

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0	
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL			
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA			

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA – PTEP

VIGENCIA 2026



**E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT.
891.180.134– 2**

**Fecha de Publicación:
22 de Enero de 2026**

**DIANA MARCELA CONDE
MARTÍN**

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	1

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

CONTROL DE DOCUMENTO Y DISTRIBUCIÓN:

Control del Documento

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor	Jenifer Paola Giraldo Tovar	Profesional de Apoyo – Planeación Operativa	Planeación Operativa	18 de Noviembre de 2025
	César Augusto Salamanca Bernal	Líder de Planeación Operativa		
Revisión	Jorge Eliécer Tovar Valencia	Subgerente Administrativo y Financiero	Subgerencia Administrativa y Financiera	18 de Diciembre de 2025
Aprobación	Comité Institucional de Gestión y desempeño			
	Acta No. 001 del 22 de enero de 2026			
Adopción	Resolución Gerencial No. 020		Fecha: 22 de enero de 2026	

Control de los Cambios

Versión No.	Fecha de Aprobación	Descripción de los Cambios
1.0	Resolución No. 020 del 22/01/2026	Levantamiento del Plan

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	2

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. PLANEACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - PTEP. .	5
3. OBJETIVOS.....	8
4. ALCANCE.....	9
5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.	10
6. MARCO LEGAL Y/O CONCEPTUAL.....	13
7. MATRIZ DOFA	15
8. GENERALIDADES DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA.	15
8.1 Mapa de Riesgos Institucional (MIPG).	18
8.6 Rendición de Cuentas	3
8.7 Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano	6
8.8 Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información Pública.....	8
8.9 Iniciativas Adicionales	10
9. INDICADORES.....	11
10. RESPONSABILIDADES.	11
11. BIBLIOGRAFÍA O REFERENCIA	12
12. PARTICIPACIÓN CIUDADANA, APROBACIÓN Y PUBLICACIÓN DEL PLAN	13

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	3

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

1. INTRODUCCIÓN

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito orienta todas sus actuaciones bajo los valores de honestidad, respeto, compromiso, diligencia, justicia y vocación de servicio, garantiza que cada proceso institucional y decisión administrativa se adopte en estricto cumplimiento de la normativa vigente y en coherencia con los valores que fundamentan el servicio público. Este compromiso responde a la necesidad de prevenir y enfrentar fenómenos que afectan la confianza ciudadana, entre ellos la corrupción.

La corrupción, entendida como una manifestación social y económica que surge en las relaciones humanas y que puede involucrar intereses particulares donde al menos uno de los actores es un servidor público (Zuleta, 2015), deteriora la legitimidad del Estado, limita la gestión pública, afecta la prestación oportuna y equitativa de los servicios y genera barreras para la garantía de los derechos fundamentales, impacto que en las instituciones de salud compromete tanto la eficiencia administrativa como el bienestar de la población usuaria. Frente a este escenario, el Gobierno Nacional, mediante el Decreto 1122 de 2024, que reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 modificado por la Ley 2195 de 2022, establece los lineamientos para que las entidades públicas fortalezcan sus capacidades institucionales en la prevención de la corrupción, la promoción de la ética y la consolidación de una cultura de la legalidad, a través de mecanismos que impulsen la transparencia, la rendición de cuentas, el control social y la integridad en el ejercicio de la función pública.

En este marco, la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito avanza en la implementación de los componentes estratégicos del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), con un enfoque especial en la gestión del riesgo de corrupción, el fortalecimiento de la información pública, la optimización de los mecanismos de atención al ciudadano, y la consolidación de espacios de participación y veeduría ciudadana. Estas acciones buscan garantizar una implementación efectiva del programa, conforme a la metodología definida por el Decreto 1122 de 2024.

La entidad adelanta un proceso de transición del antiguo Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) hacia un modelo integral de gestión institucional centrado en la prevención, la integridad y el fortalecimiento de la ética pública,

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	4

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

reafirmando su compromiso con los más altos estándares de comportamiento ético y transparente. La institución reconoce que el fortalecimiento de la integridad, la transparencia, la probidad y el uso responsable de los recursos públicos es fundamental para prevenir la corrupción, generar confianza en la ciudadanía y garantizar la creación de valor público, en coherencia con su misión de brindar servicios de salud con calidad, eficiencia, humanización y responsabilidad social en beneficio de la población del sur del Huila.

2. PLANEACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - PTEP.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 1122 de 2024, la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito planifica la implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP mediante el desarrollo integral de su ciclo de gestión, garantizando su articulación con las dinámicas internas de la entidad y con los demás instrumentos y ciclos de planeación institucional.

Durante la etapa de planeación, la E.S.E evalúa y fortalece las instancias, mecanismos y espacios orientados a promover la participación ciudadana y la interacción con los grupos de valor y partes interesadas relevantes, con el fin de asegurar su involucramiento activo en la gestión institucional. Este proceso se desarrolla conforme a las políticas de participación ciudadana en la gestión pública definidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en coherencia con los principios de transparencia, integridad y rendición de cuentas.

Así mismo, la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito adopta una estructura metodológica que orienta la formulación, implementación, seguimiento y evaluación del Programa de Transparencia y Ética Pública, tanto en su componente **transversal** (define el marco, los principios y la metodología) como en el **programático** (materializa ese marco en acciones concretas.), de acuerdo con los lineamientos, estándares y requisitos mínimos establecidos en el Anexo Técnico del PTEP. Estas actividades se ejecutarán de manera sistemática, ordenada y con la

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	5

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

participación activa de las distintas dependencias de la entidad, fortaleciendo la corresponsabilidad institucional.



De conformidad con la metodología definida en el Anexo Técnico del Programa de Transparencia y Ética Pública y con el propósito de asegurar un desarrollo estructurado, coherente y conforme a la normativa vigente, el PTEP se desarrolla a través de siete (7) etapas: 1. Formulación, 2. Validación, 3. Consolidación, 4. Aprobación, 5. Publicación, 6. Ejecución y seguimiento, y 7. Modificación o reformulación, garantizando su actualización permanente y su mejora continua.
Fuente: Secretaría de transparencia

1. Formulación: Es la etapa en la cual la entidad identifica, analiza y define los lineamientos, enfoques, componentes, acciones estratégicas y herramientas que conforman el Programa de Transparencia y Ética Pública, de conformidad con la normativa vigente y el Anexo Técnico expedido por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República. En esta fase se revisa la normatividad aplicable, se identifican los riesgos de corrupción y se establecen los mecanismos necesarios para promover la ética, la transparencia, la cultura de la legalidad y la integridad institucional, articulando

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	6

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

el PTEP con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y los demás sistemas de gestión de la entidad.

2. Validación: Corresponde a la etapa en la cual la propuesta formulada del Programa de Transparencia y Ética Pública es revisada y contrastada con los aportes, observaciones y recomendaciones de las instancias internas y, cuando aplique, de los grupos de valor y partes interesadas. Esta etapa tiene como propósito verificar la coherencia técnica, normativa y metodológica del programa, así como su pertinencia frente a las necesidades institucionales, garantizando el enfoque participativo y el fortalecimiento del control social, conforme a los principios de transparencia y participación ciudadana.

3. Consolidación: Es la etapa en la que se integran, ajustan y estructuran de manera definitiva los componentes transversal y programático del Programa de Transparencia y Ética Pública, incorporando los ajustes derivados del proceso de validación. En esta fase se consolida el documento final del PTEP, asegurando la articulación entre las acciones, responsables, metas e indicadores definidos, y garantizando su coherencia con los instrumentos de planeación institucional y la gestión del riesgo de corrupción.

4. Aprobación: Corresponde a la etapa mediante la cual la versión consolidada del Programa de Transparencia y Ética Pública es presentada a la instancia competente de la entidad para su revisión, aval y adopción formal. La aprobación del PTEP se realiza conforme a la estructura de gobierno y control institucional, garantizando el respaldo de la alta dirección y su incorporación oficial como instrumento de gestión institucional.

5. Publicación: Es la etapa en la cual el Programa de Transparencia y Ética Pública aprobado es divulgado y puesto a disposición de la ciudadanía a través de los medios oficiales de la entidad, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1712 de 2014 y el Decreto 1122 de 2024. La publicación garantiza el acceso a la información pública, la transparencia activa y el ejercicio del control social, permitiendo que los grupos de valor y partes interesadas conozcan las acciones y compromisos de la entidad en materia de ética y lucha contra la corrupción.

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	7

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

6. Ejecución y seguimiento: Corresponde a la etapa en la que se desarrollan e implementan las acciones definidas en el componente programático del PTEP, con la participación de las dependencias responsables y el acompañamiento de las instancias técnicas y de control. Así mismo, se realiza el seguimiento periódico al cumplimiento de las actividades, metas e indicadores, con el fin de evaluar su efectividad, identificar oportunidades de mejora y verificar el avance en la prevención de riesgos de corrupción y el fortalecimiento de la ética pública.

7. Modificación o reformulación: Es la etapa que permite realizar ajustes, actualizaciones o reformas al Programa de Transparencia y Ética Pública cuando se presenten cambios normativos, institucionales o cuando los resultados del seguimiento, auditorías o evaluaciones así lo requieran. Esta garantiza la mejora continua del PTEP, asegurando su vigencia, pertinencia y alineación permanente con los lineamientos establecidos en la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022 y el Decreto 1122 de 2024, así como la trazabilidad y control de sus versiones.

3. OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Fortalecer la gestión institucional con transparencia y ética, orientada a la generación de valor en lo público, mediante la implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila, con el fin de promover la confianza de los grupos de valor, partes interesadas y fortalecer los mecanismos de prevención de la corrupción, el acceso a la información, la rendición de cuentas, y la cultura de integridad en todos los niveles de la entidad.

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	8

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Definir mecanismos que garanticen el cumplimiento de las disposiciones normativas en materia de transparencia y acceso a la información pública.
- Identificar y gestionar los riesgos que puedan comprometer la integridad institucional, en particular los relacionados con corrupción, lavado de activos, financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva.
- Fortalecer la cultura organizacional de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila, mediante la promoción de los valores institucionales, los principios éticos, las prácticas responsables y el compromiso con los deberes del servicio público.
- Garantizar espacios seguros, accesibles y confidenciales para la recepción de denuncias y reportes ciudadanos o internos sobre posibles irregularidades.

4. ALCANCE.

El programa de transparencia y ética pública - PTEP aplica a todos los servidores públicos y contratistas de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila, en el desarrollo de los procesos institucionales, así como a la ciudadanía, entes de control y demás grupos de valor que inciden o colaboran en el cumplimiento de sus objetivos, en el marco de la gestión institucional. Su implementación se extiende a los distintos niveles de la entidad, con el fin de garantizar la incorporación de principios éticos, los lineamientos, estrategias, mecanismos, y gestión de riesgos en la lucha contra la corrupción, promoción de la transparencia y fortalecimiento del acceso a la información pública.

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	9

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.

- **Programas de Transparencia y Ética en el Sector Público:** es un instrumento de gestión institucional de carácter obligatorio para las entidades del Estado, mediante el cual se establecen lineamientos, estrategias, acciones y mecanismos orientados a prevenir la corrupción, promover la ética pública, fortalecer la transparencia, garantizar el acceso a la información, impulsar la participación ciudadana y consolidar una cultura de la legalidad e integridad en el ejercicio de la función pública.
- **Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG:** Marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.
- **Servicio al Ciudadano:** Conjunto de actividades que buscan solucionar de manera clara oportuna y con calidad los requerimientos del ciudadano.
- **Ciudadano:** Persona natural o jurídica del sector público y/o privado que solicite un servicio de la Contraloría General de la Nación por los diferentes canales de atención.
- **Rendición de cuentas a la ciudadanía de baja calidad y deficiente:** Inexistencia o inadecuada gestión del proceso de rendición de cuentas al interior de la entidad. Espacios limitados de interlocución con los ciudadanos y baja calidad de la información suministrada por diversos medios.
- **Ausencia o debilidad de canales de comunicación:** Inexistencia en canales de entrega y acceso a la información por parte de la ciudadanía o de los mismos servidores públicos de la entidad.
- **Inexistencia de canales de denuncia interna y externa:** Inexistencia o debilidad en los espacios, procesos y procedimientos para la comunicación de hechos o

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	10

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

riesgos de corrupción de manera segura y confiable, por parte de los ciudadanos o por los servidores públicos al interior de la entidad.

- **Peculado:** Apropiación ilegal, en beneficio propio o de un tercero, de los bienes del Estado.
- **Tráfico de Influencias:** Consiste en utilizar la influencia personal para recibir, dar o prometer, para sí mismo o para un tercero, beneficios, favores o tratamiento preferencial.
- **Cohecho:** Soborno (dar, ofrecer) Es un delito de doble vía.
- **Concusión:** Cuando un servidor público abusa de su cargo o funciones para inducir a otra persona a dar o prometer dinero o cualquier otra utilidad indebida.
- **Interés indebido en la celebración de contratos:** Cuando se actúa de manera interesada o amañada en cualquier clase de contrato o acto administrativo.
- **Abuso de autoridad por omisión de denuncia:** Cuando teniendo conocimiento de una conducta delictiva no se informa a las autoridades.
- **Utilización indebida de información oficial privilegiada:** Aprovechamiento de datos confidenciales para beneficio propio.
- **Detrimento Patrimonial:** Se entiende como la lesión del patrimonio público, representada en el menoscabo, disminución, perjuicio, detrimento, pérdida, uso indebido o deterioro de los bienes o recursos públicos, o a los intereses patrimoniales del Estado.
- **Bajo nivel de Publicidad de la Información:** En la inexistencia de procesos, procedimientos y acciones concretas de publicidad de la información, las decisiones de la administración y la forma mediante la cual se toman dichas decisiones.
- **Administración De Riesgos:** Conjunto de elementos de control que al interrelacionarse permiten a la entidad pública evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	11

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función.

