

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 1 de 16	

FECHA:	11/05/2026
ACTIVIDAD:	Informe cierre riesgos de corrupción institucionales 2025
PROCESO VINCULADO:	Macroproceso seguimiento y evaluación
RESPONSABLE:	Planeación
OBJETIVO:	Garantizar una gestión ética, transparente y eficiente, protegiendo los intereses de la institución y, fundamentalmente, la salud de los usuarios

CONTENIDO DEL INFORME:

1. Introducción

La Empresa Social del Estado E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, en su compromiso con la prestación de servicios de salud con calidad, calidez y transparencia, adopta la gestión de riesgos de corrupción como un pilar fundamental en la institución. Entendiendo que la corrupción en el sector salud no solo desvía recursos financieros limitados, sino que atenta directamente contra la vida y la seguridad de los pacientes, este documento establece el mapa de riesgos proyectados para la vigencia 2025. A través de la identificación, análisis y valoración de los puntos críticos en las áreas administrativas y asistenciales, la institución busca fortalecer sus controles internos y blindar la operación contra prácticas irregulares, asegurando que cada insumo y servicio llegue efectivamente a la comunidad beneficiaria.

El acceso a la salud es un derecho fundamental que puede verse gravemente afectado por la gestión ineficiente y deshonesto de los recursos hospitalarios. Con el objetivo de garantizar la confianza ciudadana y cumplir con las normas de transparencia, la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, presenta su mapa de riesgos de corrupción.

2. Objetivo

Identificar, evaluar y gestionar los riesgos asociados a conductas irregulares (como opacidad, fraude o soborno) en los procesos administrativos y asistenciales para salvaguardar el patrimonio institucional y garantizar la transparencia.

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034	
		Versión: 04	
		Página: 2 de 16	

3. Alcance

El mapa de riesgos de corrupción cubre todos los procesos estratégicos, administrativos, misionales, de apoyo y de evaluación de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua, enfocado en identificar situaciones de soborno, fraude interno, amiguismo y desvío de recursos públicos.

4. Etapas Generales

• 4.1 Identificación del riesgo

En esta etapa se mapean los procesos sensibles del hospital

• 4.2 Evaluación del riesgos

Se determina la probabilidad de ocurrencia (baja, media, alta)

• 4.3 Tratamiento del riesgo

Se definen acciones preventivas o correctivas para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo.

• 4.4 Monitoreo e informe

Etapa continua para verificar la eficacia de los controles implementados y detectar alertas tempranas.

5. Publicación del mapa de riesgos de corrupción institucional



<https://hospitaldelaplata.gov.co/informacion-al-ciudadano/mapa-de-riesgos/>

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 3 de 16	

6. Metodología

Se utiliza la guía de administración del riesgo del DAFP. Se revisan los controles en los procesos críticos.

https://www1.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34299967/Guia_administracion_riesgos_capitulo_riesgo_fiscal.pdf



FORMATO MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN 2025	FECHA: 5/11/2024
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	CÓDIGO: MECS-SR-AR-F-001
PROCESO: EVALUACIÓN CONTROL Y SEGUIMIENTO - GESTIÓN ADINSITRACIÓON DE RIESGOS	VERSIÓN : 3
	PÁGINA No. 1 de 1

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	CONTROLES	MEDIDAS DE MITIGACIÓN		SEGUIMIENTO	
No.	PROCESO Y/O SUBPROCESO	DESCRIPCIÓN	PROBABILIDAD DE MATERIALIZACIÓN		ADM DEL RIESGO	TIPO DE CONTROL	ACCIONES REALIZADAS	RESPONSABLE
R1	Gestión Gerencial	Extralimitación de funciones en las decisiones institucionales en beneficio propio o de un tercero	Posible	1. Manual de funciones y competencias laborales. 2. Mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad y Control Interno. 3. Estatuto y Manual de Contratación.	Control	Prevenir	Entrega del manual de funciones cada que se posesiona un funcionario de la Entidad. Auditorías internas y externas al SGC y MECI.	Gerencia Talento Humano Calidad Contratación
R2	Recibir dadas por manipular la información de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua	Presiones internas o externas Amiguismo Falta de ética por parte del servidor público	Posible	Socializar dos veces durante el año el código de Integridad de la institución al personal del área Financiera y demás áreas vinculadas	Control	Prevenir	Socialización y evaluación en prevención de posibles actos de manipulación indebida de información institucional	Talento Humano Control Interno Financiera
R3	Gestión de Contratación	No aplicabilidad del estatuto y manual de Contratación, adoptado por la entidad.	Posible	Aprobación del Estatuto de Contratación y adopción del Manual de contratación. Actualización del estatuto Seguimiento a la contratación mediante auditorías independientes de Control Interno.	Control	Prevenir	Socialización de los documentos. Aplicabilidad del manual y estatuto de contratación. Seguimiento a la Contratación mediante evaluaciones independientes de Control Interno	Gerencia Contratación Control Interno
R4	Hurto por parte del Personal de la E.S.E Hospital	Falta de sentido de pertenencia	Posible	Inventarios generales de los activos	Control	Prevenir	Matriz de activos asignados a los líderes de oficina	Líder Activos Fijos Almacén

