al ciudadano y la ayuda con la tramitología en salud.
- **MANIFESTACIONES:** Procedimiento que determina el que hacer con cada una de las manifestaciones recibidas de la ciudadanía, sea queja, felicitación o reclamo.



- **ADMISIONES E INFORMACION:** Procedimiento que define el paso a paso en la atención inicial del usuario, para el acceso a los servicios de salud.
- **PROMOCION DE SERVICIOS.** Este procedimiento describe las estrategias utilizadas para la interacción con los usuarios internos y externos. Estas son:
  - **Escucha de la voz del cliente externo:** Reuniones con Comités externos, Grupos focales, Manifestaciones, Encuentros comunitarios, etc. En estas reuniones se comunican los servicios y novedades y se detectan necesidades y expectativas las cuales son diligenciadas en la base de datos respectiva para su análisis y gestión.
  - **Escucha de la Voz del cliente interno:** Se realiza a través de las manifestaciones de los empleados, Comités, Reuniones de Grupos, etc. Igualmente se reportan en la base de datos de necesidades y expectativas para su respectivo análisis y gestión.
  - **Canales de comunicación internos:** Dentro de los canales de comunicación se tienen carteleras, inducción, reinducción, boletines, comités, reuniones de área, reuniones de personal, memorandos, correo interno, chat interno. Los responsables son los líderes de los procesos.
  - **Canales de comunicación externos:** comités de carácter Municipal, boletines, carteleras, web, Informes de gestión, Presentaciones Públicas de Gestión del Hospital, encuesta de imagen institucional, teléfono, SIAU, encuesta de demanda inducida.
  - **Encuesta de demanda inducida:** Identificar, según las edades de los usuarios y la resolución 412, que servicios pueden ofrecerle al usuario. Esta estrategia se realiza desde APS.
  - **Plan de comunicaciones.** Desde este procedimiento se genera el plan de comunicaciones, el cual, de manera global, contempla las actividades a desarrollar durante el año, como apoyo de la promoción de la imagen Institucional y hace parte del POA del Hospital.



- **Página Web:**  
Pagina Institucional donde se presenta la información relevante del Hospital y se captan quejas y necesidades y expectativas de la comunidad.

Se cuenta, dentro de este procedimiento, con un capítulo específico para la información referente al Sistema de Salud y Seguridad en el trabajo, así:

- El Copasst debe informar periódicamente, a los empleados, contratistas, proveedores y personas que ejerzan labores en la Institución, sobre los siguientes temas: o Inspecciones de seguridad general o Inspecciones de seguridad áreas críticas
- Inspecciones de seguridad a elementos de protección personal
- Inspección de seguridad de orden y aseo o Inspección Ergonómica o Inspección de extintores.
- Revisión de historial de vacunación y completar esquemas o Investigación de incidente y accidentes laborales o Análisis de la información de las empresas contratistas o Seguimiento a las incapacidades por enfermedad general y accidente laboral
- Dirigir pausas activas
- Acompañamiento para trabajos en alturas
- Análisis de ausentismo laboral y actualización de cadenas de llamadas

Además de los procedimientos, se cuenta con la cualificación del talento humano a nivel nacional en temas de normas de competencia para interactuar con clientes, formación y capacitación en talleres de cultura del servicio, talleres de servicio, accesibilidad, entre otros.

Así mismo, en la página WEB se indica a los ciudadanos la forma de solicitar información o presentar una queja, reclamo o sugerencia. El ciudadano cuenta con los siguientes medios para realizar su solicitud, queja o reclamación:

- Página web
- Buzones
- Atención directa
- Atención telefónica
- Siau



## **2.5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la información**

Este componente recoge los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de acceso a la información pública, según el cual toda persona puede acceder a la información pública en posesión o bajo el control de los sujetos obligados de la ley, excepto la información y los documentos considerados como legalmente reservados.

