



SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCIÓN ATENCIÓN AL CIUDADANO Y PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL “PTEE”

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, el cual fue reglamentado por el Decreto 2641 de 2012, la Oficina de Control Interno del Hospital Especializado Granja Integral E.S.E., Que la Circular Externa (CE) No. 2022151000000053-5 del 05-08-2022, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) impartió lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, de acuerdo a las modificaciones de las circulares externas 007 de 2017, 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales, código de conducta y código de buen gobierno y de acuerdo a lo estipulado en el decreto 1122 de 2024, de la presidencia de la república se realizó seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Y AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL “PTEE” de la vigencia 2025, con corte a 30 de agosto de 2025, verificando la ejecución de las actividades establecidas en cada uno de los componentes que lo integran como son, (Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción; Estrategia de Racionalización; Rendición de cuentas; Servicio al Ciudadano y Transparencia y acceso a la información pública, riesgos COF y promoción de la integridad en la ética pública). A continuación, se describe lo evidenciado en cada uno de los componentes y subcomponentes anteriormente mencionados.

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

En cuanto a la Política de Administración de Riesgos de Corrupción, el Hospital mediante Resolución 015 de 2015 adoptó políticas institucionales, “El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. se compromete a institucionalizar y concientizar en la implementación de prácticas seguras con el fin de controlar los riesgos y mitigar las consecuencias en el paciente, familia y colaboradores”. Se observa que, tanto en la política como en las directrices impartidas en el Manual de Administración de Riesgos, se hace referencia a los riesgos de corrupción como un tipo de riesgo específico unido a la matriz de riesgos institucional programada para la vigencia fiscal 2025.

De acuerdo al seguimiento realizado por la oficina de planeación y calidad y la oficina de control interno a los 5 subcomponentes de gestión del riesgo de corrupción como lo son: Política de Administración de Riesgos de Corrupción, Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción, Consulta y divulgación, monitoreo y seguimiento, se evidencio un avance considerable en el segundo cuatrimestre de la vigencia fiscal 2025, equivalente al 83% a nivel general del componente debido a que las acciones propuestas para el cuatrimestre tuvieron un grado alto de cumplimiento, en cuanto al subcomponente número 1, 2 y 3 Política de administración de riesgos, construcción de mapa de riesgos de corrupción y consulta y divulgación las acciones se cumplieron de una manera satisfactoria ya que se cumplieron en un 66.66% estos tres subcomponentes en el segundo cuatrimestre de la vigencia fiscal 2025, se actualizo el mapa de riesgos institucional incluyendo los riesgos de corrupción quedando articulados, los riesgos ordinarios y los riesgos de corrupción en una sola matriz de riesgos institucional, los cuales se les harán los respectivos seguimientos

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



de manera trimestral con cada área de la institución, donde se tienen identificados los riesgos con el fin de evitar su materialización. En cuanto al subcomponente 3 y 4 se tiene publicada la matriz de riesgos en la página web de la entidad en el siguiente link: MAPA-DE-RIESGOS-INSTITUCIONAL-2025-PROGRAMACION.pdf, donde se realizan los seguimientos y monitoreos trimestrales y posteriormente se realiza un reporte ante el comité de gestión y desempeño sobre el monitoreo y control de los riesgos, con corte a 30 de agosto de 2025, las acciones se consideran en desarrollo, el cual incluye el análisis de los riesgos de corrupción con cada una de las áreas y esta fecha no se evidencia ninguna materialización de riesgos, adicionalmente la oficina de la Oficina de Planeación y Calidad rindió informe sobre la gestión del riesgo, con corte a 30/06/2025, el día 11 de agosto de 2025, en comité de gestión y desempeño, adicionalmente todos los meses de enero a agosto de 2025, Se realizó verificación de los riesgos SARLAFT y se remitió por parte del oficial de cumplimiento el reporte los meses de enero, febrero, marzo y abril, mayo, junio, julio y agosto sin ninguna novedad en el reporte frente a la contratación realizada por la entidad.