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 4 de 16	

	Departamental San Antonio de Padua de activos muebles y/o bienes de consumo	Falencias en los controles de seguridad de ingreso y egreso de la institución Falta de espacio idóneo para el almacenamiento de insumos, activos o bienes de consumo de la ESE		institucionales Asignación de activos por líder de oficina Realizar jornadas de sensibilización al personal relacionada con el sentido de pertenencia y preservación de los activos de la institución			Evidencia, informes de la jornadas realizadas	Líder Administrativo Sistemas (Dinámica)
R5	Gestión de Calidad	Cohecho propio, cambiar informes de auditoría para el beneficio de terceros.	Posible	Programa anual de auditoría Coordinador de Auditorías Equipos de Auditoría Listas de Verificación Manual de procedimientos Revisión por la dirección Auditoría externas al proceso de auditoría interna Ficha Técnicas de Indicadores Institucionales y de Norma	Control	Prevenir	Cronograma de auditorías. Revisión y actualización de procedimientos. Archivo documental de las auditorías internas.	Calidad Subgerencia Control Interno
R6	Recurso Normativo Asesoría Jurídica	Pérdida intencional de procesos judiciales que ocasionen perjuicio económico para la entidad	Posible	Manual de procedimientos. Control de procesos jurídicos Seguimiento a los procesos.	Control	Prevenir	Revisión y actualización de procedimientos. Informes periódico del estado de los procesos jurídicos	Oficina Jurídica de la Institución
R7	Recurso Normativo/ Asesoría Jurídica y Control Interno Disciplinario	Prescripción de términos de los procesos para beneficio propio o de terceros.	Posible	Control a los procesos radicados. Informe del estado de los procesos.	Control	Prevenir	Cuadro de control de vencimiento de términos. Informes entregados a la gerencia sobre el estado de los procesos.	Asesoría Jurídica y Control Interno Disciplinario
R8	Servicio de Urgencias y Consulta Externa	Emisión de documentos como incapacidades, certificados de defunción, entre otros, no acordes a la realidad que	Posible	Valores institucionales Evaluaciones de desempeño Seguimiento a los contratistas de prestación de servicios. Auditoría	Control	Prevenir	Revisión y actualización de valores institucionales. Realización de evaluación de desempeño y Actas de supervisión de contratos	Calidad Talento Humano Auditoría Medica

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 5 de 16	

		beneficien a terceros.		Medica-Evaluación de Historias clínicas.			Informes de evaluación de historias clínicas y adherencia a guías médicas.	
R9	Gestión Administrativa y Financiera	Desvío de recursos físicos y económicos de la entidad.	Posible	Auditorías internas y externas, cruces y conciliación de información.	Control	Prevenir	Programa anual de auditorías, informes y planes de mejoramiento. Notas contables, conciliaciones. Verificación de saldos en libros y bancos. Análisis de indicadores y tableros de comando diligenciados PQRS con su respectivo consecutivo	Control Interno Calidad Tesorería y Contabilidad Subgerencia Sistemas Líderes de Procesos Administrativos y Financieros
R10	Gestión para el Usuario	No Recepcionar las Quejas de los usuarios o no dar respuesta a las mismas.	Posible	Consecutivo de PQRS Informes periódicos Control a repuesta de PQRS Cuadro de comando	Control	Prevenir	Informes mensuales del SIAU Diligenciamiento del formato tramite de la queja Cuadro de comando actualizado	SIAU Subgerencia Calidad
R11	Sistemas de Información	Uso indebido de la información.	Posible	Claves y perfiles de usuarios para uso de aplicativos institucionales. Restricción de acceso a los archivos institucionales. Políticas de confidencialidad de la Historia Clínica. Entrega de la información por parte del colaborador cuando termina su contrato	Control	Prevenir	Revisión periodifica de las políticas de operación. Depuración de claves de acceso del personal. Anexo en contratación de confidencialidad de la información.	Líderes de procesos. Sistemas Gestión Documental Contratación
R12	SARLAFT	Incumplimiento a la gestión de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo – SARLAFT	Posible	Verificación de todos los contratistas y/o posibles contratistas en la plataforma Multiburo, contratada para consultar si tiene algún impedimento	Control	Prevenir	Diligenciamiento del formato y verificación en lista restrictiva	Contratación y pasa a oficial de cumplimiento por verificación