- **Análisis De Riesgo:** Elemento de control que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de la entidad pública para su aceptación y manejo.
- **Corrupción:** La entendemos como “el abuso de posiciones de poder o de confianza, para el beneficio particular en detrimento del interés colectivo, realizado a través de ofrecer o solicitar, entregar o recibir bienes o dinero o en especie, en servicio o beneficios, a cambio de acciones, decisiones y omisiones”.
- **Evaluación del Riesgo:** Proceso utilizado para determinar las prioridades de la Administración del Riesgo comparando el nivel de un determinado riesgo con respecto a un estándar determinado.
- **Mapa de Riesgos:** Es una herramienta básica que muestra los riesgos a los cuales está expuesta una entidad, identificando las áreas, actividades, activos que podrán verse afectados por un suceso.
- **Probidad:** Es la cualidad que define a una persona íntegra y recta; alguien que cumple sus deberes sin fraudes, engaños ni trampas. Ser probo es ser transparente, auténtico y actuar de buena fe.
- **Transparencia:** Dar a conocer la información de carácter público que obra en los archivos de cada dependencia gubernamental, garantizar el derecho de acceso a la información, y salvaguardar la protección de datos personales de los solicitantes y de los sujetos obligados.

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	12

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2	CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA	

6. MARCO LEGAL Y/O CONCEPTUAL.

Normatividad	Definición
Constitución Política de Colombia: Art. 23, 90, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 183, 184, 209 y 270 de 1991	se consagraron principios para luchar contra la corrupción administrativa en Colombia. De igual forma dio gran importancia a la participación de la ciudadanía en el control de la Gestión Pública y estableció la responsabilidad patrimonial de los servidores públicos.
Ley 80 de 1993	Por el cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. En su articulado establece causales de inhabilidad e incompatibilidad para participar en licitaciones o concursos para contratar con el estado, adicionalmente también se establece la responsabilidad patrimonial por parte de los funcionarios y se consagra la acción de repetición.
Ley 489 de 1998 Art. 18	Establece la supresión y simplificación de trámites como política permanente de la administración pública.
Ley 734 de 2002 Art. 32 Democratización de la Administración pública	Por el cual se expide el código disciplinario único. En dicho código se contemplan como faltas disciplinarias las acciones u omisiones que lleven a incumplir los deberes del servidor público, a la extralimitación en el ejercicio de sus derechos y funciones, a incumplir las normas sobre prohibiciones; también se contempla el régimen de inhabilidades e incompatibilidades, así como impedimentos y conflicto de intereses, sin que haya amparo en causal de exclusión de responsabilidad de acuerdo con lo establecido en la misma ley.
Ley 819 de 2003	Por el cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.
Ley 850 de 2003	Por medio del cual se reglamentan las veedurías ciudadanas. Crea el marco legal para el ejercicio de la veeduría en nuestro país, así como un procedimiento para la constitución e inscripción de grupos de veeduría y principios rectores.
Ley 909 de 2004	Por el cual se expiden normas, que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.
Ley 2195 de 2022	Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones.

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	13

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción Art. 73	METODOLOGÍA PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO y PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. La metodología para construir esta estrategia está a cargo del Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción.
Decreto 1081 de 2015 Único del sector de Presidencia de la República Arts. .2.1.4.1	Señala como metodología para elaborar la estrategia de lucha contra la corrupción la contenida en el documento “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.
Ley 2195 de 2022 Art. 31	Cuyo contenido modificó artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 que creaba el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano En este marco, los Programas de Transparencia y Ética Pública se deben formular para promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de la misionalidad institucional.
Decreto 1081 de 2015 Arts.2.2.22.1	Establece que el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
Decreto 1083 de 2015 Único Función Pública Título 24	Regula el procedimiento para establecer y modificar los trámites autorizados por la ley y crear las instancias para los mismos efectos.
Decreto Ley 019 de 2012 Decreto Anti trámites	Dicta las normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
Ley 962 de 2005 Ley Anti trámites	Dicta disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos.

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	14

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

7. MATRIZ DOFA

MATRIZ DOFA		
FACTORES EXTERNOS FACTORES INTERNOS	Oportunidades (O)	Amenazas (A)
	O1 • Programas del Ministerio de Salud, Función Pública y Procuraduría para fortalecer la integridad.	A1 • Incremento de investigaciones fiscales y disciplinarias en el sector salud.
	O2 • Mayor exigencia ciudadana por transparencia (mayor control social).	A2 • Percepción pública negativa por quejas, redes sociales o casos aislados.
	O3 • Nuevas tecnologías para trazabilidad, analítica y seguimiento de riesgos.	A3 • Ciberataques y riesgos digitales que comprometen datos sensibles.
Fortalezas (F)	ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIAS FA
F1• Existencia de un Código de Ética y Buen Gobierno adoptado.	FO 1• Integrar el Comité con programas nacionales que fortalecen la integridad.	FA1 • Utilizar el Comité para respaldar decisiones clínicas ante riesgos disciplinarios.
F2• Canales institucionales de comunicación con la ciudadanía (PQRS, web, audiencias)	FO 2• Involucrarlo en espacios de control social.	FA2 • Utilizar la trazabilidad para evitar sanciones o demandas.
F3• Presencia de un área de Control Interno activa.	FO 3• Aprovechar estos documentos para cumplir los estándares exigidos por el Ministerio de Salud.	FA3 • Implementar medidas de seguridad para proteger datos sensibles.
Debilidades (D)	ESTRATEGIAS DO	ESTRATEGIAS DA
D1• Insuficiente capacitación en temas relacionados con transparencia, etica, conflicto de intereses, integridad y anticorrupción.	DO 1• Crear un plan anual de formación con enfoque en integridad. • Incorporar formación práctica sobre trato digno	DA 1• Reducir riesgos disciplinarios derivados de fallas asistenciales.
D2• Débil cultura de denuncia interna por temor a represalias.	DO 2• Implementar un canal seguro y confidencial para reportes.	DA 2• Proteger al denunciante para evitar represalias.
D3• Falta de seguimiento riguroso a los riesgos de corrupción en algunos procesos	DO 3• Fortalecer análisis y reporte de incidentes. • Crear sistemas de alerta temprana.	DA 3• Prevenir judicialización por fallas en el servicio.

8. GENERALIDADES DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA.

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, comprometida con la consolidación de los principios de transparencia, eficacia y equidad en la prestación de los servicios de salud a la comunidad, adelanta acciones orientadas a fortalecer una gestión pública íntegra, transparente y responsable. Estas acciones se enfocan en la preservación de la ética institucional, la administración eficiente de los recursos, el reconocimiento y respeto de los derechos de los pacientes y demás partes interesadas, generando cercanía, confianza y seguridad en la ciudadanía.

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	15

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

En cumplimiento de las directrices nacionales y del marco normativo vigente, la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito ha diseñado el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) 2026, el cual se orienta a fortalecer la transparencia en la prestación de los servicios de salud, promover la participación y satisfacción de los ciudadanos, e impulsar la mejora continua de la gestión institucional. Lo anterior se desarrolla bajo los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, permitiendo priorizar los temas objeto de seguimiento para la prevención y control de la corrupción y, en consecuencia, optimizar el desempeño institucional.

De esta manera, el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) 2026 se estructura a partir de cuatro (4) acciones a desarrollar, las cuales articulan y organizan los diferentes componentes definidos por la normativa, y a través de las cuales se implementan las estrategias institucionales en materia de transparencia, integridad y ética pública.

Acciones a desarrollar y componentes asociados

Las cuatro (4) acciones a desarrollar del PTEP 2026 se implementan mediante los siguientes componentes, los cuales permiten materializar los objetivos del programa:

Acción 1. Gestión integral del riesgo:

Fortalecer la prevención, control y mitigación de los riesgos institucionales y de los riesgos asociados a corrupción, opacidad y fraude, mediante la identificación, análisis, evaluación, seguimiento y tratamiento oportuno de los mismos, en cumplimiento de los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y del Sistema Integral de Control y Fiscalización – SICOE, contribuyendo a la transparencia, integridad y mejoramiento continuo de la gestión institucional.

1. Mapa de Riesgos Institucional (MIPG).
2. Matriz de Riesgos SICOE (riesgos de corrupción, opacidad y fraude).
3. Gestión del Riesgo institucional

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	16

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

Acción 2. Redes y Fortalecimiento de articulación:

Fortalecer la articulación institucional y la coordinación entre los procesos misionales y de apoyo, con el fin de promover la eficiencia administrativa, la transparencia y la prevención de riesgos asociados a la discrecionalidad y la opacidad, mediante la racionalización y optimización de los trámites institucionales, facilitando el acceso oportuno, claro y equitativo de los ciudadanos a los servicios de la entidad.

4. Trámites y Otros Procedimientos Administrativos (OPA) inscritos en el SUIT
5. Racionalización de Trámites.

Acción 3. Modelo de estado abierto:

Fortalecer la participación ciudadana y el ejercicio del control social, mediante la implementación de espacios de diálogo permanente, la rendición de cuentas, el acceso a información pública clara, oportuna y comprensible, así como el fortalecimiento de los mecanismos de atención al ciudadano, con el propósito de evaluar la gestión institucional, promover la transparencia y consolidar la confianza de la ciudadanía en la entidad.

6. Rendición de Cuentas.
7. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
8. Mecanismos para la transparencia y acceso a la información

Acción 4. Iniciativas adicionales:

Promover y fortalecer la cultura de integridad, ética pública y buen gobierno en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, mediante la socialización y apropiación del Código de Integridad y del Código de Conducta y Buen Gobierno, con el fin de orientar el comportamiento de los servidores públicos y contratistas, prevenir conflictos de interés y consolidar prácticas institucionales transparentes, responsables y alineadas con los principios del servicio público.

9. Socialización del Código de Integridad.
10. Socialización del Código de Conducta y Buen Gobierno.

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	17

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 22/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		

Estos componentes evidencian el compromiso de la entidad con la participación ciudadana, la transparencia en la gestión pública y la prevención de la corrupción, mediante la generación de espacios de acercamiento, conocimiento e intervención de la ciudadanía en la administración pública, orientados al cumplimiento de los objetivos institucionales del Programa de Transparencia y Ética Pública.

8.1 Mapa de Riesgos Institucional (MIPG).

En este componente se establecen los criterios generales para la identificación y prevención de los riesgos de corrupción de las entidades permitiendo a su vez las alarmas y la elaboración de mecanismos orientados a prevenirlos o evitarlos. Es necesario recordar que el riesgo de corrupción se define como “La posibilidad de que, por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesione los intereses de una entidad y en consecuencia del Estado, para un beneficio particular”. Las causas las identificamos a partir de los factores internos y externos que pueden influir en los procesos y procedimientos que generan una mayor vulnerabilidad frente a los riesgos de corrupción.

La importancia radica en que tanto el cliente interno como externo contribuya a su respectiva actualización, mitigación de los mismos, seguimiento y monitoreo permanente. Otro ítem importante dentro de este primer componente son las medidas para mitigar los riesgos de la institución (incluyendo los de corrupción) y su respectivo monitoreo permanente, para ello se diseñó durante la vigencia 2026 la reformulación del Mapa de Riesgos de la Institución, con la participación de los diferentes procesos asistenciales y administrativos, a través del formato **HSP-DE-ME-F06**, el cual contiene toda la metodología del DAFP a través de archivos de Excel iniciando por: El contexto estratégico, identificación de los riesgos, análisis de los riesgos, valoración de los controles, valoración de los riesgos, seguimiento y monitoreo de los riesgos, el riesgo inherente y la gráfica de control.

Sumado a la identificación de los riesgos por los diferentes procesos, para efectos de la consolidación de la matriz de riesgo institucional, se priorizaron un total de 38 riesgos, los cuales serán motivo de análisis, seguimiento, monitoreo y actualización para la presente vigencia, de acuerdo a los resultados que arrojen las respectivas auditorías internas y el trabajo en equipo por parte de cada uno de los líderes responsables de los diferentes procesos.