Componente 2: Estrategia de Racionalización

En cuanto a este componente para este cuatrimestre aún no han iniciado las acciones propuestas, en el subcomponente administrativo y tecnológico debido a que su fecha de inicio está programada para para el último cuatrimestre de la vigencia 2025 y su fecha de terminación está programada para el 31-12-2025, aún no han iniciado las acciones debido a que se realizó una PQR a dirigida a Función Pública, con el objetivo de recuperar el usuario y contraseña para realizar las actualizaciones en el SUIT, para la actualización y racionalización de tramites de la página web de la entidad, ya que cambiaron los números telefónicos fijos y la empresa de telefonía abolió totalmente las líneas telefónicas fijas y los números se encuentran vigentes, se recomienda realizar el inicio de las acciones en las fecha establecidas con el fin de dar cumplimiento a lo propuesto en el plan anticorrupción y atención al ciudadano vigencia fiscal 2025.

Componente 3: Rendición de cuentas

El subcomponente “Información y dialogo” debe ser en lenguaje comprensible para todos los grupos de valor y los grupos de interés donde se maneje un lenguaje claro y de fácil entendimiento para la ciudadanía, la realización del acto de audiencia pública como mecanismo de rendición de cuentas, se recopiló y clasificó la información por áreas de la vigencia 2024; se instruyó al personal sobre los lineamientos de la Circular Externa 008 de 2018, expedida por la Superintendencia de salud en temas relacionados con la rendición de cuentas, la oficina de planeación y calidad junto con la gerencia en reunión previa establecieron la fecha para el acto público de rendición de cuentas vigencia fiscal 2024, que se realizó el día 29 de mayo de 2025, de manera presencial en las instalaciones del Hospital, de acuerdo al informe de gestión según numeral 1.2.3 del capítulo 2 de la Circular Externa 008 de 2018 expedida por la SuperSalud, asimismo los medios de comunicación para la convocatoria. Se conformó el equipo de trabajo responsable de la preparación y desarrollo de la audiencia pública, se estableció plazo para la entrega de información, se recopiló y

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



organizó información, generando versión definitiva del informe de gestión vigencia 2024, se publicó en la página a web institucional el pasado 29 de abril el informe de gestión de rendición de cuentas vigencia fiscal 2024. en el siguiente link: <https://hegranjalerida.org/rendicion-de-cuentas/#1743768755459-6a54cedd-8b81>

estas acciones del subcomponente 1, 2, 3 se consideran cumplidas al 100%. se desarrollaron 8 reuniones con la asociación de usuarios del Hospital; adicionalmente presentamos el reporte único de avances de la gestión FURAG vigencia 2024, el pasado 15 de abril de 2025, quedando muy bien posicionados en el tercer lugar a nivel de hospitales de segundo nivel del Departamento del Tolima en cumplimiento de las dimensiones y políticas establecidas en MIPG, adicionalmente se formularon algunas acciones de mejora frente a la calificación que obtuvimos y se realizaron planes de mejoramiento teniendo en cuenta las sugerencias enviados por el departamento administrativo de la función pública, y fueron remitidos a las área encargadas mediante correo electrónico el 04 de agosto del 2025 : Apoyo Oficina de Planeación y Calidad <apoyocalidad@hegranjalerida.org>

Para ELIZABETH CORTES <contratacion@hegranjalerida.org>, Andrés Escobar Control Interno <controlinterno@hegranjalerida.org>, Martha Lucia Peña Moya <sistemas@hegranjalerida.org>, Jefe Carolina Chacón <coordambulatorio@hegranjalerida.org>, Siauhegi <siauhegi@gmail.com>, Alexandra Bello <abellobandera@yahoo.es>, DUVAN MONTAÑO <calidad@hegranjalerida.org>, Amiralievano <amiralievano@gmail.com>, Kelly <psicologath@hegranjalerida.org>

La oficina de planeación y calidad es el área encargada junto con la oficina de control interno de realizar los seguimientos a los mencionados planes de mejoramiento con el fin de que en la próxima calificación del FURAG, se obtenga una mejor calificación y así lograr en mejorar la calificación.

Componente 4: Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano

En relación a los subcomponentes 1, fortalecimiento de los canales de atención las acciones contempladas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano se informa que se realizó autodiagnóstico por el área encargada, se elaboró el plan de mejoramiento a ejecutar vigencia 2025, con el fin de mejorar algunas acciones propuestas de acuerdo a los resultados arrojados en MIPG se realizaron planes de mejoramiento teniendo en cuenta las sugerencias enviados por el departamento administrativo de la función pública, fueron remitidos a las área encargadas mediante correo electrónico el 04 de agosto del 2025 : De

Apoyo Oficina de Planeación y Calidad <apoyocalidad@hegranjalerida.org>

Para Jefe Carolina Chacón <coordambulatorio@hegranjalerida.org>, Siauhegi <siauhegi@gmail.com>..otros estas acciones se consideran cumplidas en un 75%