Matriz de Calor Inherente		Impacto				
Probabilidad	Muy Alta 100%				R9 R12	
	Alta 80%				R2 R6 R7 R4 R8 R10	
	Media 60%			R11	R5	
	Baja 40%				R3	
	Muy Baja 20%		R1			
		Leve 20%	Menor 40%	Moderado 60%	Mayor 80%	Catastrófico 100%

Extremo

Alto

Moderado

Bajo

7. Seguimiento realizado

- **Identificación de Puntos Sensibles:** Áreas con mayor contacto con proveedores o recursos financieros.
- **Verificación de Controles:** La Oficina de Control Interno verifica si los controles definidos en el mapa de riesgos funcionaron realmente.
- **Análisis de la Matriz:** Se mide la probabilidad e impacto del riesgo tras aplicar los controles.
- **Generación de Informe:** Documentar los resultados
- **Adopción de Medidas Correctivas:** Si el riesgo se materializó o el control falló, se deben crear planes de acción inmediato.

8. Materialización de riesgos de corrupción

De acuerdo con la información reportada por las diferentes áreas de la institución, **no se evidencia materialización de Riesgos de Corrupción para el periodo evaluado.**

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034	
		Versión: 04	
		Página: 7 de 16	

9. Evaluación, Análisis y Valoración

R1 Extralimitación de funciones en las decisiones institucionales en beneficio propio o de un tercero.

No Materializado

R2 Recibir dadivas por manipular la información de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua

No Materializado

Política de Integridad

Portada » Política de Integridad

2025

TITULO	DOCUMENTO
Informe De Capacitación Código De Integridad	PDF
Informe De Jornada De Sensibilización/ Capacitación Conflictos De Interés Y Código De Integridad	PDF
Acta Comité Ética E Integridad Enero 2025	PDF
Acta Comité Ética E Integridad Febrero 2025	PDF
Acta Comité Ética E Integridad Marzo 2025	PDF
Acta Comité Ética E Integridad Abril 2025	PDF
Acta Comité Ética E Integridad Mayo 2025	PDF
Acta Comité Ética E Integridad Junio 2025	PDF
Acta Comité Ética E Integridad Julio 2025	PDF
Informe De Avances Estrategia Anual De Integridad Junio De 2025	PDF
Estrategia Anual De Integridad Publica 2025	PDF
Acta Comité De Ética E Integridad -Trimestre I De 2025	PDF
Informe De Capacitación De Los Códigos De Integridad, De Conducta Y Buen Gobierno	PDF
Informe de socialización, capacitación y evaluación del Cogido de integridad, codigo conducta y buen Gobierno Trimestre I de 2025	PDF
Informe de socialización, capacitación y evaluación del Cogido de integridad, codigo conducta y buen Gobierno Trimestre II de 2025	PDF
Informe de socialización, capacitación y evaluación del Cogido de integridad, codigo conducta y buen Gobierno Trimestre III de 2025	PDF
Buenas Practicas y Lecciones Aprendidas en Materia de Integridad 2025	PDF

<https://hospitaldelaplata.gov.co/politica-de-integridad-2/>

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 8 de 16	

R3 No aplicabilidad del estatuto y manual de Contratación, adoptado por la entidad.

No Materializado

La institución realizó la adopción del Estatuto de Contratación bajo Acuerdo No. 010 de Octubre de 2024 y bajo Resolución No. 329 de Noviembre de 2024 se adoptó el Manual de Contratación de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua.