FECHA:	Elaboración: 18/11/2025	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 16/01/2026	Acta No. 001 del 22/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. 020 del 22/01/2026	1.0	18

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2	CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA	

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito			EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2											CODIGO DE FORMATO: HSP-DE-ME-F06	
			PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL											VERSIÓN: 5.0	
			PROCEDIMIENTO: MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN											APROBACION: 22/01/2026	
			NOMBRE DEL DOCUMENTO: FORMATO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL												
			Período: 2026												
No.	PROCESO	ÁREA / SERVICIO	CAUSA (Debido a)	NOMBRE DEL RIESGO (Puede Ocurrir u ocasionar)	Tipo de Riesgos	Consecuencia (Lo que genera)	Riesgo priorizado por AMFE	CALIFICACIÓN		EVALUACIÓN		Herramientas de control	Responsable de la herramienta de control	1 Línea de Defensa (Autocontrol)	Indicador
								Probabil idad (20-100)	Impacto (20-100)	Perfil del Riesgo	Zona de Riesgo				
R1	Direccionamiento Estratégico	Direccionamiento Estratégico	* Falta de seguimiento al cumplimiento del Cronograma de Informes a Entes de Vigilancia y Control. * Desconocimiento por parte de los colaboradores de las faltas que se cometen por el NO envío de Informes a Entes de Control.	Inoportunidad en el reporte de la información a las Entidades de Vigilancia y Control en los términos establecidos.	Estratégico	* Sanciones por los Entes de Vigilancia y Control. * Baja Calificación en la Gestión Institucional. * Pérdida de credibilidad de las partes interesadas. * Falta de Autocontrol y diagnósticos a causa de la NO elaboración de informes.	NO	20	100	200	ZONA RIESGO EXTREMA	Implementación del sistema de Gestión Documental con el fin de centralizar y hacer seguimiento a todas las solicitudes (matriz de controles a los informes) Elaborar cronograma de actividades con el fin de establecer las entidades - comité de autocontrol - Drive con evidencias del charge se revisa diaria)	Subgerencia Administrativa	Líder del proceso	Inoportunidad en el reporte de información a las Entidades de Vigilancia y Control en los términos establecidos.
R2	Experiencia del paciente y su familia	Experiencia del paciente y su familia	* Las áreas y procesos encargados de dar respuesta a las PQR no realiza un análisis adecuado de cada queja y generalizan las respuestas a los usuarios. * Falta de compromiso del proceso o colaborador implicado en la queja. * Respuestas extemporáneas de las quejas o solicitudes de los usuarios.	Falta de impacto de las soluciones que se generan a las quejas de los usuario para solventar las quejas o reclamos, haciendo que su experiencia sea mejor.	Operativo	* Reincidencias de las quejas * Insatisfacción de los usuarios y no fidelización.	NO	100	100	1000	ZONA RIESGO EXTREMA	Lista de chequeo con criterios que midan dominios relacionados con la oportunidad de las respuestas de las quejas.	Coordinador del área Experiencia del paciente y su familia	Líder del proceso	Oportunidad en la respuesta emitida a las PQRS presentadas por los usuarios en el HDAP- 2019-2025
R3	Gestión de la calidad	Gestión de la calidad	Falta de Gestión para el cumplimiento de los estándares a partir de la implementación de las matrices de autoevaluación en cada uno de los servicios habilitados. Falta de gestión y de seguimiento a los planes de mantenimiento y de acción relacionados con el cumplimiento de los estándares. Interpretación de los estándares por parte de VIC sin lineamientos claros del MSP	No cumplimiento a la totalidad de los estándares del Sistema Único de Habilitación aplicables a la institución	Estratégico	* No certificación de habilitación o cierre de servicios. * Cierre total temporal de los servicios, multas económicas a la institución	NO	20	100	200	ZONA RIESGO EXTREMA	Aplicación y seguimiento a la matriz de estándares de habilitación por servicios, periódico con los líderes de los servicios - líderes de los estándares y calidad - seguimiento comité de calidad y reporte a comité gerencial	Líder de Gestión de la Calidad	Líder del proceso	Cumplimiento a los estándares del SUH
R4	Gestión del Talento Humano	Gestión del Talento Humano	Alta demanda de carga laboral (pacientes, acompañantes y usuarios atendidos durante un turno) y el alto número de actividades asignadas en la jornada con sobrecarga).	Alto índice de estrés laboral	SST	Baja productividad en el desarrollo de los procesos, lo que se ve reflejado en la insatisfacción del cliente interno y cliente externo. Incapacidades	NO	80	100	800	ZONA RIESGO EXTREMA	(Seguimiento al plan de acción de los resultados COPASST. Revisión de turnos-estándares de producción administrativos. Análisis de cargas de trabajo - formato de requerimiento de personal convivencia - articulación de los resultados de la batería con las intervenciones envidables de SIAU -) (seguimiento al proyecto de mejora para evidenciar ciclos de mejora) - paquete instruccional de prevención del cansancio (lineamientos con un máximo de horas en determinados servicios) articulación de los líderes de SGSST (fondas mensuales con apoyo de la aplicación de encuesta en primera instancia validarla con criterios de la batería de riesgo psicosocial)	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo	Líder del proceso	Ausentismo laboral por Enfermedad Común
R5	Atención de Urgencias	Atención de Urgencias	Falta de adherencia adecuada al protocolo de inserción y mantenimiento de catéter venoso periférico y acciones para prevenir la flebitis	Infecciones asociadas a la atención	Asistenciales	Prolongación de la estancia hospitalaria, lesiones de piel del paciente, insatisfacción de los usuarios	SI	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Lista de chequeo adherencia al protocolo, seguimiento reporte en almera de sucesos	Líder del proceso de Atención de Urgencias	Líder del proceso	TASA IAS
R6	Referencia y contrareferencia	Referencia y contrareferencia	* Demoras y barreras en la ubicación de las EPS * No disponibilidad de ambulancia para el traslado Demoras administrativas en facturación para el egreso del paciente * Falta de acompañante para el traslado de paciente.	Demora en el egreso por remisión	Operativo	* Deterioro clínico del paciente * Estancia prolongada * Aumento en los tiempos de egreso * Insatisfacción del paciente y familia	NO	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Censo diario de pacientes en trámite de remisión enviado a Facturación para trámites (regencia y facturación)- listas de chequeo de verificación con paciente para información sobre trámites (SIAU)	Líder del proceso de Referencia y Contrareferencia	Líder del proceso	Tiempo de espera para la aceptación de pacientes en de mayor complejidad
R7	Hospitalización	Hospitalización	Inoportunidad en la realización de procedimientos quirúrgicos	Estancia prolongada en el servicio de los pacientes con procedimiento quirúrgico definido	Operativo	Insatisfacción de los pacientes PQRS	NO	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Procedimiento (Bitácora) para comentar la priorización de los pacientes en hospitalización con orden cx - Criterios -lista de chequeo de priorización de pacientes para cirugía	Líder del proceso - Atención de la Hospitalización	Líder del proceso	Promedio día de estancia prolongadas. Porcentaje de satisfacción de los usuarios
R8	Hospitalización	Hospitalización	* No adherencia al procedimiento de traslado intrahospitalario Fallos de Comunicación entre los auxiliares de enfermería y el personal de traslado	Valoración insuficiente de los riesgos clínicos previo al traslado del paciente	Clínicos	* Paciente inestable * Complicaciones de la condición clínica de paciente * Comisión de información	SI	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Lista de chequeo teniendo el procedimiento de traslado intrahospitalario	Líder del proceso - Atención de la Hospitalización	Líder del proceso	Tasa de incidentes durante traslado de pacientes a Hospitalización
R9	Atención de UCI	Atención de UCI	* Falta de adherencia a las tablas de dilución * Fallos en los cuidados de accesos venosos * Técnica en la administración de medicamentos	Flebitis química	Asistenciales	* Formación de coágulos sanguíneos * Limitación funcional de la extremidad del paciente. * Pérdida de sensibilidad * Necrosis.	SI	80	100	800	ZONA RIESGO EXTREMA	Seguimiento a buenas prácticas dentro de cada turno	Líder del proceso - Atención de UCI	Líder del proceso	Eventos e incidentes relacionados con administración de medicamentos UCI

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Adopción Resolución No. XXX del xx/01/2026	Versión: 1.0	Hoja: 1
	Modificación: 27/01/2025				

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2	CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA	

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2												CODIGO DE FORMATO: HSP-DE-ME-F06	
		PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL													
		PROCEDIMIENTO: MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN												VERSIÓN: 5.0	
		NOMBRE DEL DOCUMENTO: FORMATO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL													
		Período: 2026												APROBACION: 22/01/2026	
No.	PROCESO	ÁREA / SERVICIO	CAUSA (Debido a)	NOMBRE DEL RIESGO (Puede Ocurrir u ocasionar)	Tipo de Riesgos	Consecuencia (Lo que genera)	Riesgo priorizado por AMFE	CALIFICACIÓN		EVALUACIÓN		Herramientas de control	Responsable de la herramienta de control	1 Línea de Defensa (Autocontrol)	Indicador
								Probabilidad (20-100)	Impacto (20-100)	Perfil del Riesgo	Zona de Riesgo				
R10	Atención de UCI	Atención de UCI	Falta de aditamentos necesarios para prevenir úlcera por presión	Úlceras por presión	Asistenciales	*Necrosis de Piel *Deterioro de la condición clínica del paciente.	SI	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Aplicación de lista de chequeo de prevención de úlceras por presión	Líder del proceso - Atención de UCI	Líder del proceso	Tasa de úlceras por presión UCI
R11	Atención de Ginecología	Atención de Ginecología	Falta de disponibilidad de camas en hospitalización conlleva a que el paciente se demore en ginecoestéticia y la estancia prolongada de binomio madre hijo	Caidas de las pacientes	Asistenciales	*Lesiones *Evento adverso	SI	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Protocolo de acompañamiento de la paciente al baño (lista de chequeo de cumplimiento)- empoderar a acompañante con criterios de cuidado (educación al acompañante -lista de chequeo)	Líder del proceso - Ginecoestéticia	Líder del proceso	Tasa de caídas en el servicio de Ginecoestéticia GO
R12	Atención en Consulta Externa	Atención en Consulta Externa	No se encuentra documentado el procedimiento de atención de consulta externa, no disposición por parte del talento humano especialista para la realización del examen físico completo	Realización inadecuada del examen físico por parte del médico tratante.	Asistenciales	No definición clara del paciente y su plan de tratamiento, no manejo del paciente, insatisfacción del paciente, aumento de PQRS, falta de direccionamiento al paciente y complicaciones	SI	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Auditoría de HC con apoyo del proceso de calidad - auditor (muestra representativa) Pos consulta verificación de signos vitales - apoyo de los médicos internos de especialidades que puedan rotar en la consulta con el especialista)- Reentrenamiento con especialistas para adherencia a la toma de signos vitales registrada en el Historia clínica - implementación del procedimiento de toma de signos vitales en la consulta - Lista de verificación a la adherencia del procedimiento.	Líder del Proceso - Consulta Externa	Líder del proceso	Número de pacientes asignados para procedimientos que requieren preparación
13	Atención en Consulta Externa	Atención en Consulta Externa	No existe el talento humano con competencias para dar la información al paciente para su preparación	Preparación inadecuada de los pacientes para los procedimientos menores a realizar en la consulta	Operativo	No realización del procedimiento o cancelación del mismo, insatisfacción, PQRS, altos costos por la preparación de insumos que no se utilizan	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Auditoría de agendamiento de pacientes para procedimientos - Lista de verificación de criterios de preparación con el paciente (referenciarse con QX)	Líder del Proceso - Consulta Externa	Líder del proceso	Número de pacientes mal preparados para procedimientos ambulatorios
R14	Atención en Cirugía	Atención en Cirugía	- Falta de material de osteosíntesis necesario para la realización de los procedimientos quirúrgicos. - Incapacidades de los especialistas sin cobertura o reemplazo oportuno. - Cambios en el régimen de afiliación y/o en el nivel de atención autorizado para los pacientes.	cancelación de cirugías programadas	Estratégico	Suspensión o cancelación de cirugías programadas, generando retrasos en la atención, prolongación del dolor o la condición clínica del paciente, aumento del riesgo de complicaciones, incomodidad de los usuarios y posibles afectaciones a los indicadores de oportunidad, calidad del servicio y sostenibilidad institucional.	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Coordinación con las casas comerciales para que el material requerido sea entregado con al menos un (1) día de anticipación, mediante comunicación formal por correo electrónico, con el fin de que el especialista realice la revisión y otorgue el visto bueno correspondiente. Revisión previa de la documentación y soportes administrativos un (1) día antes del procedimiento; adicionalmente, el día del ingreso del paciente se realiza una nueva verificación de la afiliación y condiciones administrativas.	Líder del proceso de Cirugía	Líder del proceso	Proporción de cancelación de cirugía programada
R15	Atención en Cirugía	Atención en Cirugía	No adherencia al protocolo de cirugía segura	Cirugía realizada en el lado erróneo, en una zona anatómica errónea, en el paciente erróneo.	Asistenciales	Demandas legales, complicaciones de la cirugía, riesgo financiero, muerte	SI	20	100	200	ZONA RIESGO EXTREMA	Verificación cruzada del sitio operatorio (paciente verbaliza y señala sitio, comparación con datos de HC y consentimiento informado), informar a todo el equipo quirúrgico obre el error y realizar la marca en el sitio correcto quitando la del sitio equivocado. Realizar el reporte del error (indeciente) a través del Sistema de Gestión de Calidad, escribiendo las posibles causas.	Líder del proceso de Cirugía	Líder del proceso	Cirugía en parte equivocada
R16	Gestión de la Docencia Servicio	Gestión de la Docencia Servicio	Desconocimiento de los docentes y estudiantes del plan de delegación, no adherencia al plan delegación progresiva No conocimiento del plan de delegación.	Inadecuada supervisión del personal en práctica por parte de los docentes	Operativo	Eventos adversos.	NO	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Socializar el plan de delegación progresiva con estudiantes y docentes - incluir la socialización en los programas de inducción institucional - rondas de supervisión con las diferentes especialidades para verificación con lista de chequeo aprobada y codificada)	Gestión de la Docencia Servicio	Líder del proceso	Proporción de Eventos adversos, incidentes y errores generados por el personal en formación.
R17	Apoyo Diagnostico y Terapéutico	Servicio Farmacéutico	TIEMPO PROLONGADO ENTRE LA SOLICITUD DE LOS INSUMOS Y LA ENTREGA 1. desabastecimiento nacional 2. inconvenientes logísticos por parte de los proveedores en el envío de los insumos 3. problemas en la importación de los insumos	Inoportunidad en la entrega de los medicamentos y dispositivos médicos contratados	Asistenciales	Inoportunidad en la atención de paciente , No disponibilidad de medicamentos en la institución. Pacientes con tratamiento incompleto. Complicaciones del paciente.	SI	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS DE ADQUISICIÓN DE INSUMOS Y VERIFICACIÓN DE ABASTECIMIENTOS NACIONALES DE PRODUCTOS (evaluación de proveedores - oportunidad de adquisición - informe a comité gerencia de desabastecimiento para evaluar alternativas. Aumento del stock de la compra de medicamentos y dispositivos vs consumo promedio vs desabastecimiento de productos vs comportamiento epidemiológico)	Líder del subproceso de Servicio Farmacéutico	Líder del proceso	Proporción de entrega medicamentos y dispositivos médicos, máximo 2 horas posterior al cargo de los listados en el sistema de información.
R18	Apoyo Diagnostico y Terapéutico	Servicio Farmacéutico	Mal almacenamiento de medicamentos LASA - mala identificación de los medicamentos LASA - no realizar la doble verificación	Dispensación incompleta o incorrecta	Operativo	Eventos adversos posibles daños secuelas e incluso la vida del paciente. Fallos en el tratamiento del paciente. Sobredosis	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Formato de control ordenes medicas previo a la dispensación. Lista de verificación (alastamiento, verificación de orden médica - contra entrega la servicio - muestreo.)	Líder del subproceso de Servicio Farmacéutico	Líder del proceso	Proporción de fórmulas médicas dispensadas de manera incompleta.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Adopción Resolución No. XXX del xx/01/2026	Versión: 1.0	Hoja: 2
	Modificación: 27/01/2025				