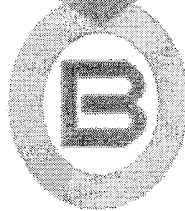
El Hospital, además, da cumplimiento a la ley de transparencia y publica toda la información en la página web; además utiliza otros medios, como son:

### **Canales de comunicación internos:**

- Dentro de los canales de comunicación se tienen carteleras, inducción, reinducción, boletines, comités, reuniones de área, reuniones de personal, correo interno, chat interno. Los responsables son los líderes de los procesos.

### **canales de comunicación externos:**

comités de carácter Municipal, boletines, carteleras, web, Informes de gestión, Presentaciones Públicas de Gestión del Hospital, encuesta de imagen institucional, teléfono, SIAU, encuesta de demanda inducida.





Las actividades que se plantean para el 2026, son:

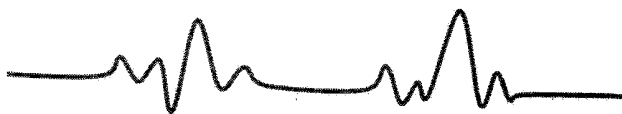
Actividad	Responsable	Fechas
Implementación de Procesos y procedimientos: Capacitación permanente Verificación de la aplicación de los procedimientos Supervisiones de jefes de área	Comité de Calidad	Febrero a dic 2026
Reinducción anual	Jefes de área	Octubre de 2026
Publicar en el Sitio web el Plan de Acción 2026, especificando Objetivos, Estrategias, Proyectos, Metas, Responsables e indicadores de gestión.	Sistemas	Enero 2026
Publicar en el Sitio web los indicadores de gestión.	Sistemas	Junio y Diciembre de 2026
Publicación en página web y cartelera los estados financieros anuales	Sistemas	Marzo 2026
Elaboración de informes sobre resultados del Buzones de sugerencias y encuestas de satisfacción	Siau	Trimestral
Ejecución del proceso contractual y publicación en la página de gestión transparente	Asistente de Gerencia	A necesidad
Mantener a disposición de la ciudadanía en un lugar visible información actualizada sobre: - Derechos de los usuarios y medios para garantizarlos. - Horarios y puntos de atención. - Difusión de derechos y deberes - Servicios Habilitados	Asistente Gerencia de	Enero a diciembre /2026
Cumplimiento del índice de transparencia por encima del 90%	Sistemas y comunicaciones	Enero a diciembre /2026
Planeación y seguimiento del Plan de participación Social en salud y reporte del mismo.	SIAU y Sistemas	Enero a diciembre /2026



**2.6. Iniciativas adicionales**

Esta estrategia se refiere a las iniciativas particulares de la entidad que contribuyen a combatir y prevenir la corrupción. Para ello, se plantea para el 2026:

Actividad	Responsable	Fechas
Sensibilización frente al código de ética en inducción y firma del compromiso ético al ingreso a la institución	Todo el Personal	Todo el año
Capacitación sobre anticorrupción al personal de la empresa en la inducción mensual y re inducción anual.	Todo el Personal	Todo el año
transparencia, aplicando en los procesos de vinculación la evaluación de las competencias de los candidatos.		
Exigir las declaraciones de bienes y rentas de los funcionarios y comprobar la veracidad de éstas.	Talento Humano	Abril 2026
Revisión del registro público organizado sobre los derechos de petición	Jurídica	Todo el año
Evaluación TRIMESTRAL del cumplimiento de los planes Evaluación de los indicadores de cumplimiento Definición acciones correctivas	Jefes de área	Trimestral
Seguimiento a procesos para verificación y control de riesgos	Comité de calidad	Mensual



#### **4. SEGUIMIENTO Y EVALUACION**

El seguimiento de las actividades es realizado por los responsables de proceso en coordinación con el Comité de calidad y control Interno. Las fechas de seguimiento al avance de cumplimiento del Plan Anticorrupción, según el manual, son las siguientes:

- Primer seguimiento: Con corte al 30 de abril. En esa medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de mayo.
- Segundo seguimiento: Con corte al 31 de agosto. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de septiembre.
- Tercer seguimiento: Con corte al 31 de diciembre. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero.

#### **5. ACTUALIZACION**

De acuerdo a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), Se deberá actualizar cada año, con fecha máxima de publicación en página web institucional al 31 de enero.