En cuanto al subcomponente No. 2 de talento humano revisado el cumplimiento la mayoría de las acciones; en cuanto a las acciones de fortalecer la cultura de servicio al ciudadano al interior de la entidad, esta acción se considera cumplida en un 83% ya que se realizaron las encuestas de satisfacción de cierre de la vigencia 2024 y con corte a 30 de agosto de 2025 con se evidencio que el resultado de la tabulación de las encuestas de satisfacción quedaron con un alto grado de cumplimiento equivalente 98.31% de satisfacción de ellos usuarios.

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



En relación al subcomponente 3 de Talento humano se evidencia que se incluyó capacitación para los líderes de área - curso anticorrupción por la ESAP <https://hegranjalerida.org/wp-content/uploads/2025/04/FORMATO-SEGUIMIENTO-PIC-FOR-TH-013-V4-16-012025.pdf>, esta acción se considera cumplida en un 100%, para el mes de marzo se realizó jornada de capacitación a los funcionarios y colaboradores sobre mecanismos de participación ciudadana esta acción se considera cumplida en un 66% Los días 12 y 19 de marzo se realizó, sensibilización a los colaboradores sobre la importancia del código de integridad dentro de nuestra política institucional, se elaboró ACTA No. 01 DE 2025 se realizó socialización el 29 de agosto de los valores institucionales y se registró listado de asistencia de los participantes esta acciones se consideran cumplidas en un 66%, para este cuatrimestre se avanzó con remitir a los miembros del concurso de incentivos, solicitando el reglamento para el concurso que se llevara a cabo para el mes de noviembre esta acción se considera cumplida en un 66%

En relación al subcomponente 4 normativo y procedimental; la oficina de control interno de la entidad generó dos informes de PQRSF en relación al 2o semestre del año 2024, se socializó con el área responsable del manejo de la información y se socializado en comité de control interno realizado el pasado 13 de febrero de 2025, adicionalmente también radico informe de PQRSF con relación al primer semestre de la vigencia 2025m se elaboró y se publicó por parte del área de control interno el informe PQRSF con corte al semestre A del 2025 en el siguiente link: [//hegranjalerida.org/wp-content/uploads/2025/08/INFORME-FINAL-QRSF-A-JUNI2025.pdf](https://hegranjalerida.org/wp-content/uploads/2025/08/INFORME-FINAL-QRSF-A-JUNI2025.pdf) esta acción se considera cumplida en un 100%.

En relación al subcomponente 4 gestión Tics, se establece que se debe Publicar información actualizada en la página web, según esquema de publicación y de acuerdo a la información suministrada por las áreas, se verifico la publicación conforme al esquema de publicación y los requerimientos de la normatividad vigente <https://hegranjalerida.org/> esta acción se considera cumplida en un 66%. Ya que se han publicado de manera oportuna todos los informes de ley.

En relación al subcomponente 5 relacionamiento con el ciudadano; el Hospital especializado granja integral E.S.E a través de la oficina de atención al usuario permanentemente está aplicando encuestas de satisfacción a los usuarios de los servicios de consulta externa y hospitalización. Asimismo, se aplican encuestas de satisfacción de las demás partes de interés, las cuales se tabulan y se socializan realizando acciones de mejoramiento con el fin de atender las inquietudes y necesidades insatisfechas de los ciudadanos, la acción se encuentra en desarrollo con un cumplimiento del 98.3%, adicionalmente se puede determinar que el cumplimiento general del avance del componente Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano es equivalente al 76% con corte a 30 de agosto de 2025.

Componente 5: Mecanismos de Transparencia y Acceso a la Información

En cuanto al subcomponente No.1 y 2 lineamientos de transparencia Activa y pasiva se ha publicado información sobre servicios y funcionamiento, contratación pública, situación financiera y gobierno digital, también se evidencia la publicación en la página web de la

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



ejecución presupuestal del segundo trimestre de la vigencia 2025, se puede observar en el siguiente link: la publicación de la ejecución presupuestal a 30/06/2025 <https://hegranjalerida.org/wp-content/uploads/2025/07/EJECUCION-PRESUPUESTAL-A-JUNIO.pdf> y los estados financieros de los meses de enero a septiembre de 2025, publicados en la página web de la entidad, en el siguiente Link <https://hegranjalerida.org/wp-content/uploads/2025/11/ESTADOS-FINANCIEROS-SEPTIEMBRE-2025.pdf> las acciones se consideran cumplidas en un 66% ya que la mayoría de los subcomponentes se encuentran en desarrollo.

En relación al subcomponente No. 3 Elaboración de los Instrumentos de gestión de la Información se mantienen actualizados y publicados los Instrumentos de gestión de la Información (Índice de Información Reservada y Clasificada; Esquema de Publicación; Registro de Activos de Información) en la sección de Transparencia y acceso a la información pública del sitio Web del Hospital Especializado Granja Integral E.S.E en el siguiente link <https://hegranjalerida.org/gestion-de-informacion-publica/> por lo tanto se considera cumplida la acción en un 66% ya que la actualización de la información es permanente.

En relación al subcomponente No. 4 criterio diferencial de accesibilidad Se cuenta con áreas diseñadas para el ingreso y tránsito de personas en situación de discapacidad, así como señalización e identificación de áreas para el personal con discapacidad visual y con movilidad reducida, existen baños con adaptación para la atención de nuestro público, también existe una persona capacitada en el lenguaje de señas si se llegara a necesitarla se cuenta con módulo de agendamiento de citas en donde se le da prioridad a las personas en situación de discapacidad la acción se considera cumplida en un 66%.

En relación al subcomponente No. 5 monitoreo del acceso a la Información Pública, se está realizando seguimientos periódicos con el fin de que se encuentre actualizada la página web de la entidad, de acuerdo a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG en el link <https://hegranjalerida.org>, la acción se encuentra con un avance del 66% Para el mes de enero del presente año se realizó publicación por parte del jefe de control interno de la matriz de seguimiento de las PQRS con corte al 31/12/2024, y 30-06-2025 evidencia en el siguiente enlace <https://hegranjalerida.org/wp-content/uploads/2025/01/INFORME-FINAL-PQRSF-A-DICIEMBRE-2024.pdf>, adicionalmente se presentó informe de pqrsf con corte 30 de junio de 2025 y se publicó en el siguiente link; <https://hegranjalerida.org/wp-content/uploads/2025/08/INFORME-FINAL-PQRSF-A-JUNIO-2025.pdf>, cumpliendo con las acciones previstas en este subcomponente de acuerdo a lo estipulado en las acciones del plan anticorrupción y atención al ciudadano y en el programa de transparencia y ética empresarial “PTEE”. La oficina de control interno evidencia un cumplimiento acorde de las acciones propuestas en el plan y recomienda para el próximo cuatrimestre iniciar las acciones propuestas de los subcomponentes que quedaron en cero% de ejecución, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el plan anticorrupción y atención al ciudadano y al programa de transparencia y ética empresarial “PTEE” en el próximo seguimiento en lo concerniente al tema de racionalización de trámites.

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



Componente 6: Riesgos COF

En relación a los 5 subcomponentes de los riesgos de corrupción opacidad y fraude relacionados en la matriz se pudo determinar que en el subcomponente gestión para prevenir el riesgo de liquidez se tiene controlado en un 100% debido a que Todos los trimestres de la vigencia se revisa el indicador de liquidez en el comité de gestión y desempeño sobre los resultados del trimestre, a la fecha se han informado dos trimestre y el hospital no se encuentra en riesgo financiero según el indicador, adicionalmente frente a las responsabilidades de las carga impositivas la entidad lleva unos mecanismos de control detallado en un cronograma de informes donde se rinden todos los impuestos del orden nacional departamental y municipal y a la fecha ningún riesgo se ha materializado ya que todos los informes de obligatorio cumplimiento de ley se han presentado dentro del plazo previsto y todos los impuesto se pagan y se reportan de manera cumplida.

En cuanto al subcomponente gestión para prevenir los riesgos de corrupción, todos los trimestres de la vigencia fiscal se realiza el seguimiento a la matriz de riesgos institucional con el fin de prevenir la materialización de los riesgos de ordinarios, riesgos de corrupción opacidad o fraude a la fecha del presente seguimiento se han realizado dos seguimientos a la matriz de riesgos institucional sin ninguna materialización.