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2	CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA	

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito			EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO: 891.180.134-2												CODIGO DE FORMATO: HSP-DE-ME-F06			
			PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL														VERSIÓN: 5.0	
			PROCEDIMIENTO: MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN														APROBACION: 22/01/2026	
			NOMBRE DEL DOCUMENTO: FORMATO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL															
			Periodo: 2026															
No.	PROCESO	ÁREA / SERVICIO	CAUSA (Debido a)	NOMBRE DEL RIESGO (Puede Ocurrir u ocasionar)	Tipo de Riesgos	Consecuencia (Lo que genera)	Riesgo priorizado por AMFE	CALIFICACIÓN		EVALUACIÓN		Herramientas de control	Responsable de la herramienta de control	1 Línea de Defensa (Autocontrol)	Indicador			
								Probabilidad (20-100)	Impacto (20-100)	Perfil del Riesgo	Zona de Riesgo							
R19	Apoyo Diagnostico y Terapéutico	Imagenología	Debido a la demanda de estudio a realizar Demora en la lectura de los estudios Daños continuos en el equipo y del software	Inoportunidad de reporte de los estudios imagen lógicos cuando se arroja un resultado critico	Operativo	Insatisfacción de los usuarios Diagnóstico tardío Retraso en procedimientos y en las consultas	NO	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Jornadas adicionales - reasignación de especialistas para la interpretación de resultados cronogramas de jornadas adicionales con seguimiento cuadro de turnos de los especialistas y responsables de las jornadas	Lider del subproceso - Imágenes Diagnostica	Lider del proceso	Bitácora de reportes críticos			
R20	Apoyo Diagnostico y Terapéutico	Rehabilitación	Alta demanda de pacientes a ser atendidos No disponibilidad de agenda para inicio de tratamiento	Deserción del tratamiento y deterioro de paciente que afecta su recuperación.	Operativo	Demoras en el inicio del tratamiento Deterioro Clínico del paciente	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Listas de agendamiento de pacientes (llamado telefónico)seguimiento. Formato de seguimiento de tratamiento del usuario - Lista de asignación de citas con seguimiento	Lider del subproceso de Rehabilitación	Lider del proceso	Oportunidad en la atención fisioterapia			
R21	Apoyo Diagnostico y Terapéutico	Rehabilitación	Omisión y falta de adherencia a los criterios de identificación de riesgos del paciente asociados a su patología.	Caidas de pacientes en el servicio	Asistenciales	Omisión y falta de adherencia a los criterios de identificación de riesgos del paciente asociados a su patología.	SI	20	100	200	ZONA RIESGO EXTREMA	Identificación en la evolución inicial riesgos priorizados con la aplicación de la escala de dotan para valorar el riesgo de caídas, verificación de la aplicación del formato de ronda de seguridad donde se evalúa el riesgo de caída.	Lider del subproceso de Rehabilitación	Lider del proceso	Tasa de caídas en apoyo terapéutico			
R22	Apoyo Diagnostico y Terapéutico	Laboratorio Clínico	- Hacinamiento de equipos biomédicos y mobiliario, que reduce el espacio disponible para el desarrollo adecuado de las labores del personal asistencial y administrativo. - Insuficiencia de áreas físicas, generando limitaciones operativas y afectaciones en la capacidad instalada del servicio. - Incumplimiento de los requisitos mínimos de infraestructura establecidos en la normatividad vigente de habitación de servicios de salud. - Riesgos para la seguridad y salud en el trabajo del personal, derivados de condiciones locales inadecuadas. - Exigencias legales y reglamentarias en materia de habitación que requieren el cumplimiento de estándares mínimos de infraestructura, actualmente no satisfechos.	Deficiencias en la infraestructura del servicio	Estratégico	No autorización funcionamiento del servicio; Cierre del servicio; afectación interdependencia de servicios.	NO	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Articulación y trabajo conjunto con los procesos de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre para la planeación y ejecución de acciones orientadas a la ampliación del servicio. Desde la Gerencia, se han adelantado gestiones estratégicas para la inclusión del proyecto de ampliación del servicio de laboratorio en el Plan Bienal de Inversiones. Asignación y adecuación de un espacio físico destinado a la ampliación del Laboratorio Clínico, conforme a los requerimientos normativos. Formulación y construcción del Plan de Mejoramiento Administrativo (PMA), orientado al cierre de brechas identificadas en infraestructura y capacidad instalada.	Lider del subproceso de Laboratorio Clínico	Lider del proceso	Proyectos Gestionados y Viabilizados (Secretaría de Salud del Huila y/o Ministerio de Salud y Protección Social) en forma anual - HDSAP			
R23	Apoyo Diagnostico y Terapéutico	Laboratorio Clínico	No adherencia a protocolos, Competencia del personal, deficiencias en procesos de selección e inducción de personal, Sobrecarga laboral a enfermería. Permisibilidad a las escuelas de formación con programas de bajo nivel académico.	Errores generados por la toma de muestras	Asistenciales	Rechazo de muestras, Inconformidad de clientes internos y externos, Generación de eventos adversos (hematomas, flebitis, doble punción) Desperdicio de insumos , resultados no confiables	SI	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Actualizar y socializar el Manual de toma de muestras de Laboratorio. Hacer evaluación de adherencia a protocolo toma de muestras de acuerdo al procedimiento; Matriz de registro de errores relacionados con la toma de muestra por causa. Hacer mesas de trabajo para análisis de resultados, acciones de mejora y evaluar el impacto.	Lider del subproceso de Laboratorio Clínico	Lider del proceso	Porcentaje de errores en la toma de muestras de laboratorio			
R24	Apoyo Diagnostico y Terapéutico	Banco de Sangre	Daños durante el procesos de obtención del componente (Daños de bolsas, Volúmenes insuficientes en Flebotomía, Tiempo excedido en las flebotomías)	No disponibilidad e inoportunidad en la entrega de hemocomponentes.	Operativo	Elevación de costos dentro del proceso. Insatisfacción y PQR desde los procesos por ausencia o entrega tardía de Hemocomponentes.	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Análisis diario de las encuestas de selección del Donante CONTROL del PROCESO de recolección de sangre (Formato de recolección de sangre)	Lider del subproceso de Banco de sangre	Lider del proceso	Porcentaje de componentes incinerados por no cumplimiento de protocolos.			
R25	Apoyo Diagnostico y Terapéutico	Banco de Sangre	Mala identificación del paciente en la solicitud del componente sanguíneo Paciente equivocado. Solicitud no pertinente del componente sanguíneo.	Errores en las pruebas de compatibilidad de los pacientes	Asistenciales	Reacciones transfusionales. QPR Complicaciones en el paciente	SI	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Lista de chequeo de paciente correcto de la solicitud del componente. (Verificación de solicitud correcta, verificación del paciente correcto y verificación de pruebas pre transfusionales)	Lider del subproceso de Banco de sangre	Lider del proceso	Porcentaje de errores en la identificación de unidades de hemocomponentes			
R26	Gestión del Ambiente Físico	Gestión del Ambiente Físico	Debido a la frecuencia alta de uso de las máquinas de lavandería como lavadora, secadora y centrifuga se requieren continuamente de mantenimientos correctivos por las fallas que generan	Inoportunidad en el suministro de ropaje hospitalario para la atención de los pacientes	Gestión	afectación en la ubicación de los pacientes Insatisfacción de los pacientes Aumento de costos por utilización de elementos desechables (ropa) Atraso o cancelación de QX programadas	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Plan de capacitación (inducción - reinducción - entrenamiento) de los operarios de lavandería - evaluación de la adherencia al uso adecuado de las máquinas de lavandería - listas de chequeo con los criterios para la clasificación del ropaje en lavado, secado y centrifuga.	Coordinadora Ambiente Físico	Lider del proceso	Porcentaje de reprocesamiento de ropa hospitalaria por lavado inadecuado			
R27	Gestión de la Tecnología	Gestión de la Tecnología	Personal que no cumple con los entrenamientos y capacitaciones. Alta rotación de personal a cargo del uso y manejo de los dispositivos. Ingreso de dispositivos médicos a la institución con defectos de fabricación, empaque u otro relacionado con su distribución	Incidentes adversos asociados al uso de dispositivos médicos por fallas de fabricación o inadecuado manejo de la tecnología.	Tecnológico	Eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos, los cuales pueden ser una intencionación quirúrgica no programada, lesión permanente en el paciente, una demencia hacia el hospital por motivos relacionados a la ejecución de un mal procedimiento médico relacionado con dispositivos o en casos extremos la muerte de un paciente, además de la puesta fuera de servicio de los equipos involucrados.	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Cuestionarios, evaluaciones de adherencia a las capacitaciones de inducción, reinducción, rondas específicas de las vigilancias del uso adecuado de los dispositivos médicos con retroalimentación	Lider Gestión de la Tecnología	Lider del proceso	Porcentaje de eventos e incidentes adversos asociados al uso de los dispositivos médicos en el HDSAP, durante las vigencias 2021 a 2025			

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Adopción Resolución No. XXX del xx/01/2026	Versión: 1.0	Hoja: 3
	Modificación: 27/01/2025				