ACUERDO No. 010 DE 2024
(OCTUBRE)

POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL ESTATUTO DE CONTRATACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

La Junta directiva de la Empresa Social de Estado **HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA**, en ejercicio de sus facultades legales en especial las conferidas por el Estatuto Básico de la ESE, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, Decreto 1876 de 1994, Resolución 5185 del 2013 modificada por la Resolución 1440 de 2024, expedida por el Ministerio de Salud Protección Social y demás normas que regulan la materia, y

CONSIDERANDO QUE:

Para el óptimo desempeño de la institución y el mejoramiento de la actividad administrativa en especial en lo relacionado con la contratación, se hace necesario actualizar el estatuto de contratación que sea respetuoso de la normatividad vigente y establezca en forma clara las condiciones y procedimiento de la actividad contractual de la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA.

Que las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las Asambleas o Concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Título II del Libro II de la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones contenidas en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011.

Que el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, establece que las Empresas Sociales del Estado se someterán al régimen contractual de derecho privado, pero podrán, discrecionalmente, utilizar las cláusulas excepcionales previstos en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.



RESOLUCIÓN No. 329 DEL 14 DE NOVIEMBRE DE 2024

POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL MANUAL DE CONTRATACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

El Gerente de la Empresa Social de Estado **HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA**, en ejercicio de sus facultades legales en especial las conferidas por el Estatuto Básico de la ESE, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, Decreto 1876 de 1994, Resolución 5185 del 2013 modificada por la Resolución 1440 de 2024, expedida por el Ministerio de Salud Protección Social y el acuerdo de junta Directiva 10 del 15 de octubre de 2024, demás normas que regulan la materia, y

CONSIDERANDO QUE:

Para el óptimo desempeño de la institución y el mejoramiento de la actividad administrativa en especial en lo relacionado con la contratación, se hace necesario actualizar el Manual de contratación que sea respetuoso de la normatividad vigente y establezca en forma clara las condiciones y procedimiento de la actividad contractual de la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA.

Que las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las Asambleas o Concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Título II del Libro II de la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones contenidas en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011.

R4 Hurto por parte del personal de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua de activos muebles y/o bienes de consumo.

No Materializado

R5 Cohecho propio, cambiar informes de auditoria para el beneficio de terceros.

No Materializado

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

Certificación Autoevaluación



LA SUSCRITA ASESORA DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD (SOGCS) DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA DE LA PLATA - HUILA

CERTIFICA:

Que, en cumplimiento de los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y tras realizar el proceso de autoevaluación de estándares de acreditación bajo la Resolución 5095 de 2018, se verifican los siguientes resultados institucionales:

- Que, revisada la calificación de la autoevaluación de la vigencia 2024, la institución obtuvo una calificación cuantitativa general de 1.3.
- Que, posterior al proceso de autoevaluación correspondiente a la vigencia 2025, la institución obtuvo una calificación cuantitativa general de 1.6, evidenciando un avance progresivo en la madurez de los estándares.
- Que, como resultado de lo anterior, el indicador de **MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS** (que mide la evolución entre vigencias) bajo estándar exigido: 1.23

A continuación, se detalla la calificación de los grupos de estándares que sustentan el promedio de la presente vigencia:

INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	DATO	RESULTADO
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS EN VIGENCIA ANTERIOR	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada (2025)	1.6	1.23
	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia anterior (2024)	1.3	

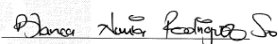


PROCESO:	
Tipo de documento:	GARANTIA DE LA CALIDAD
Fecha de Elaboración:	
Fecha de Seguimiento:	
Versión:	

CALIFICACIÓN CUANTITATIVA		
VIGENCIAS	2024	2025
GRUPO DE ESTÁNDARES		
ASISTENCIALES	1.6	1.4
DIRECCIONAMIENTO	1.2	1.4
GERENCIA	1.6	1.6
TALENTO HUMANO	1	1.6
AMBIENTE FÍSICO	1.2	1.2
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	1.2	1.2
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	1.5	1.5
MEJORAMIENTO	1.6	1.6
SUMATORIA	10.4	12.8
PROMEDIO	1.3	1.6

1 Fuente: Tabla de calificación autoevaluación cuantitativa vigencia 2024-2025. Oficina de Calidad, E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua.