Frente al subcomponente de gestión para prevenir los riesgos SARLAFT la entidad realiza la consulta cada vez que se celebra un contrato y se revisa por el aplicativo complice cumpliendo a cabalidad con lo estipulado en la normatividad vigente de que no esté incurso en ninguna inhabilidad para celebrar contratos con el hospital, se realiza adecuadamente la presentación de Reportes de Operación Sospechosa-ROS, o en su ausencia el reporte AROS y los Reportes de Efectivo a la UIAF y/o cualquier otro reporte o informe exigido en el C E 09 2016 4-5 Y 5-5 de 201. El informe se realiza de manera mensual en la plataforma SIREL los 10 primeros días de cada mes y a la fecha no se tiene ninguna novedad.

En cuanto al subcomponente de riesgo de opacidad la entidad Se revisa que todos los equipos nuevos que se adquieren cuenten con sus respectivas licencias y los antivirus los que trae por defecto el sistema operativo, adicionalmente toda la información esta guardada por seguridad en el servidor de todos los reportes del SIHOS y todos los equipos de la entidad cuentan con sus respectivas licencias.

En cuanto al subcomponente de Generar información contable y financiera de manera fidedigna avalado por el representante legal el contador y el revisor fiscal, Cada trimestre el contador y el revisor fiscal emite los estados financieros certificados y dictaminadas una vez realizan sus verificaciones en sus papales de trabajo, se publican de manera oportuna los estados financieros en la página web de la entidad y en los aplicativos de la Contaduría General de la Nación “CGN”.

En cuanto al subcomponente de gestión para prevenir los riesgos de fraude la oficina de control interno trimestralmente realiza seguimientos periódicos a los diferentes procesos y realiza arqueos de caja menor y general con el fin de prevenir fraudes en el manejo dinero de las cajas menores y la caja general a la fecha no se ha materializado ningún riesgo el manejo y custodia de la caja menor, adicionalmente la oficina de talento humano y contratación validan y revisan e r la verificación de títulos y los documentos soportes de las personas que van a celebrar contratos con el hospital para prevenir la materialización de

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”



posibles riesgo de fraude por falsedad en documentos públicos, a la fecha no se ha materializado ningún riesgo.

Componente 7: PROMOCIÓN DE LA INTEGRIDAD EN LA ÉTICA PÚBLICA

En relación al mencionado componente se evidencia que la entidad tiene establecido canales para denunciar vulneraciones a los principios y reglas de integridad, protegiendo a los informantes y garantizando que las denuncias se tramiten adecuadamente a través de nuestros diferentes canales de denuncias como los son los buzones ubicados en el servicio de consulta externa, a través de la página web institucional, a través de denuncias radicadas por ventanilla única y por la línea telefónica que está disponible y publicada en nuestra página web de nominada Línea Anticorrupción: 310 577 0299 y a la fecha no se ha materializado ningún acto de corrupción denunciado por parte de los grupos de interés y los grupos de valor

Estado General del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y el Programa de Transparencia y Ética Empresarial “PTEE”

De acuerdo al seguimiento realizado al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y el Program de Transparencia y Ética Empresarial “PTEE” con corte 30 de agosto de 2025, según lo planteado en cada componente y subcomponente, se evidenció lo siguiente: El plan fue formulado de acuerdo a la metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, según el documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – Versión 2”. Y a lo estipulado en el programa de transparencia y ética empresarial “PTEE” el plan se encuentra debidamente publicado en la página web de la entidad en el siguiente link hegranjalerida.org/wp-content/uploads/2025/02/PLAN-ANTICORRUPCION-Y-ATENCION-AL-CIUDADANO-2025.pdf, el cumplimiento del avance del plan para este segundo cuatrimestre de la vigencia fiscal 2025, es del 66% con corte a 30 de agosto de 2025.

El avance general del plan indica un porcentaje por acorde de lo planteado en las actividades propuestas para el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025, evidenciando un cumplimiento satisfactorio, se recomienda realizar los ajustes correspondientes y tomar las medidas y acciones necesarias para activar la ejecución de los subcomponentes que quedaron en 0% de ejecución, con el fin de mostrar acciones de mejora para el próximo seguimiento cuatrimestral de la presente vigencia, y así poder garantizar el cumplimiento total de los componentes, subcomponentes y las acciones planteadas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano y al programa de transparencia y ética empresarial “PTEE” vigencia 2025, del Hospital Especializado Granja Integral E.S.E.

ANDRESE DANIEL ESCOBAR MONTOYA

Jefe Oficina de Control Interno

Hospital Especializado Granja Integral

“Trabajamos por una atención segura, humanizada y con calidad”