E.S.E Hospital Departamental
San Antonio de Pitalito

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2

PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL

NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA

CÓDIGO:
HSP-DE-PR04
XX/01/2026

Versión: 1.0

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito			EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2											CÓDIGO DE FORMATO: HSP-DE-ME-F06	
			PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL											VERSIÓN: 5.0	
			PROCEDIMIENTO: MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN											APROBACIÓN: 22/01/2026	
			NOMBRE DEL DOCUMENTO: FORMATO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL												
Período: 2026															
No.	PROCESO	ÁREA/ SERVICIO	CAUSA (Debido a)	NOMBRE DEL RIESGO (Puede Ocurrir u ocasionar)	Tipo de Riesgos	Consecuencia (Lo que genera)	Riesgo priorizado por AMFE	CALIFICACIÓN			EVALUACIÓN	Herramientas de control	Responsable de la herramienta de control	1.Línea de Defensa (Autocontrol)	Indicador
								Probabi- dad (20-100)	Impacto (20-100)	Potenci- al del Riesgo	Zona de Riesgo				
R28	Gestión de la información	Gestión de la información	Insuficiencia de infraestructura tecnológica que garantice custodia, accesibilidad e integridad de dato. Falta de priorización la compra de herramientas informáticas	Falta en la seguridad e integridad (Pérdida) de la información	Operativo	Faltas en la oportunidad de la atención que puede generar insatisfacción, deserción del paciente e implicaciones legales Insatisfacción del cliente interno y externo	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	El proceso de Gestión de la información cuenta con los siguientes mecanismos que permitirá mitigar el riesgo así: - Plan anual de adquisiciones - HSP-SI-03 Instructivo Mesa de Servicio - Manual de Seguridad de la información - Procedimiento de Uso y apropiación - Monitoreo y configuración de Firewall perimetral SONOWALL - Monitoreo diario - Utilización de herramientas para protección de correos institucionales - Despliegue y educación en seguridad de la información. Rondas de seguridad mensual - cuestionario google formas de adherencia - inspecciones de los equipos	Líder de Gestión de la información	Líder del proceso	Porcentaje de adherencia a la política de seguridad de la información.
R29	Gestión Jurídica	Gestión Jurídica	Demora o extemporaneidad en los trámites que realizan los contratistas en la perfeccionamiento del contrato (negotación, pólizas, firmas)	Incumplimiento en la oportunidad en la legalización de los contratos	Estratégico	Hallazgos de los entes de control Sanciones Afecta el inicio del contrato Afecta la ejecución del contrato, incluido sus pagos.	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Incluir una cláusula de obligación contractual el cumplimiento y la oportunidad de legalización del contrato. Instructivo de requisitos para pago de estampillas: generación de mutuas al no cumplimiento de la cláusula. Incluir en el formato lista de chequeo de procesos de contratación el ítem de envío de información para legalización al contratista y hacer el checke lista.	Líder del proceso de Gestión Jurídica	Líder del proceso	Porcentaje de cumplimiento en la oportunidad en la legalización de los contratos
R30	Gestión de Recursos Financieros	Gestión de Presupuesto	A. Ejecución de gastos no controlada. B. No cumplimiento de las metas estimadas de reconocimiento y recaudo.	Desequilibrio presupuestal	Financiero	Riesgo financiero.	NO	20	100	200	ZONA RIESGO EXTREMA	Monitoreo mensual de los gastos y costos frente a los ingresos a través de comité financiero. Identificar el margen máximo de compromisos teniendo en cuenta la facturación, el recaudo y las glosas mensual. Matriz de riesgos (facturación, recaudo, etc.) estandarizado con metas por vigencias. Informe trimestral de proyecciones de ejecución y proyecciones de ingresos y gastos. Medición de Indicador de Equilibrio presupuestal.	Gestión de Presupuesto	Líder del proceso	Equilibrio Operacional
R31	Gestión de Recursos Financieros	Gestión de glosas	A. Falta de adherencias a protocolos y guías de manejo. B. No aplicación de correctivos una vez identificada y retroalimentada la causa de la glosa. C. Falta de claridad en algunos contratos suscritos con la EAPB. D. No facturación conforme al acuerdo de voluntades suscritos por las partes. E. Inportunidad en la realización de procedimientos clínicos. F. Errores en la identificación del pagador	Incremento en la aceptación de glosa definitiva	Financiero	A. Disminución del flujo de recursos. B. No reconocimiento de los servicios prestados	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Identificación de las 10 primeras causas de glosas. Aplicativo de ingreso de la glosa. Reorientación personalizada de las causas de glosas. Medición de indicador de porcentaje de aceptación de glosa definitiva. Comité de Glosas, comité Financiero y comité General.	Gestión de glosas	Líder del proceso	Porcentaje de aceptación de glosas definitivas
R32	Gestión de Recursos Financieros	Gestión de costos	A. El software no dispone de los campos necesarios para la adecuada clasificación del costo. B. Recepción de cuentas por fuera del periodo a reportar para la distribución de los costos.	No disponer de información completa y detallada de ingresos y gastos por centro de costo o unidad de negocio.	Corrupción	No contar con una adecuada clasificación de los costos por los diferentes centros de costos.	NO	20	100	200	ZONA RIESGO EXTREMA	Revisión y análisis de la información generada del software, a través del informe mensual de costos mediante actas. Medición y seguimiento a indicadores, se realiza de manera mensual.	Gestión de costos	Líder del proceso	costos mes
R33	Gestión de Recursos Financieros	Gestión de Facturación	A. falta de soportes clínicos para el cobro. B. inconsistencia en los registros de historias clínicas. C. verificación de derechos inadecuado. D. errores en los envíos de los anexos técnicos o por fuera de términos. E. error en la digitación en los número de autorización en las facturas. F. Inportunidad en la actualización de códigos CUMS-medicamentos en los sistemas de información G. inconsistencias en la documentación o pagador que puede generar glosas, devoluciones e incumplimiento de la meta de facturación	No reconocimiento de los servicios prestados (facturados)	Financiero	A. Riesgo financiero. b. No cumplimiento de la meta de facturación.	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Realizar auditoría diaria de los servicios prestados antes de facturar por los análisis de cuentas con informe mensual. (lista de chequeo parte del procedimiento de facturación) Reunión mensual de facturación para revisar cambios normativos, glosas y devoluciones con informe.	Gestión de Facturación	Líder del proceso	Meta Mensual de Radicación
R34	Gestión de Recursos Financieros	Autorizaciones	A. Fallas en el sistema de información. B. Alta rotación del personal. C. Descorrelamiento de la normalidad y procedimientos vigentes.	No identificación del asegurador	Financiero	A. No reconocimiento de servicios prestados por ERP. B. No continuidad en la prestación de servicios de los usuarios.	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Validación de derechos a cada usuarios en las diferentes plataformas para identificar plenamente el pagador. Reporte diario de afiliaciones al área de aseguramiento de la secretaría de salud municipal. Registro diario de inconsistencias de los pacientes para definir pagadores.	Autorizaciones	Líder del proceso	Número de Procedimientos o Servicios de Salud Solicitados ante las ERP
R35	Gestión de Recursos Financieros	Gestión de cartera	A. Radicación de cuentas inoportuna. B. No identificación adecuada del pagador. C. No elaboración de cruces contables con las ERP. D. No conocimiento real de la cartera de las ERP por prestación de servicios. E. No gestión de cobros oportunos	No pago oportuno por parte de las ERP de los servicios prestados a sus afiliados.	Financiero	A. Demoras en los pagos a compromisos laborales y honorarios. B. Desequilibrio presupuestal C. Incumplimiento en la meta mensual de recaudo. D. Riesgo financiero E. No prestación de los servicios de forma oportuna y con calidad.	NO	60	100	600	ZONA RIESGO EXTREMA	Se efectúa control de recaudo mensual, se cuenta con reporte del sistema de información (Píndice de Caja), mediante reunión de conciliación soportado en acta. En comité de cartera semanal se informa las gestiones y avances realizadas (Actas).	Gestión de cartera	Líder del proceso	Valor del recaudo global durante el periodo
R36	Gestión de Recursos Financieros	Gestión de contabilidad	A. Demora en la entrega de información de los diferentes subprocesos para el cierre contable B. Inexactitud en los reportes que genera el software C. Inconsistencia en la información suministrada por los subprocesos D. Duplicidad de Registros. E. Centralización de funciones	Reporte inoportuno e inexacto de la información	Financiero	Sanciones económicas y disciplinarias para la E.S.E	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Cronograma de inventario de informes con seguimiento diario. Indicador de oportunidad de reporte de información	Gestión de contabilidad	Líder del proceso	No. Informes reportados dentro de los términos y plazos establecidos
R37	Gestión de Recursos Financieros	Gestión de Tesorero	A. Errores humanos en la digitación de los valores. B. Fallas del sistema. C. Cuentas mal configuradas D. Deficientes sistemas de seguridad	Pérdida de los recursos	Corrupción	Riesgo financiero	NO	40	100	400	ZONA RIESGO EXTREMA	Cronograma de inventario de informes con seguimiento diario. Indicador de oportunidad de reporte de información	Gestión de Tesorero	Líder del proceso	Porcentaje de aceptación de glosas definitivas
R38	Control Interno	Control Interno	No programación del cronograma Anual de Auditoría No disposición de personal de la OCI	Incumplimiento de la presentación de las auditorías de ley según fechas establecidas.	Estratégico	*Sanciones por parte de los Entes de Control, * Falta de autocontrol en los procesos. Disminución de los planes de mejora Institucionales	NO	40	100	FALSO	ZONA RIESGO EXTREMA	* Cronograma Anual de Auditorías de la OCI * Comités de Control Interno Auditorías de los diferentes entes de Control * Comité General	Control Interno	Líder del proceso	No de auditorías integrales de control interno Realizadas en el trimestre

Redactado por: Jennifer Paola Giraldo Tovar. Profesional de apoyo Planeación Operativa

Revisado por: Jorge Eliecer Tovar Valencia- Subgerente Administrativo y Financiero

Aprobado por: Comité Institucional de Gestión y Desempeño

Fecha de redacción: 22 enero de 2026

Fecha de Revisión: 15 de octubre de 2025

Fecha de Aprobación: 22 de enero de 2026



Versión: Original 2010

Revisión No. 5.0

Acta No. 001

Resolución No. 020 del 22 de enero de 2026

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del xx/01/2026	1.0	4

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2	CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA	

2. Matriz de Riesgos SICOF (riesgos de corrupción, opacidad y fraude).

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito			EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO -NIT: 891.180.134-2										CÓDIGO DE FORMATO : HSP-DE-PRO01-F02		
			PROCESO:GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL										VERSION: 3.0		
			PROGRAMA GESTIÓN DEL RIESGO												
			NOMBRE DEL DOCUMENTO												
MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN - SICOF										APROBACION: 22/01/2026					
VIGENCIA 2026															
IDENTIFICACION DEL RIESGO											MONITOREO Y REVISION				
No.	RIESGO	CLASIFICACION	CAUSAS / VULNERABILIDADES	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD INHERENTE	%	IMPACTO INHERENTE	%	RIESGO RESIDUAL	DESCRIPCION DEL CONTROL	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACION	SOPORTE/DOCUMENTACION	
RIESGO DE CORRUPCIÓN															
1	Deficiencia en los sistemas de información que pueden facilitar el acceso a información y su posible manipulación o adulteración.	Corrupción	* Falta de ética por parte del servidor público * Manejo indebido de la información contractual	* Pérdidas económicas para la entidad. * Afectación de la imagen institucional * Investigaciones por parte de los entes de control	MUY BAJA	20%	MUY ALTA	100%	EXTREMO	Evitar el riesgo	Rondas o inspecciones a los sitios de trabajo donde se informe y sensibilice a los colaboradores de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, acerca de las consecuencias que se pueden presentar por el mal manejo de la información confidencial.	Sistemas de la información	A Diciembre de 2026	Rondas de inspección	
											Implementación y Desarrollo del Plan de tratamientos de riesgos de información Digital	Sistemas de la información	A Diciembre de 2026	Plan de Trabajo Anual Cumplir mínimo con el 80% de ejecución del plan.	
											Establecer permisos de acceso mínimos necesarios según el rol del usuario	Sistemas de la información	A Diciembre de 2026	Matriz de permisos segregado por roles	
											Verificar que el personal de planta, las agremiaciones y contratistas directos, tengan acuerdo de confidencialidad firmado.	Gestión del Talento Humano - Jurídica	A Diciembre de 2026	Número de acuerdos de confidencialidad firmados personal de planta, agremiaciones, y contratistas directos / total de acuerdos de confidencialidad del total de personal de planta, agremiaciones y contratistas directos vinculados.	
2	Hurto por parte del personal de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, de Activos muebles y/o bienes de consumo.	Corrupción	* Falta de sentido de pertenencia * Deficiencia en los controles de seguridad de ingreso y egreso de la institución * Deficiencia en el control de las cantidades a utilizarse en determinadas tareas	* Detrimiento Patrimonial * Sanciones a los colaboradores penales, disciplinarias y fiscales	MUY BAJA	20%	ALTA	80%	ALTO	Evitar el riesgo	Aplicar por lo menos un (1) inventario de los activos muebles, y de los bienes de consumo (almacén y farmacia)	Almacén Farmacia	A Diciembre de 2026	Acta de inventario Anual	
											Verificación de los inventarios de activos fijos muebles, y de los bienes de consumo (almacén y farmacia)	Almacén Farmacia	Mensual	Inventarios selectivos y periódicos de activos y fijos e inventarios. Y ordenes de traslado	
											Socialización trimestral respecto del sentido de pertenencia y cuidado de los elementos y activos de la entidad en procesos de inducción, reinducción.	Gestión del Talento Humano, almacén y Subgerencia Administrativa y Financiera	A Diciembre de 2026	4 socializaciones al año	
											1. Socialización del Código de Conducta y Buen Gobierno por medio de los mensajes de difusión en todos los computadores de la institución.	Eje de Transformación Cultural Direccionamiento	A Diciembre de 2026	1.Socialización por gestión de la información en la plataforma equipo y mensajes de difusión.	
3	Tráfico de Influencias	Corrupción	* Falta de valores institucionales del funcionarios y colaboradores. * Deficiencia en el establecimiento de las normas, reglamentos, políticas, procesos y procedimientos * Existencia de intereses personales	* Impacto negativo en los grupos de Interés. * Afectación de la Imagen Institucional. * Vulneración de los derechos de los usuarios	MUY BAJA	20%	ALTA	80%	ALTO	Evitar el riesgo	Mensajes de difusión a través de protectores de pantalla de computadores institucionales respecto a la sensibilización para no cometer actos de corrupción	Oficina Jurídica	A Diciembre de 2026	Divulgación de protectores de pantalla en los equipos de la institución	
4	Estudios Previos y procesos contractuales deficientes.	Corrupción	* Utilización de la jerarquía para ejercer presión en la proyección de estudios previos * Deficientes controles al interior del proceso de adquisición de bienes y servicios * Chantaje y presión política para mantener al funcionario en determinado cargo * Manipulación en la aplicación de los procedimientos y normas legales vigentes	* Genera ambientes de favorecimiento de la adjudicación de contratos. * Manipulación jurídica en las evaluaciones de contratación. * Adjudicación a ofertas menos convenientes. * Ejecución de proyectos sin el cumplimiento de las obligaciones contractuales	ALTA	80%	MUY ALTA	100%	EXTREMO	Evitar el riesgo	Realizar una (1) jornada de sensibilización sobre Transparencia y Ética en la contratación estatal	Oficina Jurídica	A Diciembre de 2026	Jornada de Sensibilización	
											Realizar (1) Capacitación al personal involucrado en el proceso de adquisición de bienes y servicios en el manual de contratación de la entidad y Estatuto de Contratación	Oficina Jurídica	A Diciembre de 2026	capacitaciones realizadas / capacitación programadas	
											Auditoría interna al proceso Gestión Jurídica según plan anual de auditorías 2026	Asesor de Control interno	A Diciembre de 2026	cumplimiento de las auditorías programas por la oficina asesora de control interno	
											Evaluación a proveedores sobre la idoneidad para contratar con la institución	Oficina Jurídica	A Diciembre de 2026	Revisión de documentación precontractual mediante lista de chequeo	

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del xx/01/2026	1.0	5

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA		

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO -NIT: 891.180.134-2										CÓDIGO DE FORMATO : HSP-DE-PR001-F02				
	PROCESO:GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL										VERSION: 3.0				
	PROGRAMA GESTIÓN DEL RIESGO										APROBACION: 22/01/2026				
	NOMBRE DEL DOCUMENTO MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN - SICOF														
VIGENCIA 2026															
IDENTIFICACION DEL RIESGO												MONITOREO Y REVISION			
No.	RIESGO	CLASIFICACION	CAUSAS / VULNERABILIDADES	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD INHERENTE	%	IMPACTO INHERENTE	%	RIESGO RESIDUAL	DESRIPCION DEL CONTROL	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACION	SOPORTE/DOCUMENTACION	
5	Concentración de Autoridad o Exceso de Poder	Corrupción	* Abuso de autoridad. * Presiones internas o externas * Deficiencia en el cumplimiento de las normas, reglamentos, políticas, procesos y procedimientos * Extralimitación de funciones	* Sanciones disciplinarias a los colaboradores * Deterioro de la comunicación asertiva entre colaboradores	MUY BAJA	20%	MEDIA	60%	MODERADO	Evitar el riesgo	Como mínimo una (1) Capacitación al personal a cargo, sobre Servicio al Cliente con enfoque Humanizado	Experiencia del Paciente y su Familia	A Diciembre de 2026	Capacitaciones realizadas/ Capacitaciones programadas	
6	Uso indebido de la información para obtener un beneficio particular	Corrupción	Corrupción	* Falta de sentido de pertenencia por la institución. * Sanciones disciplinarias y penales.	MEDIA	60%	ALTA	80%	ALTO	Evitar el riesgo	Capacitaciones al personal responsable sobre la custodia y manejo de la información.	Sistemas de la Información	A Diciembre de 2026	Capacitaciones realizadas/ Capacitaciones programadas	
											Inventarios de gestión documental por áreas	Archivo	A Diciembre de 2026	Inventarios de gestión documental elaborados/Inventarios de gestión documental a realizar	
7	Recibir dádivas por manipular la información de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	Corrupción	* Presiones internas o externas * Falta de ética por parte del servidor público y colaboradores	* Pérdida de Imagen Institucional * Pérdida de la imagen del funcionario * Sanciones a la Entidad y servicios público, penales, disciplinarias y fiscales	ALTA	80%	MUY ALTA	100%	EXTREMO	Evitar el riesgo	Capacitar a los colaboradores de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, por lo menos una (1) vez al año.	Archivo	A Diciembre de 2026	Numero de Capacitaciones realizada/Numero de capacitaciones programadas	
											Realización del Comité de Ética mensual mente y socialización a los colaboradores involucrados en fallas institucionales.	Experiencia del Paciente y su Familia	A Diciembre de 2026	Actas de comité de Ética	
8	Manejo inadecuado de dinero en efectivo y falta de control en el proceso de facturación y tesorería.	Corrupción	* Falta de procedimientos estandarizados para el manejo de efectivo. * Ausencia de una segregación adecuada de funciones entre el personal de cajas, facturación y tesorería. * Insuficiente capacitación del personal	* Pérdida de ingresos hospitalarios. * Riesgo de fraude o mal manejo de recursos. * Deterioro en la confianza de los pacientes y usuarios del hospital.	MUY ALTA	80%	MAYOR	80%	ALTO	Evitar el riesgo	Implementar un sistema de control de efectivo mediante registros y reportes diarios.	Gestión Financiera y Subgerencia Administrativa y Financiera - Facturación	A Diciembre de 2026	Informe de seguimiento Oficina de Control Interno Informe seguimiento Revisoría Fiscal.	
											Realizar auditorías periódicas y revisiones aleatorias de las transacciones y documentos. Capacitar periódicamente a los empleados en el manejo de procesos de facturación y tesorería.				
RIESGOS DE OPACIDAD															
9	Opacidad en la información	Opacidad	Falta de claridad en la información entregada y archivada	Errores en la entrega de información y sumiso de la misma.	MUY BAJA	20%	MEDIA	60%	MODERADO	Evitar el riesgo	Realizar la verificación que la información cumpla con lo estandarizado en el Acuerdo No 042 del 2002, de archivo de gestión al archivo central (organización cronológicamente, foliación, retiro de material mecánico e inventario documental en el formato Único Documental FUD)	Archivo	A Diciembre de 2026	Socialización, inducción y aplicación de normatividad archivística-Ley 594 del 2000, Entrega de archivos de las diferentes oficinas en Formato Único de Información Documental.	
			Falla en la entrega, en la verificación y depósito de información												
10	Pérdida o extravío de la documentación Soporte	Opacidad	Deficiencia de las actas para retirar documentación archivada	* Pérdida de documentación archivada	MUY BAJA	20%	MEDIA	60%	MODERADO	Formato de Préstamo y consulta de los tipos documentales del archivo central y de gestión	Llevar registro y control de la documentación de entrada y salida de documentación (Formato de Préstamo de Documentos).	Archivo	A Diciembre de 2026	Formato de Préstamo y consulta de los tipos documentales del archivo central y de gestión.	
			Falencia en el control de documentación retirada	* Desorden en la organización de documentos											
11	Desconocimiento en las directrices y la aplicación de normas internas y externas, en términos archivísticos	Opacidad	Deficiencia en la capacitación al personal responsable de la administración de documentos en nuevas técnicas y normas del manejo general	* Desconocimiento y errores en el funcionamiento de los procesos en la institución * sanciones internas	MUY BAJA	20%	MEDIA	60%	MODERADO	Como mínimo una (1) capacitación en el año	Realizar al menos una capacitación respecto de las normas archivísticas	Archivo	A Diciembre de 2026	Socialización de nuevas normativas archivistas (Ley 594 de 2000). Se guarda copia de las asistencias a las capacitaciones.	

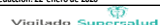
FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del xx/01/2026	1.0	6

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2	CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA	

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO - NIT: 891.180.134-2										CODIGO DE FORMATO : HSP-DE-PR001-F02			
	PROCESO:GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL										VERSION: 3.0			
	PROGRAMA GESTION DEL RIESGO													
	NOMBRE DEL DOCUMENTO MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN - SICOF										APROBACION: 22/01/2026			
VIGENCIA 2026														
IDENTIFICACION DEL RIESGO											MONITOREO Y REVISION			
No.	RIESGO	CLASIFICACION	CAUSAS / VULNERABILIDADES	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD INHERENTE	%	IMPACTO INHERENTE	%	RIESGO RESIDUAL	DESRIPCION DEL CONTROL	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACION	SOPORTE/DOCUMENTACION
12	Ataques cibernéticos que modifiquen o eliminen la información guardada	Opacidad	Modificación de información de manera anónima	Suspensión o demora de las actividades por el bloqueo de sistemas o retención de la información	MEDIA	60%	ALTA	80%	ALTO	Actualización continua de la seguridad del sistema de información	* Monitoreo y seguimiento al sistema de defensa de la información. * Perfiles de acceso por responsabilidades 2. Cambio de contraseñas Implementar un sistema de copias de seguridad automatizadas y periódicas, almacenadas en un entorno seguro y separado de la red principal	Sistemas de la información	Mensual	Actas de seguimiento y monitoreo al sistema Seguimiento de indicador de cumplimiento desde sistemas de la información Revisión periódica de ejecución de backups
13	Revisión y validación de las Hojas de vida de los funcionarios	Opacidad	Ineficiente revisión de documentación presentada en la hoja de vida de funcionarios	* Contratación de personal no calificado para el cargo.	MUY BAJA	20%	MEDIA	60%	MODERADO	Verificación del contenido de las hojas de vida, respecto de las listas de chequeo	* Verificación de documentación antes de la posesión	Talento Humano	Semestral	listas de chequeo aprobadas
14	Validación de documentación presentada por proveedores y contratistas	Opacidad	Ineficiente revisión de documentación presentada por proveedores y contratistas	* Contratación de bienes y servicios que no cumplen con los requerimientos	ALTA	80%	MEDIA	60%	MODERADO	Verificación del contenido de documentos, respecto de las listas de chequeo	* Cumplimiento de listas chequeo precontractual. * Verificación de documentación antes de la contratación	Talento Humano Oficina Jurídica	Permanente	listas de chequeo aprobadas
15	Interrupción de los servicios tecnológicos que soportan los procesos	Opacidad	Debilidad en la comunicación y control de la información dentro a las partes interesadas internas y externas	Suspensión o demora de las actividades por el bloqueo del sistema de información	ALTA	80%	MUY BAJA	20%	LEVE	Actualización de sistemas de protección	* Monitoreo y seguimiento al sistema de defensa de la información. * Cambio de contraseñas * Política de seguridad de la información * Plan de contingencia por desastres naturales * Dispositivos de alto impacto en HA como el firewall	Sistema de la información	Mensual	Actas de seguimiento a las suspensiones generadas en el sistema que afectan la funcionalidad continua de la institución. Seguimiento al indicador % de cumplimiento de mantenimientos preventivos al hardware (2020 al 2026) - HDSAP Documentación de Firewall
16	Conflicto de interés	Opacidad	Diseñar invitaciones a la medida para direccionar una contratación	* Incumplimiento de objetos contractuales. * Desestimar proveedores calificados para ejecución de contratos	MEDIA	60%	ALTA	80%	ALTO	Diseño de estudios previos técnicos de acuerdo a lo estipulado en el manual de contratación	* Manual de contratación, y procesos y procedimientos de contratación	Oficina Jurídica	Permanente	Estudios previos Actas de evaluación de la contratación
17	Adulteración de documentación financiera y contable	Opacidad	Manipulación de las cifras para demostrar resultados favorables.	* Destitución de funcionarios * Sanciones penales, fiscales y disciplinarias * Deterioro de la imagen institucional	MEDIA	60%	MUY ALTA	100%	ALTO	Monitoreo de los recursos financieros de la institución	* Estatuto Orgánico de Presupuesto * Políticas Contables Adoptadas * Normativa General	Recursos Financieros	Permanente	Actas de comité de autocontrol
18	Ineficiencia en la gestión de recursos financieros	Opacidad	* Deficiencia en la gestión del proceso de cartera * Deficiencia en la gestión del proceso de facturación * Deficiencia en la gestión del proceso de cuentas médicas	* Pérdida de recursos para la entidad * Sanciones fiscales * Deterioro de la imagen institucional	ALTA	80%	MUY ALTA	100%	EXTREMO	Monitoreo de los procesos de cartera, facturación y cuentas médicas a través de los líderes.	Normativa Nacional y Territorial	Recursos Financieros	Permanente	Actas de comités dentro de la periodicidad establecida en los actos administrativos de: Comité de autocontrol, cartera, facturación, cuentas médicas

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del xx/01/2026	1.0	7

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2	CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL	
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA	

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO - NIT: 891.180.134-2										CODIGO DE FORMATO : HSP-DE-PR001-F02			
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL										VERSION: 3.0			
	PROGRAMA GESTIÓN DEL RIESGO													
	NOMBRE DEL DOCUMENTO MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN - SICOF										APROBACION: 22/01/2026			
VIGENCIA 2026														
IDENTIFICACION DEL RIESGO											MONITOREO Y REVISION			
No.	RIESGO	CLASIFICACION	CAUSAS / VULNERABILIDADES	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD INHERENTE	%	IMPACTO INHERENTE	%	RIESGO RESIDUAL	DESRIPCION DEL CONTROL	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACION	SOPORTE/DOCUMENTACION
19	Opacidad en la toma de decisiones de seguridad de la información	Ejecución y administración de procesos	*Falta de documentación formal en decisiones de seguridad. *Procesos de toma de decisiones no colaborativos ni registrados. *Inexistencia de un comité de seguridad formal.	*Decisiones arbitrarias o inconsistentes en la gestión de seguridad *Falta de evidencia de cumplimiento normativo	MEDIA	60%	MUY BAJA	20%	MODERADO	Establecimiento de un comité formal compuesto por representantes clave de las áreas de seguridad de la información, tecnología y alta dirección	Creación de un comité de seguridad de la información con actas documentadas Formalización de procesos de toma de decisiones y aprobación.	Sistemas de la Información	Permanente	Actas de reuniones del comité de seguridad. Políticas de gobernanza de la seguridad de la información.
20	Pérdidas, extravío, consignaciones y depósitos de recursos públicos erradamente	Opacidad	Comunicación deficiente entre áreas (tesorería, contabilidad, recaudos). Falta de supervisión o revisión periódica de los movimientos. Acceso limitado o no regulado a los sistemas de información. Falta de controles internos claros y estandarizados.	Pérdidas de dineros de interés publico. No pagos a las entidades correspondientes.	MUY BAJA	20%	MUY ALTA	100%	EXTREMO	Sistema de registro y conciliación automática que garantiza la trazabilidad de todas las consignaciones y depósitos, detecta inconsistencias y evita pérdidas o errores en el manejo de recursos públicos.	1. Revisión de los procedimientos de los procesos para la actualización de estos. 2. Verificar pagos por el Número de NIT 3. Validación de datos del proveedor o contratista. 4. Auditorías por parte de la SAF internas para determinar si hay anomalías que justifiquen. 5. Solicitar a proveedor del Software restringir en las ordenas de compra entrada de inventarios y activos fijos para que solo ingrese digitado el NIT del tercero inhabilitado la opción de búsqueda por nombre.	1. Cada proceso 2. Sistemas 3. Almacén 4. Contabilidad 5. Sistemas	Permanente	Procedimientos actualizados. Relación diaria de ingresos-Bitácora o libro de control interno-Registros contables
RIESGO DE FRAUDE														
21	Adquisición de bienes o servicios a proveedores	Fraude	Compras de bienes o servicios a proveedores que no cumplen con los estándares de calidad, precio y condiciones de entrega requeridos por HOSPITAL, debido al conflicto de interés entre el proveedor y los colaboradores de HOSPITAL.	* Destitución de funcionarios. * Sanciones penales, fiscales y disciplinarias.	ALTA	80%	MUY BAJA	20%	LEVE	Seguimiento en la gestión de adquisiciones de bienes y servicios	Fortalecimiento en las medidas de control en la adquisición de bienes y servicios	Almacén Oficina Jurídica	Permanente	* Actas de comités de compras * Actas de evaluación de Contratación
22	Legalización de cajas menores	Fraude	Probabilidad de desvío de recursos de la caja menor del hospital por parte de funcionarios y colaboradores mediante soportes que no corresponden o son falsos	* Sanciones a funcionarios o colaboradores disciplinarias, penales y fiscales	MUY BAJA	20%	MEDIA	60%	MODERADO	Monitoreo y seguimiento al subproceso de Tesorería.	* Arqueos de cajas menores periódicamente	Proceso de Tesorería, control interno y revisoría fiscal	Facturación y selectivo demás procesos.	Acta de arqueos
23	Liquidación y pago de nómina	Fraude	Adulterar el registro de liquidación y pagos de nómina por otros valores no corresponden Alteración de planillas de pago de nóminas y reporte de novedades	* Sanciones fiscales y disciplinarias	MUY BAJA	20%	ALTA	80%	ALTO	Monitoreo y seguimiento al proceso de liquidación y pago de nómina	De manera mensual, revisión total de las partidas que afectan la nómina institucional	Talento Humano Tesorería	Mensual	Planillas de liquidación de nómina Planillas de pago de la nómina
24	Suplantación en la prestación de servicios de salud	Fraude	Un ciudadano busca acceder a los servicios de salud utilizando un documento de identidad falso o de otro usuario Tráfico de influencias por parte de los colaboradores Acceso al sistema de salud con otras intenciones inadecuadas	* Uso inadecuado del sistema de salud * Falsedad en documento de identificación * Generación de glosas para entidad	ALTA	80%	MEDIA	60%	MODERADO	Monitoreo y seguimiento por parte de los responsables del ingreso de usuarios	* Registro y monitoreo de control de documentación para el ingreso de usuarios * Seguimiento al control de seguridad de las instalaciones del hospital	Sub proceso de Facturación - Subproceso Admisiones	Permanente	Registro en la Plataforma Indigo
Redactado por: Marcela Gonzales Gómez - Profesional de Apoyo SIAPSA					Revisado por: Jorge Eliécer Tovar Valencia- Subgerente Administrativo y Financiero					Aprobado por: Comité Institucional de Gestión y Desempeño				
Fecha de redacción: 22 enero de 2026					Fecha de Revisión: 15 de octubre de 2025					Fecha de Aprobación: 22 de enero de 2026				
			Versión: Original 2023		Revisión No. 3.0			Acta No. 001		Resolución No. 020 del 22 de enero de 2026				

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del xx/01/2026	1.0	8

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA		

8.3 Gestión del Riesgo institucional

Plan de Transparencia y Ética Publica 2026 Gestión del Riesgo Institucional

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Procesos Responsables	Fecha Programada
Subcomponente 1. Política de Administración de Riesgos (incluye los riesgos de corrupción)	1 Divulgar la Política y Programa de Gestión del Riesgo en la inducción del personal.	Socialización de la Política y programa de Gestión del Riesgo, con los Colaboradores que ingresan a la institución.	Planeación Operativa	5 de Enero a 18 de Diciembre 2026
Subcomponente 2. Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	2.1 Revisión y actualización de las Matriz de Riesgos pro proceso (incluye los Riesgos de Corrupción) con cada líder.	Matriz de Riesgos Institucional Actualizada (incluye los riesgos de Corrupción).	Lideres de procesos	27 de Febrero de 2026.
	2.2 Actualización de la Matriz de Riesgos Institucional (incluye los Riesgos de Corrupción) con cada líder de proceso.		Planeación Operativa	31 de Marzo de 2026.
Subcomponente 3. Consulta y divulgación	3.1 Publicar el Mapa de Riesgos de Corrupción Definitivo en pagina Web	Mapa de Riesgos institucional 2026 Publicado Permanentemente.	Planeación Operativa - Gestión de la Información.	31 de Marzo de 2026.
	3.2 Divulgar el Mapa de Riesgos de SICOF Definitivo 2026	Mapa de Riesgos SICOF 2026 Divulgado Permanentemente.	Planeación Operativa - Gestión de la Información.	31 de Marzo de 2026.
Subcomponente 4. Monitoreo y revisión	4.1 Realizar Monitoreo semestralmente para verificación de cumplimiento a los controles establecidos por los lideres de procesos al Mapa de Risgos Institucional.	Reporte del monitoreo semestral	Planeación Operativa	31 Julio y 31 Diciembre 2026
	4.2 Realizar Monitoreo semestralmente para verificación de cumplimiento a los controles establecidos por los lideres de procesos al Mapa de Riesgos SICOF.	Reporte del monitoreo semestral	Subgerencia Administrativa y Financiera	31 Julio y 31 Diciembre 2026
	4.3 Acompañar la elaboración de planes de mejoramiento cuando se detecten desviaciones	Planes de mejoramiento	Líder del proceso, Planeación Operativa, Subgerencia Administrativa y Financiera.	31 Julio y 31 Diciembre 2026
Subcomponente 5. Seguimiento	5.1 Ejecutar plan de auditorías y seguimientos (Informe de mapa de riesgos)	Informe Cuatrimestral	Control Interno	31 Julio y 31 Diciembre 2026
	5.2 Presentar reportes de seguimiento al Comité Institucional de Gestión y Desempeño relacionados con la administración de los riesgos de corrupción	Informe Semestral	Subgerencia Administrativa y Financiera	31 Julio y 31 Diciembre 2026

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del XX/01/2026	1.0	1

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA		

8.4 Trámites y Otros Procedimientos Administrativos (OPA) inscritos en el SUIT

La Política de Racionalización de Trámites del Gobierno Nacional liderada por la Función Pública, busca facilitar al ciudadano el acceso a los trámites y servicios que brinda la administración pública, por lo que cada entidad debe implementar acciones normativas, administrativas o tecnológicas que tiendan a simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar los trámites existentes.

Con base a lo anterior y aplicando la metodología para este componente La E.S.E. ha venido avanzado en:

- Identificación de Trámites:

Se estableció el inventario de los trámites y Otros procedimientos administrativos (OPAS) y servicios en coherencia con los propuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, realizando a la fecha la inscripción de los mismos en el SUIT (Sistema Único de Información de Trámites):

Origen	Tipo	Propuesto por	Fecha de Registro	Número	Nombre	Estado
		DAFP		21498	Asignación de cita para la prestación de servicios en salud	Inscrito
		DAFP		21494	Atención inicial de urgencia	Inscrito
		DAFP		21492	Certificado de defunción por muerte natural	Inscrito
		DAFP		35042	Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos	Inscrito
		DAFP		21496	Examen de laboratorio clínico	Inscrito
		DAFP		21493	Historia clínica	Inscrito
		DAFP		21505	Radiología e imágenes diagnósticas	Inscrito
		DAFP		21500	Terapia	Inscrito

1. 8.5 Racionalización de Trámites.

Para la actual vigencia se tiene programado revisar y avanzar en los trámites anteriores inscritos en la plataforma SUIT, y de cara al cumplimiento y priorización de los trámites y servicios en el Hospital se avanzará especialmente en:

- 35042 Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del XX/01/2026	1.0	2

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA		

Las acciones de racionalización deberán estar encaminadas a reducir: Costos, tiempos, documentos, pasos, procesos, procedimientos y a generar esquemas no presenciales para su realización como el uso de correos electrónicos, internet y página web.

A continuación, se detalla la matriz de la estrategia de racionalización de trámites y servicios:

Plan de transparencia y Ética Pública 2026 RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES									
PLANEACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE RACIONALIZACIÓN									
Número	Nombre del Trámite, Proceso o Procedimiento	Tipo de Racionalización	Acción Específica de Racionalización	Situación Actual	Descripción de la Mejora A Realizar al Trámite, Proceso o Procedimiento	Beneficio al Ciudadano y/o Entidad	DEPENDENCIA RESPONSABLE	FECHA DE REALIZACIÓN	
								Fecha de Inicio	Fecha Final
35042	Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos	Administrativa	Aumento de medios de pago	El pago de medicamentos y dispositivos médicos se realiza únicamente en efectivo en la caja de la farmacia.	Habilitar el pago de los medicamentos y dispositivos médicos a través del área de facturación institucional, permitiendo el uso de diversos medios de pago tales como tarjetas débito, tarjetas crédito, transferencias electrónicas u otros medios autorizados, eliminando la restricción exclusiva del pago en efectivo.	Facilita el acceso al servicio al ofrecer múltiples opciones de pago, reduce tiempos de espera en el proceso de dispensación, mejora la comodidad y seguridad del usuario al disminuir el manejo de efectivo, y contribuye a una atención más ágil, eficiente y satisfactoria.	Farmacia	2/02/2026	31/12/2026

8.6 Rendición de Cuentas

Con base en la amplia normatividad existente en materia de rendición de cuentas y la reciente Ley 1757 de 2015, se ha fortalecido los mecanismos para la participación democrática, permitiendo que las entidades informemos, expliquemos y demos a conocer a nuestras comunidades los resultados de las gestiones realizadas, al igual que a otras entidades y los entes de control. Así mismo, se ha avanzado para que en dichos espacios se presente el respectivo control social, permitiendo de esta manera un diálogo con los participantes donde se puedan aclarar hechos, gestiones, se atiendan solicitudes y sugerencias. Todo lo anterior nos permite evidenciar la transparencia en lo público y la aplicabilidad de los principios de Buen Gobierno.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del XX/01/2026	1.0	3

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA		

Dentro de los Elementos de la rendición de cuentas tenemos:

- **La Información:** Se refiere a la generación de datos y contenidos sobre la gestión, el resultado de la misma y el cumplimiento de sus metas misionales y las asociadas al plan de gestión y plan de desarrollo para nuestro caso. Todo lo anterior debe cumplir con los principios de calidad, disponibilidad, y oportunidad para llegar a todos los grupos poblacionales y de interés.

- **El Diálogo:** Se refiere a la sustentación, explicaciones y justificaciones o respuestas de la administración ante las inquietudes de los ciudadanos con los resultados y decisiones. Estos diálogos pueden realizarse a través de espacios (bien sea presenciales-generales, por segmentos o focalizados, virtuales por medio de nuevas tecnologías) donde se mantiene un contacto directo con la población.

- **El Incentivo:** Se refiere a premios y controles orientados a reforzar el comportamiento de servidores públicos y ciudadanos hacia el proceso de rendición de cuentas. Se trata entonces de planear acciones que contribuyan a la interiorización de la cultura de rendición de cuentas en los servidores públicos y en los ciudadanos mediante la capacitación, el acompañamiento y el reconocimiento de experiencias.

Con base en lo expuesto y en cumplimiento de los lineamientos normativos, La E.S.E. viene desarrollando Políticas, estrategias y herramientas para la rendición de cuentas en forma permanente, a continuación, se detallan las principales actividades a desarrollar en este componente:

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del XX/01/2026	1.0	4

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA		

**Plan de Transparencia y Ética Publica 2026
RENDICIÓN DE CUENTAS**

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Procesos Responsables	Fecha Programada
Subcomponente 1. Información de Calidad y en Lenguaje Comprensible	1.1 Convocar el equipo lider de rendición de cuentas y realizar diagnóstico para la elaboración del informe	Diseño del Informe de Rendición de Cuentas 2025, basado en las necesidades y diagnóstico.	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Gestión de la Información, Audiovisuales y Planeación Operativa	Según Cronograma
	1.2 Caracterización de los usuarios y grupos de interés, determinando la información requerida para el informe			
	1.3 Consolidación de la información y diseño del informe de rendición de cuentas			
	1.4 Diseñar y realizar videoclips sobre los avances de la Gestión de la E.S.E.	2 Videoclips Elaborados, aprobados y publicados	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Audiovisuales y Planeación Operativa	30 de Abril de 2026 y 30 de Septiembre de 2026.
Subcomponente 2. Diálogo de Doble Vía con la Ciudadanía y Sus Organizaciones	2.1 Análisis para el diseño y elaboración de la Estrategia de Rendición de Cuentas.	Estrategia de la Rendición de Cuentas	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Gestión de la Información, Audiovisuales, Planeación Operativa y Gerencia.	Hasta el 17 de Abril de 2026.
	2.2 Divulgación de la Estrategia de Rendición de Cuentas	Publicación de la Estrategia de Rendición de Cuentas		
	2.3 Realización de la Audiencia Pública de la Jornada de Diálogo y Rendición de Cuentas a la Ciudadanía	Evento Realizado de la Audiencia Pública	Gerente y Equipo Coordinador de Rendición de Cuentas	30 de Junio de 2026.
Subcomponente 3. Incentivos para motivar la Cultura de la Rendición y Petición de Cuentas	3.1 Incentivar la cultura de rendición de cuentas del cliente externo a través de la capacitación a la Asociación de Usuarios del HDSAP.	Capacitación a la Asociación Usuarios de La E.S.E. HDSAP	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Gestión de la Información, Audiovisuales y Planeación Operativa	31 de Julio de 2026.
	3.2 Campañas de comunicación interna para retroalimentar a los servidores sobre las responsabilidades de la Rendición de Cuentas	Campañas realizadas a través de los medios de comunicación interna disponibles	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Gestión de la Información, Planeación Operativa y Audiovisuales	16 de Agosto y 27 de Noviembre de 2026.
Subcomponente 4. Evaluación y Retroalimentación a la Gestión Institucional	4.1 Evaluación de la Estrategia Institucional de Rendición de Cuentas y Publicación del Informe final.	Elaboración y publicación del informe final del evento de Rendición de Cuentas y Diálogo con la Ciudadanía	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Gestión de la Información, Planeación Operativa y Audiovisuales	22 de Junio de 2026 y 25 de Septiembre de 2026

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del XX/01/2026	1.0	5

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA		

8.7 Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano

Este componente busca mejorar la calidad y el acceso a los trámites y servicios de las entidades públicas, mejorando la satisfacción de los ciudadanos y facilitando el ejercicio de sus derechos. Se debe desarrollar en el marco de la Política Nacional de Eficiencia Administrativa al Servicio del Ciudadano (CONPES 3785 de 2013), de acuerdo con los lineamientos del Programa Nacional de Servicio al Ciudadano (PNSC), ente rector de dicha Política.

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, cuenta con el proceso del nivel estratégico denominado Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia - GEPSF, que lidera la Oficina de atención al Usuario, cumpliendo con su sistema de información y atención, operando a través de lo que conocemos como SIAU (Servicio de Información y Atención al Usuario), el cual se ha fortalecido vigencia tras vigencia por el incremento de las necesidades de nuestra población. La GEPSF, cuenta con su plan de acción anual y contribuye en todas sus acciones a la mejora continua de la prestación de nuestros servicios de salud con calidad, eficiencia y efectividad, con enfoque en humanización de los mismos, al igual que el enfoque de la Acreditación Institucional. Además de las acciones adelantadas con éxito en esta materia, se aspira a desarrollar las siguientes actividades para la actual vigencia para el cumplimiento del presente componente:

Plan de Transparencia y Ética Publica 2026 MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Procesos Responsables	Fecha Programada
Subcomponente 1. Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico	1.1 Diseño e implementación de estrategias de Humanización, las cuales estarán registradas en el Programa de Humanización y con mediciones de la percepción de Humanización a través del POA de la Gestión de la Experiencia del Paciente y Su Familia.	Resultados de los indicadores periódicos del POA en forma mensual.	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia	Según la periodicidad de los indicadores establecidos en el POA y el informe mensual a la alta gerencia.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del XX/01/2026	1.0	6

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA		

Plan de Transparencia y Ética Publica 2026
MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Procesos Responsables	Fecha Programada
Subcomponente 2. Fortalecimiento de los Canales de Atención	2.1 Presentar a la Gerencia y Control Interno, los resultados estadísticos de: 1. Buzones de Sugerencias. 2. Peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones, denuncias. 3. Quejas de usuarios / funcionarios. 4. Quejas del personal por maltrato por los pacientes / acompañantes.	4 Informes mensuales	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia	Cada mes 2026
	2.2 Verificar que la señalización hospitalaria permita la accesibilidad a los espacios físicos conforme a lo establecido en las normas técnicas para personas con discapacidad.	Señalización Hospitalaria Adecuada en los Servicios.	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, y Gestión del Ambiente Físico.	Febrero hasta Diciembre de 2026.
	2.3 Diseñar y divulgar el cronograma que identifica y define los espacios de participación ciudadana, presenciales y virtuales, que se emplearán y los grupos de valor que se involucrarán en su desarrollo.	Cronograma diseñado, un informe sobre su socialización y divulgación en todos los medios de comunicación del hospital.	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Audiovisuales y Gestión de la Información	31 de Marzo de 2026.
Subcomponente 3. Talento Humano	3.1 Definir y ejecutar el plan institucional de capacitación 2025 (PIC) los temas relacionados con la atención al usuario y atención humanizada.	Capacitaciones realizadas con base en la programación del PIC 2025.	Gestión del Talento Humano	Según Programación y Convocatoria de la Oficina de Talento Humano para el 2026.
Subcomponente 4. Normativo y Procedimental	4.1 Actualizar la Caracterización a los usuarios y grupos de interés y revisar la pertinencia de los canales y mecanismos de información y comunicación definidos por la Institución.	Caracterizar a los ciudadanos - usuarios - grupos de interés y revisar la pertinencia de los canales y mecanismos de información y comunicación implementados por la Institución.	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Audiovisuales y Gestión de la Información, Subgerencia Administrativa y Financiera	31 de Marzo de 2026.
	4.2 Actualizar el procedimiento de trámites de PQRS	Procedimiento actualizado.	Gestión de la Calidad, Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia.	30 de Abril de 2026.
Subcomponente 5. Relacionamiento con el Ciudadano	5.1 Elaborar informe de percepción del usuario frente al servicio brindado y respuestas de PQRSF.	4 Informes (trimestral)	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia	Marzo, Junio, Septiembre, Diciembre de 2026.
	5.2 Actualizar frecuentemente la información sobre la oferta Institucional en los diferentes canales de atención al ciudadano.	Soportes de la actualización realizada.	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia	Febrero hasta Diciembre de 2026.
	5.3 Realizar informe específico de Sugerencias de los Usuarios.	Análisis de las Sugerencias interpuestas por los Usuarios, para que sea analizada por la alta gerencia y determinen la estrategia que permitan su viabilidad según lo recursos presupuestales disponibles.	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia	Febrero hasta Diciembre de 2026.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del XX/01/2026	1.0	7

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA		

8.8 Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información Pública

La entidad líder del diseño, promoción e implementación de este componente es la Secretaría de Transparencia, en coordinación con el Ministerio de Tecnología de la Información y Comunicaciones, Función Pública, el DNP, el Archivo General de la Nación y el DANE. El componente se enmarca en las acciones para la implementación de la Ley de Transparencia y Acceso a Información Pública Nacional; Ley 1712 de 2014 y los lineamientos del primer objetivo del CONPES 167 de 2013 “Estrategias para el mejoramiento del acceso y la calidad de la información pública”.

Este componente recoge los lineamientos para la garantía del derecho fundamental de Acceso a la Información Pública regulado por la Ley 1712 de 2014 y el Decreto Reglamentario 1081 de 2015, según la cual toda persona puede acceder a la información pública en posesión o bajo el control de los sujetos obligados de la ley. En tal sentido, las entidades están llamadas a incluir en su plan anticorrupción acciones encaminadas al fortalecimiento del derecho de acceso a la información pública tanto en la gestión administrativa, como en los servidores públicos y ciudadanos.

Con base en lo anterior, tenemos que:

- La garantía del derecho implica:
 - La obligación de divulgar proactivamente la información pública.
 - Responder de buena fe, de manera adecuada, veraz, oportuna y accesible a las solicitudes de acceso.
 - La obligación de producir o capturar la información pública.
- Obligación de generar una cultura de transparencia:
 - Obligación de implementar adecuadamente la ley y sus instrumentos.

Dentro de las Estrategias Generales para el desarrollo del presente componente, tenemos:

1. Transparencia Activa
2. Transparencia Pasiva

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del XX/01/2026	1.0	8

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA		

3. Instrumentos de la Gestión de la Información
4. Criterio Diferencial de Accesibilidad
5. Monitoreo

A continuación, se detallan las principales actividades a desarrollar en este componente:

Plan de Transparencia y Ética Publica 2026
MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Procesos Responsable	Fecha Programada
Subcomponente 1. Lineamientos de Transparencia Activa	1.1 Realizar un diagnóstico de la información institucional registrada en el enlace de transparencia con base en la normatividad vigente.	Diagnóstico Realizado	Subgerencia Administrativa y Financiera, Gestión de la Información.	26 de Junio de 2026.
	1.2 Actualizar la información institucional registrada en el enlace de transparencia y acceso a la información con base en el diagnóstico realizado.	Actualización permanente en los ítems requeridos en el sitio web	Gestión de la Información y Planeación Operativa	Enero a Diciembre de 2026.
Subcomponente 2. Lineamientos de Transparencia Pasiva	2.1 Realizar seguimiento a la matriz de identificación de necesidades de información por actores para verificar la operatividad de la entrega oportuna de la información.	Matriz Ajustada e implementada	Subgerencia Administrativa y Financiera, Subgerencia Tecnico Científica, Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Gestión de la Información y Planeación Operativa	Enero a Diciembre de 2026.
	2.2 Dar respuesta oportuna a las PQRS por el mismo medio que fue recibida (Escrita o correo Electronico).	Indicador de porcentaje de usuarios informados sobre PQRS realizadas	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia,	Enero a Diciembre de 2026.
Subcomponente 3. Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información	3.1 Realizar el registro e inventario de los activos de la información	Registro de Activos de Información Elaborado	Archivo y Gestión de la Información.	Enero a Diciembre de 2026.
Subcomponente 4. Criterio Diferencial de Accesibilidad	4.1 Verificación de la Operatividad de los criterios de accesibilidad de las personas con discapacidad en la página web.	Funcionamiento de la página web con los criterios de accesibilidad para personas con discapacidad.	Gestión de la Información	Enero a Diciembre de 2026.
Subcomponente 5. Monitoreo del Acceso a la Información Pública	5.1 Seguimiento a las solicitudes de acceso a la información pública con sus respectivos indicadores.	Informe de Solicitudes de Acceso a la Información Pública (número de solicitudes, traslados, tiempo de respuesta, negación de acceso y otros).	Subgerencia Administrativa y Financieras, Gestión de la Información, Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia	Cada trimestre del 2026

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del XX/01/2026	1.0	9

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA		

8.9 Iniciativas Adicionales

Las entidades deberán contemplar iniciativas que permitan fortalecer su estrategia de lucha contra la corrupción. En este sentido, se extiende una invitación a las entidades para que incorporen dentro de su ejercicio de planeación, estrategias encaminadas a fomentar la integridad, la participación ciudadana, brindar transparencia y eficiencia en el uso de los recursos físicos, financieros, tecnológicos y de talento humano, con el fin de visibilizar el accionar de la administración pública.

Para la vigencia 2026, se ha proyectado seguir fortaleciendo el trabajo realizado, en lo relacionado con el Código de Integridad y Código de Conducta y de Buen Gobierno en las siguientes actividades:

Plan de Transparencia y Ética Publica 2026
Componente 6: Iniciativas Adicionales

Subcomponente	Actividades	Meta o Producto	Procesos Responsables	Fecha Programada
Código de Integridad	1.1 Promover la divulgación del Código de Integridad a través de la socialización del valor de la semana y utilización de la Caja de Herramientas suministrada por el DAFP.	Socialización del Valor de la Semana a través de los medios de comunicación electrónicos y circuito cerrado de TV establecido en la E.S.E. Desarrollo de actividades propuestas en la Caja de herramientas del DAFP	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Audiovisuales y Gestión de la Información	Enero a Diciembre de 2026.
Código de Conducta y de Buen Gobierno	1.1 Promover la divulgación del Código de Conducta y de Buen Gobierno a través de la socialización de sus componentes en forma mensual.	Socialización de los Componentes del Código de Conducta y de Buen Gobierno a través de los medios de comunicación electrónicos, despliegue con los colaboradores y por medio del Equipo Primario de Transformación Cultural	Gestión de la Experiencia del Paciente y su Familia, Audiovisuales y Transformación Cultural	Enero a Diciembre de 2026.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del XX/01/2026	1.0	10

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA		

9. INDICADORES

1. Porcentaje de cumplimiento en la actualización de matrices de riesgos por procesos con identificación de los riesgos priorizados del HDSA:

No. de procesos con matrices de riesgo actualizadas / Total de procesos institucionales con matiz de Riesgos *100.

2. Porcentaje de Cumplimiento al seguimiento de las líneas de defensa 1-2-3

No. de procesos con seguimiento a los riesgos priorizados con líneas de defensa (1-2-3) en el mapa de Riesgos / Total de procesos registrados en el mapa de riesgos. *100

10. RESPONSABILIDADES.

En el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), las líneas de defensa de la E.S.E constituyen un referente estructural para la asignación de roles y responsabilidades en la supervisión, monitoreo y administración del programa. Este enfoque permite delimitar funciones, garantizando un control articulado y eficiente entre los distintos niveles de la entidad. Cada línea de actividad contribuye a fortalecer los mecanismos de coordinación, seguimiento y retroalimentación entre las dependencias responsables del diseño, ejecución y control del programa.

Gerencia, Subgerencias y Líderes a cargo de los procesos Institucionales de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila.

La Consolidación del Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP estará a cargo del Proceso de Planeación Operativa.

El Seguimiento estará a cargo a cada uno de los líderes de la entidad y su equipo de trabajo estará monitoreando y evaluando permanentemente cada una de las acciones establecidas para lograr el objetivo del PTEP.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del XX/01/2026	1.0	11

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA		

11. BIBLIOGRAFÍA O REFERENCIA

- Anexo técnico Programa de Transparencia y Ética Pública.
<https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201122%20DE%2030%20DE%20AGOSTO%20DE%202024.pdf>.
- Decreto 1122 de 2024 - Anexo Técnico Programa de Transparencia y Ética Pública, Presidencia de la República de Colombia.
- Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), (2024) Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Manual Operativo. Versión 6.
- Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), (2022) “Guía para la administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas”. Versión 6.
- Decreto 612 de 2018. Presidencia de la República de Colombia. (2018, 3 de abril). Decreto 612 de 2018, por el cual se establecen los lineamientos generales para la integración de los planes de mejoramiento al Plan de Acción Institucional y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 1081 de 2015. Presidencia de la República de Colombia. (2015, 26 de mayo). Decreto 1081 de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República.
- Ley 1712 de 2014. Congreso de Colombia. (2014, 6 de marzo). Ley 1712 de 2014, por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional.
- Ley 2195 de 2022. Congreso de Colombia. (2022, 18 de enero). Ley 2195 de 2022, por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones.

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del XX/01/2026	1.0	12

 E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 891.180.134-2		CÓDIGO: HSP-DE-PR04 XX/01/2026 Versión: 1.0
	PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL		
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE TRANSPARECIA Y ÉTICA PÚBLICA		

12. PARTICIPACIÓN CIUDADANA, APROBACIÓN Y PUBLICACIÓN DEL PLAN

Con el fin de garantizar la participación ciudadana, el presente plan fue publicado en el mes de diciembre de 2025 en el enlace de la página web institucional: <https://hospitalpitalito.gov.co/menu-transparencia/planeacion/plan-de-accion/2555-planes-estrategicos-2026-con-el-objeto-que-la-comunidad-efectue-observaciones/>, con el propósito de recibir comentarios, sugerencias y observaciones por parte de la ciudadanía, durante el periodo comprendido entre el 26 de diciembre de 2025 al 07 de enero de 2026.

Posterior al cumplimiento del plazo establecido para la publicación del presente plan en la página web institucional (del 26 de diciembre de 2025 al 07 de enero de 2026), no se recibieron observaciones, comentarios ni sugerencias por parte de la ciudadanía. En consecuencia, el presente Plan fue sometido a consideración y aprobación por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño – MIPG, mediante Acta No. 01 del 22 de Enero de 2026. Finalmente, el Plan quedó adoptado en su versión definitiva y fue publicado en el enlace de transparencia institucional de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, disponible en: <https://hospitalpitalito.gov.co/menu-transparencia/planeacion/plan-de-accion/2556-planes-estrategicos-y-plan-de-accion-para-la-vigencia-2026/>

FECHA:	Elaboración: 07/01/2020	Aprobación	Adopción	Versión:	Hoja:
	Modificación: 27/01/2025	Acta No. 001 del xx/01/2026 Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Resolución No. XXX del XX/01/2026	1.0	13