Se expide en el municipio de la Plata, Huila, a los 05 días del mes de marzo del 2026.


BLANCA NUBIA RODRIGUEZ SAENZ
 ASESORA SOGCS
 E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua

Certificación PAMEC



LA SUSCRITA ASESORA DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD (SOGCS) DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA DE LA PLATA - HUILA

CERTIFICA:

Que, posterior al cierre de la vigencia 2025, la **E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua**, logró una efectividad del **91%** en la ejecución de la ruta crítica del PAMEC. Este porcentaje evidencia el cumplimiento de las acciones de mejora priorizadas, garantizando el cierre de brechas entre la calidad observada y la calidad esperada en los procesos institucionales.

Indicador No. 2	EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.
Formula	Relación del Número de Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas 64 Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente en auditoría registradas en el PAMEC. 72
Estándar Exigido	≥ 0.90
Resultado	91%
Fuente de Información	Superintendencia Nacional de Salud (Soportes de Envío)
Responsable	Asesor de Calidad

Análisis: para la vigencia 2025, dentro del programa de auditoría para el mejoramiento continuo, PAMEC, se priorizaron 72 acciones de mejora. De las 72 acciones de mejora priorizadas, se ejecutaron con cierre efectivo 64 6 quedaron abiertas / en ejecución.

Con un porcentaje de cumplimiento de 91% vigencia 2025.

1-2 Se adjunta soporte de cargue reporte PAMEC- 2025 / CIRCULAR 012 DEL 2016 ARCHIVO ST-002 SUPERSALUD.



SOPORTES ARCHIVO ST-002 SUPERSALUD

Validar Archivos

1-3 Fuente: Soporte de cargue CIRCULAR 012 DEL 2016 - ARCHIVO ST002 - SUPERSALUD.

Se expide en el municipio de la Plata, Huila, a los 12 días del mes de marzo del 2026.


BLANCA NUBIA RODRIGUEZ SAENZ
 ASESORA SOGCS
 E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Padua

Reporte indicador No. 2 Res 408 de 2018



Nit	Clasificación 2025	Fecha de Clasificación 2025	Clasificación 2024	INDICADOR 2	INDICADOR 10
891180113	Grupo D1	Julio de 2025	Grupo D1	1,00	CUMPLE
891180117	Grupo C2	Julio de 2025	Grupo C2	0,92	NO CUMPLE
891180134	Grupo C1	Julio de 2025	Grupo C1	0,91	CUMPLE
891180147	Grupo D2	Julio de 2025	Grupo D2	0,92	CUMPLE

R6 Pérdida intencional de procesos judiciales que ocasionen perjuicio económico para la entidad.

No Materializado

La institución realizo buenas prácticas en la gestión jurídica mediante las actividades ejecutadas en los diferentes comités, adicional se presentaron los informes de procesos judiciales ante la Junta Directiva, dando cumplimiento a lo establecido en la normatividad interna de la institución, adicional se cumplió con el cargue ante el SIHO y la publicación de los Gestión jurídica en la página web.

Se actualizo el comité de conciliación y defensa judicial mediante Res. 106 de 2025

Gestión Jurídica

+

Gestión Jurídica HDSAP 2026

-

Gestión Jurídica HDSAP 2025

Ver>Video Política de Prevención del Daño Antijurídico

TITULO	DOCUMENTO
Informe Procesos Judiciales Primer Trimestre 2025	PDF
Informe Procesos Judiciales Segundo Trimestre 2025	PDF
Informe Procesos Judiciales Tercer Trimestre 2025	PDF
Informe Procesos Judiciales Cuarto Trimestre 2025	PDF
Informe De Avances Política De Defensa Judicial MIPG Agosto	PDF
Informe De Avances Política De Defensa Judicial MIPG Julio	PDF
Informe De Avances Política De Defensa Judicial MIPG Septiembre	PDF
Informe De Avances Implementación Política De Defensa Judicial Junio 2025	PDF
Resolución 106 De 2025 Actualiza El Reglamento Del Comité De Conciliación Y Defensa Judicial	PDF
Informe MIPG Final 2025	PDF

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034	
		Versión: 04	
		Página: 11 de 16	

R7 Prescripción de términos de los procesos para beneficio propio o de terceros.

No Materializado



+ 2026

- 2025

TITULO	DOCUMENTO
Política De Mejora Normativa	PDF
Política Para Prevención Del Daño Antijurídico Y Defensa Judicial	PDF
Plan Anual De Prevención Del Daño Antijurídico Y Comité De Conciliación Y Defensa Judicial	PDF
Informe De Ejecución Política De Defensa Judicial	PDF

R8 Emisión de documentos como incapacidades, certificados de defunción, entre otros, no acordes a la realidad que benefician a terceros.

No Materializado



- Integridad 2025

TITULO	DOCUMENTO
CODIGO DE INTEGRIDAD 2025	PDF
CODIGO DE CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO 2025	PDF
PLAN GESTION DE INTEGRIDAD	PDF

- Informes Código De Conducta y Buen Gobierno e Integridad 2025

TITULO	DOCUMENTO
CODIGO INTEGRIDAD, CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO PRIMER SEMESTRE	PDF
CODIGO INTEGRIDAD, CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO SEGUNDO SEMESTRE	PDF
CODIGO INTEGRIDAD, CONDUCTA Y BUEN GOBIERNO- CONFLICTO DE INTERES	PDF

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 12 de 16	

R9 Desvío de recursos físicos y económicos de la entidad.

No Materializado

La oficina de Control interno de la ESE Hospital Departamental San Antonio de La Plata Huila, para la vigencia 2025, en cumplimiento de la normatividad vigente, tiene establecido la realización de un Plan de auditoría, con la finalidad de efectuar seguimiento y evaluación al Sistema de Control Interno (SCI) y al Modelo Estándar de Control Interno (MECI), contemplando su implementación, continuidad y sostenibilidad, mediante la realización de auditorías a procesos, procedimientos y actividades, que le permitan verificar su eficiencia y/o eficacia, con base en los criterios y requisitos establecidos.

INFORMES DE CONTROL 2025

TITULO	DOCUMENTO
Auditoria Integridad- Conflictos de Interés	PDF
Informe De Capacitación Administración Del Riesgo, Procesos Y Procedimientos	PDF
Acta 001 De 2025 Comité De Coordinación De Control Interno	PDF
Acta 002 De 2025 Comité De Coordinación De Control Interno	PDF
Acta 003 De 2025 Comité De Coordinación De Control Interno	PDF
Lineamientos Para El Funcionamiento De Control Interno	PDF
Buenas Prácticas Área Control Interno- Ruta De Publicación	PDF
Informe De Auditoría Política De Integridad	PDF
Informe de auditoria protocolo de conflictos de intereses	PDF
Política De Gestion Del Riesgo	PDF
Protocolo de Evaluacion de vulnerabilidades, amenazas y Gestion del Riesgo	PDF
Política De Control Interno Actualizada Cuarta Versión 2025	PDF
Política De Control Planeación Quinta Versión 2025	PDF
Informe De Capacitación Administración Del Riesgo, Procesos Y Procedimientos Y Auditoria Interna	PDF
Informe De Seguimiento Primer Cuatrimestre PAAC	PDF
Informe De Seguimiento Segundo Cuatrimestre PAAC	PDF
Informe De Seguimiento Tercer Cuatrimestre y Cierre PAAC	PDF
Plan De Mejoramiento Auditoria Call Center	PDF
Plan De Mejoramiento Auditoria Almacén	PDF
Informe De Seguimiento Al Plan De Mejora Auditoria De Facturación	PDF
Informe De Seguimiento Al Plan De Mejora Auditoria De Farmacia	PDF
Informe De Seguimiento Al Plan De Mejora Auditoria De Call Center	PDF
Informe Austeridad Del Gasto Trimestre I 2025	PDF
Informe Austeridad Del Gasto Trimestre II 2025	PDF
Informe Austeridad Del Gasto Trimestre III 2025	PDF

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 13 de 16	

R10 No Recepcionar las Quejas de los usuarios o no dar respuesta a las mismas

No Materializado

El indicador establecido para la medición de la Proporción de Quejas resueltas antes de 15 días es el "PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DIAS", el cual establece el número de días promedio transcurridos entre la radicación de la PQRSF, la Gestión y Respuesta.

A continuación, se relaciona cantidad de PQRSF recibidas según su naturaleza y proporcionalidad de estas.

CONSOLIDADO PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES VEGENCIA 2025														
MANIFESTACIONES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	%
PETICIONES	3	2	0	1	4	4	1	2	4	2		1	24	6%
QUEJAS	15	9	20	16	15	27	24	13	25	17	19	20	220	54%
RECLAMOS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0			1	0%
SUGERENCIAS	0	2	2	9	1	2	0	0	0	2			18	4%
FELICITACIONES	13	11	28	13	11	10	6	15	22	1	6	8	144	35%
TOTAL	31	24	50	39	31	43	31	30	52	22	25	29	407	100%
PORCENTAJE	8%	6%	12%	10%	8%	11%	8%	7%	13%	5%	6%	7%		

Fuente: Oficial SIAU ESE Hospital San Antonio de Padua La Plata Huila

Factores de Calidad

FACTORES DE LAS PQRSF VEGENCIA 2025														
FACTORES DE LA PQRSF	Nº PQRSF ENERO	Nº PQRSF FEBRERO	Nº PQRSF MARZO	Nº PQRSF ABRIL	Nº PQRSF MAYO	Nº PQRSF JUNIO	Nº PQRSF JULIO	Nº PQRSF AGOSTO	Nº PQRSF SEPTIEMBRE	Nº PQRSF OCTUBRE	Nº PQRSF NOVIEMBRE	Nº PQRSF DICIEMBRE	TOTAL	%
Accesibilidad	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0%
Oportunidad	1	0	2	0	2	5	2	2	4	3	3	3	27	6%
Perfina	5	3	2	4	7	13	8	7	16	8	9	8	90	26%
Perfina	4	3	6	5	0	6	7	5	2	2	3	3	46	23%
Infancia	0	0	4	0	1	3	4	0	1	2	0	6	21	13%
Continuidad	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0%
Seguridad	2	1	3	0	1	2	0	0	4	3	1	0	17	0%
Satisfacción	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0%
Insatisfacción	3	4	3	15	0	2	3	1	0	0	3	0	34	10%
Solicitudes	2	2	1	0	7	2	1	0	1	3	0	1	20	5%
Felicitaciones	13	11	28	13	11	10	6	15	22	1	6	8	144	19%
TOTAL	31	24	50	39	31	43	31	30	52	22	25	29	407	100%

Fuente: Oficial SIAU ESE Hospital San Antonio de Padua La Plata Huila

FORMCRAFT - WORDPRESS FORM BUILDER

Informes PQRSF 2025

TITULO	DOCUMENTO
Informe PQRS Primer Trimestre 2025	PDF
Informe PQRS Segundo Trimestre 2025	PDF
Informe PQRS Primer Semestre 2025	PDF
Informe PQRS Anual 2025	PDF

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Código: ME-GPL-F-034	
		Versión: 04	
		Página: 14 de 16	

R11 Uso indebido de la información

No Materializado

Para garantizar los principios de confidencialidad, integridad y disponibilidad en la información que se maneja al interior de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Padua, tanto en medio físico como magnético, se dicta como política de seguridad digital, la serie de lineamientos que todos los funcionarios y colaboradores de la institución deben cumplir y que incluyen:

Política de Seguridad Digital y Datos Personales

Portada • Política de Seguridad Digital y Datos Personales

2025

TÍTULO	DOCUMENTO
Informe De Capacitación Seguridad Y Privacidad De La Información	PDF
Procedimiento – Plan De Seguridad Y Privacidad De La Información	PDF
Informe Integrado De Buenas Prácticas Y Lecciones Aprendidas En Seguridad Digital	PDF
Lineamientos Para La Generación Y Restauración De Copias De Respaldo De La Información	PDF
Informe De Capacitación Seguridad Y Privacidad De La Información	PDF
Certificado de Incidentes De Seguridad y Vulnerabilidades 2025	PDF
Política De Seguridad Digital y Datos Personales Actualizada Cuarta Versión	PDF
Procedimiento Para Copias De Respaldo Y Restauración De Información	PDF
Pruebas De Respaldo A Las Copias De Seguridad De La Información	PDF
Indicadores De Sistemas De Información Enero A Julio De 2025	XLS

R12 Incumplimiento a la gestión de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo – SARLAFT

No Materializado

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Padua de la Plata Huila, dando cumplimiento a la Circular Externa No 009 de 2016 (Implementación Sarlaft), expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y en cumplimiento a las Políticas establecidas por el Hospital, presenta a la Junta Directiva el informe correspondiente al periodo de enero a diciembre de 2025.

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

	FORMATO DE INFORME		Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA		Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN		Página: 15 de 16	

Durante la vigencia del presente informe se han realizado todas las consultas solicitadas por la oficina de contratación para personas naturales y jurídicas, así:

NOTA: Las verificaciones se realizan antes de efectuar las correspondientes contrataciones.

CONSULTAS REALIZADAS VIGENCIA 2025													
CLASE DE PERSONA	ENE	FEBR.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOS.	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	TOTAL
PERSONA NATURAL	0	1	39	25	12	16	24	5	33	6	12	2	175
PERSONA JURIDICA	0	4	22	5	10	22	19	13	28	16	18	7	164
TOTAL	0	5	61	30	22	38	43	18	61	22	30	9	339

- El objetivo principal de las consultas es verificar que los contratistas no tengan reportes negativos ante las entidades de control y/o Centrales de Riesgo y que los recursos utilizados o recibidos no provengan de actividades ilícitas.

Información rendida a la uiaf (unidad de información y análisis financiero) en el periodo de enero a diciembre de 2025.

Mes de Reporte	REPORTE REALIZADOS DURANTE LA VIGENCIA 2025						ESTADO REPORTE
	Reporte Procedimientos	No Radicado	Reporte Proveedores	No Radicado	Reporte Operaciones Sospechosas	No Radicado	
Enero	Realizado	2849742	Realizado	2849744	Realizado	2846716	Exitoso
Febrero	Realizado	2900438	Realizado	2849755	Realizado	2849746	Exitoso
Marzo	Realizado	2900445	Realizado	2900448	Realizado	2900438	Exitoso
Abril	Realizado	2924450	Realizado	2924458	Realizado	2924445	Exitoso
Mayo	Realizado	2965890	Realizado	2965908	Realizado	2965885	Exitoso
Junio	Realizado	2965941	Realizado	2965948	Realizado	2965917	Exitoso
Julio	Realizado	3001027	Realizado	3001029	Realizado	3001009	Exitoso
Agosto	Realizado	3069224	Realizado	3069229	Realizado	3069210	Exitoso
Septiembre	Realizado	3069237	Realizado	3069239	Realizado	3069232	Exitoso
Octubre	Realizado	3097933	Realizado	3097935	Realizado	3097930	Exitoso
Noviembre	Realizado	3119603	Realizado	3119606	Realizado	3119600	Exitoso
Diciembre	Realizado	3151476	Realizado	3151479	Realizado	3151466	Exitoso

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".

	FORMATO DE INFORME	Fecha: 02/03/2026	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GPL-F-034	
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA	Versión: 04	
	PROCESO: GESTIÓN DE PLANEACIÓN	Página: 16 de 16	

- Durante la vigencia del informe, no se registraron novedades de transacciones en dinero en efectivo consignados en caja y que sobrepase los montos establecidos por la empresa, por clientes o usuarios de conformidad con las políticas SARLAFT aprobados por la institución.
- Igualmente, no se presentaron ROS (Reporte de Operaciones Sospechosas), que dieran lugar a reportes ante las entidades de vigilancia y control.

Recomendaciones:

Como la Circular Externa No 20211700000005-5 del 17 de septiembre de 2021 entrega instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude – SICOF.

De conformidad con esta Circular se debe realizar una actualización y modificación al Manual de Políticas del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT – SICOF; como se debe seguir llamando.

Recomendaciones:

- Diseñar y capacitar a todos los colaboradores en el código de ética institucional que establezca "mínimos éticos" claros y las consecuencias de su incumplimiento.
- Realizar auditorías de cumplimiento sorpresivas y revisiones periódicas de los mapas de riesgos de corrupción, ajustando los controles a medida que evolucionan los riesgos.
- Implementar una línea ética o buzón de denuncias, asegurando la confidencialidad y la protección contra represalias para empleados y pacientes que reporten irregularidades.
- Realizar talleres obligatorios semestrales sobre el código de conducta y buen gobierno del hospital y las implicaciones legales de los actos de corrupción

Proyecto: **NELSON FELIPE TIERRADENTRO Q**
Cargo: Profesional Planeación

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de sello seco "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital".