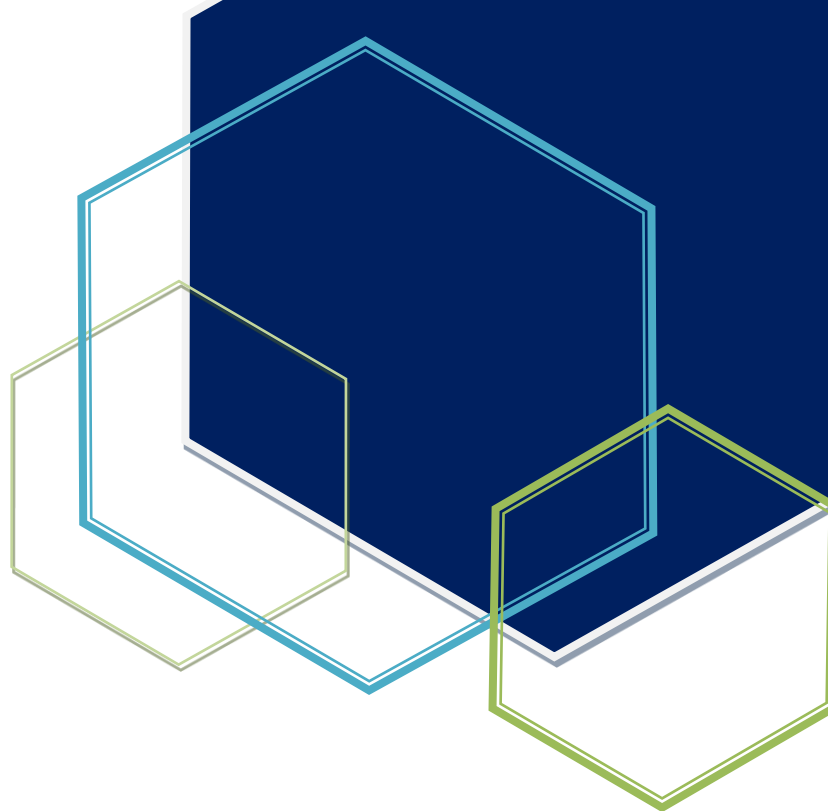
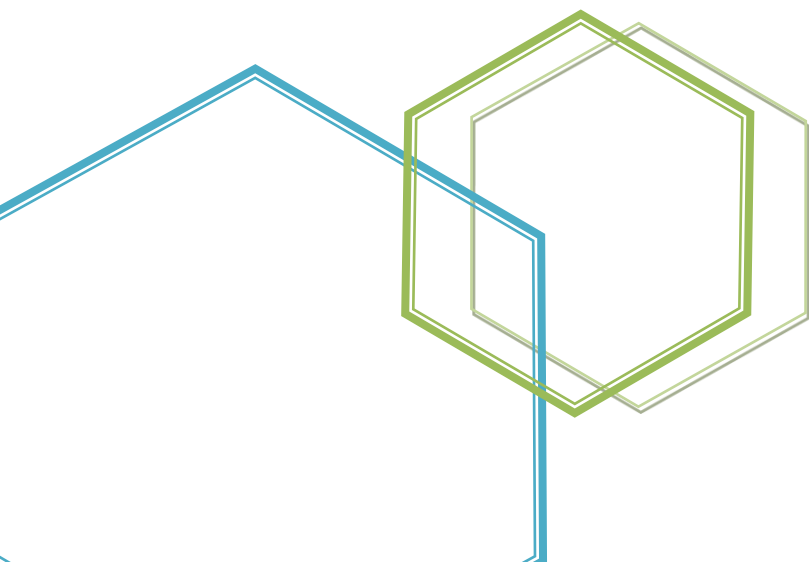




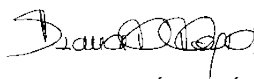
# PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL

PROCESO DE TALENTO HUMANO

Promover la transparencia y garantizar la conformidad con normas éticas y legales.



• • •

| Elaboro/Modificó:                                                                                                                                      | Revisó:                                                                                                                           | Aprobó:                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <br>CYNTHIA T. MOGOLLÓN JAIMES<br>Cargo: Asesora Planeación y Calidad | <br>DIANA MARÍA MEJÍA VALENCIA<br>Cargo: Gerente | JUNTA DIRECTIVA<br><br>Fecha: Enero de 2025 |

## CONTROL DE CAMBIOS

| FECHA                            | ELABORÓ<br>MODIFICÓ               | REVISÓ                        | APROBÓ          | CAMBIOS                                                                            |
|----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Creación<br>Diciembre<br>de 2023 | Natalia Hoyos<br>Henao            | Luis Carlos Mejía<br>Quiceno  | Junta Directiva | Creación                                                                           |
| Versión 02<br>Enero de<br>2025   | Cynthia Teresa<br>Mogollón Jaimes | Diana María<br>Mejía Valencia | Junta Directiva | Articulación de<br>Componentes del Programa<br>de transparencia y Ética<br>Pública |
|                                  |                                   |                               |                 |                                                                                    |
|                                  |                                   |                               |                 |                                                                                    |
|                                  |                                   |                               |                 |                                                                                    |
|                                  |                                   |                               |                 |                                                                                    |
|                                  |                                   |                               |                 |                                                                                    |
|                                  |                                   |                               |                 |                                                                                    |
|                                  |                                   |                               |                 |                                                                                    |
|                                  |                                   |                               |                 |                                                                                    |

• • •

## Tabla de contenido

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN .....                                                        | 5  |
| Declaración .....                                                         | 6  |
| OBJETIVOS .....                                                           | 7  |
| MARCO LEGAL.....                                                          | 7  |
| ALCANCE .....                                                             | 8  |
| Roles y responsabilidades .....                                           | 9  |
| Junta Directiva o máximo órgano social .....                              | 9  |
| Representante legal .....                                                 | 9  |
| Oficial de cumplimiento .....                                             | 10 |
| Empleados.....                                                            | 11 |
| Empleados que estén expuestos directamente al riesgo de COF y soborno ... | 11 |
| Control interno .....                                                     | 11 |
| Revisoría Fiscal.....                                                     | 12 |
| JUSTIFICACIÓN .....                                                       | 12 |
| DEFINICIONES .....                                                        | 12 |
| INFORMACIÓN GENERAL DE LA INSTITUCIÓN .....                               | 15 |
| CONTENIDO .....                                                           | 16 |
| Planeación.....                                                           | 16 |
| Estrategia institucional para la lucha contra la corrupción .....         | 17 |
| Gestión del riesgo .....                                                  | 17 |
| Redes y articulación .....                                                | 23 |
| Cultura de la legalidad y Estado Abierto.....                             | 25 |
| Iniciativas adicionales .....                                             | 31 |
| Monitoreo, administración y supervisión.....                              | 32 |
| Reportes .....                                                            | 33 |
| Formación.....                                                            | 34 |
| Comunicación .....                                                        | 35 |
| Auditoría y Mejora.....                                                   | 36 |
| DOCUMENTOS DE REFERENCIA .....                                            | 38 |



• • •



## INTRODUCCIÓN

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE, actúa como principal medida de detección, prevención, gestión y control de los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude – COF- y Soborno en la entidad, los cuales hacen parte de los riesgos priorizados para ser gestionados por los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y constituye un esfuerzo de la alta dirección para operar de manera eficaz y responsable frente a cualquier situación que tenga la potencialidad de convertirse en una práctica indebida o fraudulenta.

El presente Programa no actúa en contravía con la normatividad interna de la entidad en torno a la temática, al contrario, se alinea de manera armónica las normas internas en materia de prevención y mitigación del riesgo de COF y Soborno, es una herramienta de refuerzo a todas las actuaciones institucionales que apuntan a la creación de una cultura y consciencia de la transparencia y actuación ética.

El PTEE compila de manera integral todas las normas internas en materia de prevención y mitigación de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno, así como los principios y valores éticos que el Hospital considere apropiados para llevar a cabo sus negocios de manera ética, transparente y honesta.

- Código de ética y buen gobierno.
- Plan anticorrupción
- Manual del subsistema de administración de riesgos de corrupción, opacidad y fraude.
- Manual SARLAFT
- Instructiva gestión de conflicto de intereses
- Todas las políticas aquí consignadas

En consecuencia, el Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro, realiza una actualización participativa a nivel interno y externo, de su plataforma estratégica y Plan de desarrollo 2025 – 2028 donde se incluye de manera explícita el Programa 2.3: *Programa de Transparencia y Ética Institucional, que tiene como objetivo: Prevenir y mitigar los riesgos de corrupción mediante la implementación de estrategias de transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles organizacionales*, y realiza la siguiente declaración:

• • •

## Declaración

Nosotros, colaboradores del Hospital San Juan de Dios E.S.E., en nuestras funciones como funcionarios, empleados y contratistas, reafirmamos nuestro compromiso indeclinable con los principios de moralidad, transparencia y ética pública establecidos en la Constitución Política y reflejados en la Ley 2016 de 2020, así como en los valores institucionales que guían nuestro actuar.

Reconocemos que nuestra labor trasciende el cumplimiento de deberes, siendo una expresión de nuestro compromiso con la salud, el bienestar y la confianza de la comunidad. Por ello, actuamos guiados por estándares de integridad, eficiencia y equidad, velando por el respeto y la promoción de los derechos fundamentales.

Este documento constituye una guía ética y moral que orienta nuestras decisiones y acciones en el día a día. En su construcción se han integrado las voces y perspectivas de quienes conforman esta institución, asegurando que refleje nuestra visión compartida y nuestro propósito común: convertirnos en un referente en la prestación de servicios de salud seguros, sostenibles y humanizados.

Como agentes de cambio, proyectamos un futuro en el que la transparencia y la ética pública sean pilares inamovibles de nuestra gestión, permitiéndonos no solo cumplir, sino superar las expectativas de quienes confían en nosotros. Nos comprometemos a:

1. Actuar con honestidad, responsabilidad y respeto en todas nuestras interacciones.
2. Promover la equidad y rechazar cualquier forma de corrupción, opacidad o fraude.
3. Aplicar y respetar las políticas, procedimientos y códigos de conducta del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP).
4. Participar activamente en la mejora continua de los procesos institucionales para fortalecer la confianza de la comunidad y de los entes de control.

Con esta Declaración, reafirmamos nuestra voluntad institucional de ser un hospital comprometido con el bienestar colectivo, liderando con ejemplo y responsabilidad hacia un futuro más ético, justo y transparente.



## OBJETIVOS

### Objetivo general

Fortalecer una cultura ética y transparente que, alineada con los valores institucionales, permita asegurar la sostenibilidad de la entidad, generar relaciones de confianza con los grupos de valor y blindar a la entidad ante situaciones que puedan llegar a afectar el capital reputacional, así como la sostenibilidad jurídica y financiera; mediante la estructuración de estrategias de lucha contra la corrupción y la impunidad.

### Objetivos específicos

- Definir los lineamientos y controles para la gestión del PTEE de la entidad, previniendo situaciones de riesgo que puedan presentarse en las operaciones y así mitigar el riesgo de corrupción, opacidad, fraude – COF y soborno en la entidad
- Potencializar altos estándares de conducta ética, transparente y prácticas empresariales responsables.
- Promover al interior de la entidad la lucha contra la corrupción como elementos claves de la sostenibilidad empresarial y las relaciones de largo plazo.

## MARCO LEGAL

- Plataforma estratégica Hospital San Juan de Dios ES.E. Rionegro – Antioquia.
- Código de ética y buen gobierno HEC0101001 Hospital San Juan de Dios de Rionegro.
- Manual del subsistema de administración de riesgos de corrupción, opacidad y fraude MECO101002 Hospital San Juan de Dios de Rionegro.
- Manual de sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo (SARLAFT) y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (FPADM) MECO102001 Hospital San Juan de Dios de Rionegro.
- Ley 1952 de 2019 Por medio de la cual se expide el código general disciplinario se derogan la ley 734 de 2002 y algunas disposiciones de la ley 1474 de 2011, relacionadas con el derecho disciplinario.
- Ley 1474 de 2011 (julio 12) “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.

• • •

- Ley 2016 de 2020 (febrero 27) Por la cual se adopta el código de integridad del Servicio Público Colombiano y se dictan otras disposiciones.
- Ley 2195 de 2022 (enero 18) "Por medio del cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones). Art. 9. Programas de transparencia y ética empresarial.
- Supersalud. Circular externa 20211700000004-5 de 2021. Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos.
- Supersalud. Circular externa 20211700000005-5 de 2021. Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (sicof), y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018
- Supersalud. Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022. Lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno.
- Supersalud. Circular Externa No 003 de 24 de mayo de 2018: Instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales Código de conducta y de Buen Gobierno IPS de los grupos C1 y C2
- Las demás normas que le sean concordantes, aplicables y vigentes.

## ALCANCE

Este programa, está dirigido a los empleados, colaboradores, terceros, contratistas y todas aquellas personas que tengan la facultad de actuar en nombre de la entidad y, debe aplicarse en el relacionamiento con los grupos de interés, especialmente en el desarrollo de las actividades económicas, transaccionales, contractuales, con el fin de prevenir o evitar que la entidad se encuentre inmersa en actividades indebidas o fraudulentas.

El programa PTTE establece los lineamientos generales que debe adoptar la entidad para que esté en condiciones de identificar, evaluar, prevenir y mitigar el riesgo de corrupción, opacidad y/o fraude. Se incorporan igualmente a este programa las medidas de actuación de los empleados, colaboradores, terceros, contratistas de la entidad, así mismo se establecen consecuencias y sanciones frente a su inobservancia.



• • •

## Roles y responsabilidades

Aunque la responsabilidad frente a la prevención de los riesgos de COF y Soborno es de todos en la entidad, se definen responsabilidades de acuerdo con el nivel de gobierno del Hospital.

### *Junta Directiva o máximo órgano social*

Son responsabilidades de la Junta Directiva las siguientes:

- Aprobar el documento que contemple el Programa de Transparencia y Ética Empresarial PTEE y sus modificaciones.
- Promover una cultura de “cero tolerancias” con actos de corrupción, opacidad, fraude y soborno al interior y fuera de la entidad.
- Definir el perfil del Oficial de Cumplimiento conforme a esta Política.
- Designar al Oficial de Cumplimiento.
- Aprobar el PTEE y sus actualizaciones, presentadas por el representante legal y el Oficial de Cumplimiento.
- Asumir un compromiso como máximo órgano social, dirigido a la prevención de los Riesgos de COF y Soborno de forma tal que la entidad pueda llevar a cabo sus operaciones de manera ética, transparente y honesta.
- Velar porque los recursos económicos, técnicos, logísticos y humanos sean los necesarios para implementar y mantener en funcionamiento del PTEE, según los requerimientos que para el efecto realice el Oficial de Cumplimiento.
- Ordenar las acciones pertinentes contra empleados, colaboradores y demás agentes de la entidad, cuando cualquiera de los anteriores infrinja lo previsto en el PTEE.
- Apoyar la estrategia de comunicación y pedagogía adecuada que actúe de manera vertical y horizontal para garantizar la divulgación y conocimiento eficaz de las Políticas de Cumplimiento y del PTEE a los empleados, Contratistas, entre otros, (conforme a los Factores de Riesgo y Matrices de Riesgos) y demás partes interesadas identificadas.

### *Representante legal*

Las siguientes son responsabilidades del Representante Legal:

- Presentar con el Oficial de Cumplimiento, para aprobación de la junta directiva, o máximo órgano social la propuesta del PTEE y sus actualizaciones.
- Velar porque el PTEE se articule con las Políticas de Cumplimiento adoptadas por la junta directiva o el máximo órgano social.

• • •

- Prestar efectivo, eficiente y oportuno apoyo al Oficial de Cumplimiento en el diseño, dirección, supervisión y monitoreo del PTEE.
- Verificar a través del oficial de cumplimiento que las actividades que resulten del desarrollo del PTEE se encuentran debidamente documentadas, de modo que se permita que la información responda a unos criterios de integridad, confiabilidad, disponibilidad, cumplimiento, efectividad, eficiencia y confidencialidad.
- Garantizar la asignación de manera eficiente, de los recursos económicos, técnicos, logísticos y humanos necesarios para implementar el PTEE.
- Verificar que el Oficial de Cumplimiento cuente con la disponibilidad y capacidad necesaria para desarrollar sus funciones.
- Presentar a la junta directiva o máximo órgano social, los reportes, solicitudes y alertas que considere que deban ser tratados por dichos órganos y que estén relacionados con el PTEE.

### **Oficial de cumplimiento**

Para desempeñar el cargo de Oficial de Cumplimiento se deberá cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- Contar con conocimientos en materia de Administración de riesgos de COF y Soborno y entender el giro ordinario de las actividades de la entidad.
- No pertenecer a la junta directiva, ni a los órganos de auditoría o control interno o externo (revisor fiscal o vinculado a la empresa de revisoría fiscal que ejerce esta función, si es el caso) o quien ejecute funciones similares o haga sus veces en la Compañía.

Las siguientes son responsabilidades del Oficial de cumplimiento:

- Garantizar la protección al denunciante y promover el conocimiento de las políticas de prevención de acoso laboral conforme a la ley en conjunto con el COPASST de la entidad.
- Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa a la gestión y prevención del riesgo de COF y Soborno.
- Presentar con el representante legal, para aprobación de la junta directiva o quien haga sus veces, la propuesta del PTEE.
- Presentar, por lo menos una vez al año, informes de la gestión del PTEE a la junta directiva o quien haga sus veces. Como mínimo los informes deben contener una evaluación y análisis sobre la eficiencia y efectividad del PTEE y, de ser el caso, proponer las mejoras respectivas. Así mismo, se deberán demostrar los resultados de esta gestión.
- Velar porque el PTEE se articule con las Políticas de Riesgo adoptadas por la junta directiva o quien haga sus veces.

• • •

- Velar por el cumplimiento efectivo, eficiente y oportuno del PTEE.
- Garantizar la implementación de canales apropiados para permitir que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, acerca de presuntos incumplimientos del PTEE y posibles actividades sospechosas relacionadas con COF y Soborno.
- Verificar la debida aplicación de la política de protección a denunciantes que la entidad haya establecido.
- Coordinar el desarrollo de programas internos de capacitación del PTEE.
- Realizar la evaluación del cumplimiento del PTEE como mínimo una vez al año.

### **Empleados**

- Cumplir con las políticas, procedimientos, manuales y/o instructivos correspondientes a la prevención del riesgo de COF y Soborno.
- Participar en los procesos de formación y entrenamiento a los que sean convocados.
- Abstenerse de autorizar, motivar, aprobar, participar o tolerar incumplimientos del presente programa.
- Reportar a través de los canales previstos por la entidad, cualquier incumplimiento al presente programa.
- Abstenerse de tomar represalias, directa o independientemente, o alentar a otros a hacerlo, en contra de cualquier otro empleado por denunciar una sospecha de incumplimiento del presente programa.

### **Empleados que estén expuestos directamente al riesgo de COF y soborno**

- Deben cumplir con las responsabilidades mencionadas en el punto anterior.
- Deben conocer en detalle el presente procedimiento de debida diligencia de terceros.
- Participar en los procesos de formación y entrenamiento a los que sea convocado.

### **Control interno**

Son funciones de la control interno en relación con el PTEE, las siguientes:

- Evaluar la efectividad y cumplimiento del PTEE.
- Las personas a cargo del ejercicio de estas funciones deben incluir dentro de sus planes anuales de auditoría la revisión de la efectividad y cumplimiento del PTEE, con el fin de servir de fundamento para que, tanto el oficial de cumplimiento y la administración, puedan determinar la existencia de deficiencias del PTEE y sus posibles soluciones.

• • •

- Comunicar el resultado de dichas auditorías internas al Representante Legal, al oficial de cumplimiento y a la Junta Directiva o al máximo órgano social.

### **Revisoría Fiscal**

El revisor fiscal en cumplimiento de su deber, deberá prestar especial atención a las alertas que pueden dar lugar a sospecha de un acto relacionado con un posible acto de COF y Soborno que conozca en desarrollo de sus funciones y denunciar ante las autoridades competentes.

## **JUSTIFICACIÓN**

El presente programa está enfocado en la continua evaluación basada en el riesgo con una periodicidad anual.

El diseño de este programa estará enmarcado en la evaluación exhaustiva que la entidad hace de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno, los cuales se verán reflejados en la matriz de identificación y llevará al tratamiento adecuado de los mismos para cada vigencia.

## **DEFINICIONES**

**Activos totales:** Son todos los activos, corrientes y no corrientes, reconocidos en el estado de situación financiera de la entidad y que corresponden a los recursos económicos controlados por la entidad.

**Auditoría de cumplimiento:** Es la revisión sistemática, crítica y periódica respecto de la debida implementación y ejecución del PPTE.

**Administración de riesgos:** Actividades coordinadas para direccionar y controlar una organización en relación con el riesgo.

**Cliente/usuario:** Personas naturales o jurídicas con quienes la entidad establece y mantiene una relación de tipo legal o contractual para la prestación de un servicio o el suministro de cualquier producto.

**Conflicto de intereses:** en Colombia, el concepto de conflicto de intereses se encuentra definido en el artículo 44 del Código General Disciplinario (Ley 1952 de 2019) y nos dice que este surge “cuando el interés general propio de la función pública entra en conflicto con el interés particular y directo del servidor público”. Respecto de la gestión de los conflictos de intereses en el sector público, referirse a

• • •

las guías y manuales expedidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

**Contraparte:** Es cualquier persona natural o jurídica con la que la entidad, tenga vínculos comerciales, de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden. Entre otros, son contraparte los miembros de la junta, empleados, colaboradores, contratistas y proveedores.

**Contratistas:** Tercero que presta sus servicios a una entidad/empresa o que tenga con esta una relación jurídica contractual de cualquier naturaleza. Los contratistas pueden incluir, entre otros, a proveedores, asesores, consultores y a personas que sean parte en contratos de colaboración o de riesgo compartido con la entidad.

**Corrupción:** se entiende como el uso del poder para desviar la gestión de lo público hacia el beneficio privado, afectando la garantía de los derechos humanos y derechos fundamentales de las personas. En esa medida, un acto de corrupción comprende diferentes conductas tipificadas por el sistema penal y el sistema disciplinario que tienen como objetivo la corrupción.

**COF:** Iniciales de las palabras corrupción, opacidad y fraude.

**Debida diligencia:** Es la revisión al inicio y periódica que ha de hacerse sobre los aspectos legales, contables, financieros relacionados con un negocio o transacción nacional o internacional, cuyo propósito es el de identificar y evaluar los riesgos de soborno y corrupción que pueden afectar a la entidad.

**Fraude:** cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.<sup>1</sup>

**Factores de riesgo:** Son los posibles elementos o causas generadoras de riesgo de corrupción para la compañía.

**Riesgo de cumplimiento:** Una amenaza existente o emergente relacionada con un incumplimiento legal o de política interna, o violación del código de conducta y buen gobierno, que podría resultar en violaciones civiles o penales, y generar consecuencias financieras negativas, deterioro de la imagen de marca o de la reputación.

---

<sup>1</sup> Definición tomada de la Organización Internacional de Normalización – ISO. Este constituye uno de los términos comunes y definiciones esenciales de la estructura armonizada para las normas de sistemas de gestión de ISO

• • •

**Riesgo Legal:** Es la posibilidad de pérdida en que incurre la compañía al ser sancionada y obligada a indemnizar daños como resultado del incumplimiento de normas o regulaciones y obligaciones contractuales. Surge también como consecuencia de fallas en los contratos y transacciones, derivadas de actuaciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones.

**Grupos de interés:** Es cualquier persona natural o jurídica con quien la compañía tiene un acuerdo contractual o jurídico de cualquier orden, vínculos comerciales, de negocios o alianzas. Son grupos de interés: usuarios, comunidad, empleados, colaboradores, proveedores, canales de distribución, entre otros.

**Normas anticorrupción y antisoborno:** Son la Ley FCPA, la ley UK Bribery, la Convención contra el Soborno Transnacional de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), las Normas Nacionales contra la corrupción y cualquier otra ley aplicable contra la corrupción y el soborno.

**Normas nacionales contra la corrupción:** Es la ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción o soborno y la efectividad para el control de la gestión pública, así como sus decretos reglamentarios y las normas que la modifiquen, sustituyan o complementen. De la misma manera, se considera relevante la Ley 1778 de 2016 por medio de la cual se dictaron normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de corrupción transnacional y así mismo se dictaron disposiciones en materia de lucha contra la corrupción.

**Pagos de facilitación:** Pagos realizados a funcionarios del gobierno con el fin de asegurar, impulsar o acelerar trámites de carácter legal y rutinario en beneficio de la entidad o de sus empleados, colaboradores, miembros de junta directiva y otros grupos de interés.

**Soborno:** el soborno es una conducta tipificada dentro del sistema penal colombiano que se refiere al acto de dar u ofrecer a otra persona (según la naturaleza de los sujetos este puede tipificarse como cohecho, soborno o soborno transnacional) una dádiva para conseguir que, de forma ilícita, se favorezcan sus intereses.

**Servidor público extranjero:** Tiene el alcance previsto en el parágrafo primero del artículo segundo de la Ley 1778 "Toda persona que tenga un cargo legislativo, administrativo o judicial en un Estado, sus subdivisiones políticas o autoridades locales, o una jurisdicción extranjera, sin importar si el individuo hubiere sido nombrado o elegido. También se considera servidor público extranjero toda persona que ejerza una función pública para un Estado, sus subdivisiones políticas



• • •

o autoridades locales, o en una jurisdicción extranjera, sea dentro de un organismo público o de una empresa del Estado o una entidad cuyo poder de decisión se encuentre sometido a la voluntad del Estado, sus subdivisiones políticas o autoridades locales, o de una jurisdicción extranjera. También se entenderá que ostenta la referida calidad cualquier funcionario o agente de una organización pública internacional.

**Soborno transnacional:** Es el acto en virtud del cual, la compañía por medio de sus empleados, altos directivos, contratistas, da, ofrece, o promete a un servidor público extranjero, de manera directa o indirecta: sumas de dinero, objetos de valor pecuniario o cualquier beneficio o utilidad a cambio de que dicho servidor público realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional.

**OCDE:** Es la organización para la cooperación y el desarrollo económico.

**Oficial de cumplimiento:** Es el empleado designado por la entidad que está encargado de promover, desarrollar y velar por el cumplimiento de los procedimientos específicos de prevención, actualización y mitigación del riesgo de corrupción, soborno, opacidad o fraude

## INFORMACIÓN GENERAL DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro es una institución que presta servicios de salud de primero, segundo y algunos de tercer nivel de complejidad mediante un modelo de atención en salud, enmarcado en la calidad y la atención humanizada y segura, centrado en el ser humano y su familia para preservar y/o mejorar su condición de salud, a través del uso responsable de sus recursos tanto físicos como financieros.

El Programa de Transparencia y Ética empresarial – PTEE se suma a los esfuerzos de la entidad por realizar acciones de identificación y gestión de los diferentes riesgos de Corrupción, opacidad, fraude – COF y soborno, fomentado en la entidad una cultura de denuncia y de protección al denunciante de manera tal que los procesos se realicen no sólo de conformidad a la normatividad vigente, sino apuntando a la no materialización de acciones que afecten el normal desempeño de la entidad.

## CONTENIDO

### Planeación

La planeación estratégica del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) se integrará a las dinámicas institucionales del Hospital San Juan de Dios E.S.E., alineándose con los lineamientos establecidos en la dimensión de Direccionamiento Estratégico del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los planes de acción institucionales.

#### 1. Formulación y Validación del PTEP

El programa será formulado con base en las disposiciones legales vigentes, específicamente la Ley 2016 de 2020, la articulación y unificación de los Programas de transparencia y ética empresarial, Programa de transparencia y ética pública y el plan anticorrupción y atención al ciudadano, y se desarrollará mediante un enfoque participativo que incluya:

- **Identificación de necesidades y riesgos éticos:** Diagnóstico inicial para identificar áreas críticas relacionadas con la transparencia y la ética.
- **Recolección de insumos:** Consultas internas con funcionarios y contratistas, así como consultas externas con ciudadanos y grupos de interés, según las políticas de participación ciudadana, mediante los medios de comunicación institucionales.
- **Validación preliminar:** Presentación del borrador a la alta dirección y grupos representativos para retroalimentación y ajustes.

#### 2. Consolidación y Aprobación

- **Consolidación del Programa:** Integración de las acciones estratégicas, los instrumentos requeridos y los términos específicos para su desarrollo.
- **Aprobación institucional:** Presentación del documento final a la Junta Directiva para su adopción oficial.

#### 3. Incorporación al Plan de Acción Institucional

El PTEP será un componente explícito del Plan de Acción institucional anual, con las siguientes consideraciones:

- **Asignación de recursos:** Identificación de acciones que requieren presupuesto específico y gestión de recursos en caso de no contar con capacidades propias.
- **Responsabilidades:** Designación de responsables directos para cada etapa y acción del ciclo del programa.



• • •

- **Cronograma:** Establecimiento de plazos específicos para el desarrollo de instrumentos y ejecución de actividades.

#### 4. Innovación y Mejora Continua

- **Revisiones periódicas:** En el informe anual del oficial de cumplimiento designado se incluirá la evaluación de los componentes, acciones e instrumentos del programa, promoviendo la incorporación de enfoques innovadores y promoviendo el ajuste de las estrategias en función de nuevas normativas, necesidades institucionales o demandas ciudadanas.

#### 5. Promoción de la Participación Ciudadana

- **Transparencia en la gestión pública:** Publicación de informes de avances del PTEP en canales oficiales, promoviendo la rendición de cuentas y el acceso a la información, lo cual busca incentivar la participación de ciudadanos, usuarios del sistema de salud y otros actores clave.

#### 6. Seguimiento y Evaluación

El PTEP contará con monitoreo semestral por parte del área de Planeación y Calidad desde el Plan de Acción anual, para evaluar su ejecución en tiempo real y realizar ajustes en las acciones planificadas. Estas evaluaciones incluyen la verificación del cumplimiento de los aspectos transversales a cargo del oficial de cumplimiento y del componente programático desde la herramienta de seguimiento de las actividades incluidas en el Plan de acción anual.

### Estrategia institucional para la lucha contra la corrupción

#### Gestión del riesgo

##### *Acción estratégica 1: Riesgos para la integridad pública*

El Mapa de Riesgos de la Corrupción, es una herramienta metodológica que permite identificar de manera clara y sistemática las áreas y procesos que son más vulnerables a la comisión de hechos de corrupción, diseñar medidas para mitigar los riesgos, monitorear los riesgos de Corrupción al interior del Hospital, identificar los riesgos trazadores y los indicadores de monitoreo y control, los cuales serán incluidos en la metodología de mapa de riesgos establecida por el hospital.

De acuerdo a la Política de Gestión del Riesgo adoptada por el Hospital alineada con las directrices del Modelo Integral de Planeación y Gestión (MIPG), es necesario analizar el entorno e identificar los factores a considerar (positivos y negativos), luego identificar los riesgos por proceso y realizar un adecuado análisis de las causas, de los riesgos en cada proceso y por último las consecuencias a que pueden llevar los riesgos.

• • •

**Contexto externo:** Se trata del entorno en el cual opera la entidad. Son las condiciones económicas, sociales, culturales, políticas, legales, ambientales o tecnológicas; y

**Contexto interno:** Las condiciones que se relacionan con la estructura, cultura organizacional, el cumplimiento de planes, programas/proyectos, procesos/procedimientos, sistemas de información, modelo de operación, recursos humanos y económicos con que cuenta la entidad.

Para la construcción del mapa de riesgos se tendrán en cuenta los actos de corrupción que se pueden presentar en los diferentes procesos, entre los cuales podemos mencionar: Conflicto de intereses, soborno, corrupción, fraude. Ver ítem definiciones.

Para la medición de los riesgos de corrupción se determinó la probabilidad de materialización del riesgo y sus consecuencias o impacto, con el fin de establecer la zona de riesgo inicial, estos criterios según la Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 1 y Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6

Una vez identificados los riesgos de corrupción, se define los controles, ya sean preventivos, detectables, correctivos y si son manuales o automáticos para posteriormente establecer la zona de riesgo final según la efectividad los controles aplicados. Ver Política de Administración del Riesgo y Manual del sistema de administración de riesgos corrupción, opacidad y fraude código MEC0101002

Determinando la efectividad de sus controles para minimizar el riesgo, a su vez la Oficina de Control Interno realizará su propio informe de evaluación de riesgos y controles de segundo orden.

Cuando se materializan riesgos identificados en la matriz de riesgos deben aplicar las acciones de respuesta a riesgos acorde con el Manual del sistema de administración de riesgos corrupción, opacidad y fraude código MEC0101002.

Líder de Proceso:

- Informar a la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa en el tema de riesgos sobre el posible hecho encontrado y marcar en el SGI la alerta de posible materialización.
- Una vez surtido el conducto regular establecido por la entidad y dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), determinar la aplicabilidad del proceso disciplinario.

• • •

- Identificar las acciones correctivas necesarias y documentarlas en el plan de mejoramiento.
- Efectuar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora.
- Revisar los controles existentes y actualizar el mapa de riesgos.

### *Acción estratégica 2: Canales de denuncia*

El reporte de denuncias constituye un componente esencial del Programa, diseñado para garantizar la detección, investigación y resolución de actos de corrupción y soborno. Esta etapa se desarrolla bajo los principios de imparcialidad, confidencialidad, cooperación institucional y cumplimiento normativo.

## **1. Canal de Denuncias**

El hospital establece la ruta de denuncia para los colaboradores y las personas externas al hospital y las personas externas a la misma puedan informar a la organización conductas irregulares evidenciadas en el ejercicio de las actividades propias del objeto social de la entidad, como también diferentes anomalías en los procesos de atención, administrativos y todos los que hacen parte del desarrollo.

Mediante un formulario exclusivo en la página web, disponible en el menú **Atención a la Ciudadanía** en la opción **Registro de Denuncias y actos de corrupción**, la cual corresponde a “la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar”<sup>2</sup>, la cual desplegará una serie de datos para registrar la denuncia si el denunciante desea registrarlos o podrá seleccionar la opción **Anónima**.

El canal está disponible para empleados, colaboradores y ciudadanos, asegurando la protección de la identidad del denunciante. Permite registrar información detallada sobre el hecho denunciado, incluyendo lugar, fecha, sujetos involucrados, impacto y existencia de pruebas.

## **2. Evaluación de Denuncias**

Las denuncias serán evaluadas inicialmente para determinar su credibilidad y gravedad. El consolidado de este formulario es gestionado por el oficial de cumplimiento del Sistema de administración de riesgos de corrupción, opacidad y fraude (SICOF). Este proceso incluye:

- Identificación de elementos clave como ubicación, fecha, sujetos involucrados, impacto y pruebas disponibles.

---

<sup>2</sup> Presidencia de la República de Colombia, Secretaría de Transparencia, “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – Versión 2”, 2015, página 37

• • •

- Garantizar que los evaluadores no dependan jerárquicamente del sujeto denunciado.
- Con base en la evaluación, se definirán las medidas necesarias, como recopilación de información adicional, acciones correctivas preliminares o informe a autoridades competentes.

### 3. Investigación Interna

Si la denuncia es válida y grave, se realizará una investigación interna bajo los siguientes parámetros:

- **Metodología:** Entrevistas, revisión documental y recopilación de evidencias, asegurando que el proceso no interfiera con investigaciones judiciales en curso.
- **Colaboración:** Facilitar la cooperación con órganos de control y la Fiscalía, cumpliendo con los estándares de debida diligencia.
- **Responsabilidades:** La investigación será dirigida por el oficial de cumplimiento del SicoF y oficial de cumplimiento del PTEE.

### 4. Acciones Correctivas y Disciplinarias

Con base en los resultados de la investigación:

- Se tomarán medidas correctivas, como modificaciones en políticas, procedimientos y controles internos.
- El Oficial de Cumplimiento en pro de desarrollar reportes efectivos del cumplimiento del SICOE realizará los reportes externos positivos por corrupción y fraude, por medio del Portal Anticorrupción de Colombia (PACO), mediante la dirección <https://portal.paco.gov.co/> opción "Denuncia". Portal que agrupa información de contratación, sanciones, reportes y noticias sobre posibles hechos de corrupción y un canal seguro para la denuncia ciudadana
- Los funcionarios que incumplan el PTEE estarán sujetos a sanciones conforme al Código Único Disciplinario, el reglamento interno de trabajo y la normativa vigente.

### 5. Respuestas a Autoridades Competentes

El oficial de cumplimiento del PTEE será el encargado de coordinar y atender requerimientos de información de entidades como la Contraloría y Superintendencias. Las respuestas a los requerimientos de información sobre el PTEE que hagan a la entidad, las diferentes autoridades competentes se coordinarán y se atenderán a través del oficial de cumplimiento.

El oficial de cumplimiento deberá evaluar la respuesta y los documentos que enviará a los entes de control. Para el caso de aquellos entes de control como la

• • •

Contraloría, Superintendencia y demás entes de control en el tema, podrá entregar de acuerdo con su criterio toda la información necesaria para la revisión y verificación correspondiente.

- **Evaluación de la respuesta:** El oficial revisará y aprobará los documentos antes de su envío.
- **Colaboración institucional:** Se proporcionará toda la información necesaria para las verificaciones pertinentes, conforme a los principios de transparencia y cooperación.

## 6. Seguimiento y Comunicación

Los denunciantes serán informados sobre el progreso y las acciones tomadas respecto a su denuncia, fortaleciendo la confianza en el proceso. La entidad divulgará los resultados de las investigaciones y medidas adoptadas, asegurando transparencia hacia sus grupos de interés.

## 7. Conservación de Registros y Evidencias

Los registros que sean generados por el monitoreo permanente o porque son parte de la gestión del proceso, deben conservarse, y se debe garantizar el acceso al oficial de cumplimiento sin restricciones.

Los registros generados por una verificación especial deben ser administrados por el oficial de cumplimiento y tendrá conocimiento el Representante Legal de la entidad. Se garantizará el acceso a dichos registros al oficial de cumplimiento, asegurando su conservación y protección.

*Acción estratégica 3: Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación para la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – LAFT/FPADM.*

La implementación del **Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT/ FPADM)** en la entidad tiene como objetivo prevenir y mitigar el riesgo de que esta sea utilizada directa o indirectamente como vehículo para actividades ilícitas, protegiendo así su integridad, transparencia y cumplimiento normativo.

**Oficial de Cumplimiento:** El sistema está liderado por un **Oficial de Cumplimiento** designado, quien tiene la responsabilidad de:

- Supervisar la implementación y efectividad del SARLAFT/FP.
- Asegurar el cumplimiento de la normativa vigente.
- Coordinar la respuesta a los riesgos identificados, en colaboración con las áreas relevantes.

• • •

- Generar reportes y atender requerimientos de información de las autoridades competentes.

El sistema identifica los riesgos de LA/FT en tres etapas clave, permitiendo establecer puntos de intervención y prevención:

1. **Colocación:** Identificación de actividades o sectores susceptibles de ser utilizados para introducir fondos de origen ilícito.
2. **Ocultamiento:** Detección de transacciones o esquemas complejos que busquen separar los fondos ilícitos de su fuente original.
3. **Integración:** Prevención de transacciones comerciales o personales que intenten dar apariencia de legalidad a recursos ilícitos.

Se utilizan metodologías como la matriz de riesgos y herramientas de análisis basadas en la **Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas**.

Para mitigar el riesgo de LA/FT, el SARLAFT/FP contempla los siguientes procedimientos:

- **Debida Diligencia:**
  - Identificación de contrapartes y beneficiarios finales.
  - Verificación de antecedentes mediante listas restrictivas nacionales e internacionales.
- **Monitoreo y Seguimiento:**
  - Monitoreo continuo de transacciones y actividades realizadas en la entidad.
  - Implementación de alertas tempranas para identificar operaciones inusuales o sospechosas.
- **Reportes Obligatorios:**
  - Generación de reportes de operaciones sospechosas (ROS) y consultas necesarias ante las autoridades competentes.
- **Requerimientos de Información:**
  - Las solicitudes de información de las autoridades (e.g., Contraloría, Fiscalía) serán atendidas por el Oficial de Cumplimiento, quien verificará y coordinará el envío de documentación.

Este sistema se encuentra documentado a nivel institucional en el MEC0102001 Manual del sistema de administración del riesgo lavado y financiación terrorismo SARLAFT, mediante el cual la entidad refuerza su compromiso con la transparencia, la legalidad y la prevención de actividades ilícitas, contribuyendo al fortalecimiento de la ética pública y la confianza institucional.



• • •

#### *Acción estratégica 4: Debida diligencia*

En el marco del **Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM)**, la **debida diligencia** se constituye en un elemento esencial para mitigar los riesgos asociados a la vinculación de contrapartes, empleados, contratistas y proveedores. Además, resulta clave para el adecuado conocimiento de clientes o usuarios cuando las entidades captan recursos en el desarrollo de su misión.

La debida diligencia implica la identificación y verificación de las contrapartes, tanto personas naturales como jurídicas, incluyendo la determinación de los beneficiarios finales con participaciones igual o superior al 5% del capital social, en cumplimiento de la normatividad vigente. Para personas expuestas políticamente (PEP), el procedimiento debe ser más riguroso, garantizando la actualización constante de la información recabada. Asimismo, los datos de funcionarios, contratistas y proveedores deben mantenerse actualizados en las plataformas establecidas por la ley y las propias de la entidad.

Es fundamental identificar operaciones inusuales o sospechosas mediante herramientas tecnológicas y establecer señales de alerta que permitan detectar transacciones o comportamientos atípicos. Estas operaciones deben ser soportadas con evidencias físicas o digitales seguras, restringiendo su acceso a personal autorizado. También se deben promover medios de pago electrónicos, minimizando el manejo de efectivo para reducir riesgos asociados.

La segmentación de los factores de riesgo es otro aspecto crítico. Las entidades deben clasificar las contrapartes según sus características, asegurando homogeneidad en cada segmento y heterogeneidad entre ellos. Este análisis facilita la gestión de riesgos y permite un control más eficaz de las actividades que puedan representar amenazas de lavado de activos o financiación del terrorismo.

Para obtener una guía detallada sobre estos procedimientos, remítase al MEC0102001 Manual del sistema de administración del riesgo lavado y financiación terrorismo SARLAFT/PADM, donde se definen las estrategias, criterios y herramientas para la correcta aplicación de la debida diligencia en todos los niveles. Este manual es de consulta obligatoria para las áreas responsables de implementar y supervisar el sistema de administración de riesgos.

### **Redes y articulación**

#### *Acción estratégica 5: Redes internas*

La articulación interna fortalece las acciones estratégicas del **PTEE** mediante el intercambio eficiente de información entre áreas y dependencias, mejorando la toma de decisiones, la gestión de riesgos y la transparencia.

• • •

Se promoverá la creación o asignación de comunidades internas para dialogar, colaborar y monitorear las acciones del Programa dentro de comités existentes u otras instancias de decisión. Estas comunidades:

- Identificarán barreras para la implementación y propondrán soluciones.
- Compartirán información relevante generada por las áreas de la entidad.
- Establecerán mecanismos claros de intercambio de información.

En conjunto con la oficina de comunicaciones, se revisará de forma anual la implementación de un instrumento que permita reportar y discutir regularmente las acciones y resultados del PTEE dentro de estas comunidades internas. Esto asegura el monitoreo continuo, el fortalecimiento de las dinámicas internas y el compromiso colectivo en la implementación del Programa. Se podrán realizar actividades como:

- Realizar talleres de sensibilización sobre la importancia de la articulación interna.
- Elaborar protocolos para el intercambio de información entre áreas.
- Diseñar reportes periódicos que consoliden y difundan los avances del PTEE.

#### *Acción estratégica 6: Redes externas*

Las entidades deben establecer conexiones estratégicas con organizaciones a nivel sectorial, local, regional y nacional para fomentar el diálogo sobre transparencia y ética pública, fortaleciendo la implementación del PTEE. Esto incluye participar en sistemas de coordinación interinstitucional existentes y crear nuevas instancias colaborativas que promuevan soluciones conjuntas a desafíos éticos.

Además, se debe avanzar hacia la interoperabilidad de datos mediante herramientas tecnológicas que permitan un intercambio de información ágil y seguro entre entidades. Estas redes externas crean un ecosistema colaborativo donde la transparencia y la ética son valores compartidos, impactando positivamente la gestión pública.

En conjunto con la oficina de comunicaciones, se revisará de forma anual las actividades a implementar, dentro de las cuales se podrán definir:

- Mapear entidades clave con las que se deben fortalecer las relaciones.
- Firmar convenios interinstitucionales para la colaboración en acciones estratégicas.
- Implementar plataformas tecnológicas para el intercambio de información interinstitucional.



• • •

## Cultura de la legalidad y Estado Abierto

### *Acción estratégica 7. Acceso a la información pública y transparencia*

Según el 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, el Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro, divulga la información, responde de manera adecuada y captura la información pública acorde con su Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública mediante la Resolución 117 de 2018.

**Lineamientos de transparencia activa:** En cumplimiento a la Ley 1712 de 2014 el Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro tiene disponible la información a través de medios físicos y electrónicos mediante la página Web [eserionegro.gov.co](http://eserionegro.gov.co) según los parámetros establecidos por la estrategia de gobierno en línea, en el menú principal en la opción Transparencia y Acceso a la información.

**Lineamientos de transparencia pasiva:** Todas las peticiones y solicitudes de información se responden en el término definido por la Ley y por el medio solicitado.

**Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información:** Todos los instrumentos de gestión de la información se encuentran articulados con el programa de gestión documental del Hospital:

- El Registro o inventario de activos de información.
- El Índice de información clasificada y reservada.
- El Esquema de publicación de información.

Los mecanismos de adopción y actualización de estos instrumentos se realizan a través de acto administrativo y se publicaran en un formato que garantice la accesibilidad en el sitio web oficial de la entidad, atendiendo lo dispuesto por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, así como en el Portal de Datos Abiertos del Estado colombiano.

**Criterio diferencial de accesibilidad:** Se tienen en cuenta las características de la comunidad en el momento de publicar información para que sea comprensible. Se definirán de forma anual las actividades a implementar de forma progresiva para permitir:

- Que la forma, tamaño o modo en la que se presenta la información pública, permita su visualización o consulta para los grupos étnicos y culturales del país, y para las personas con discapacidad.
- Adecuar los medios electrónicos para permitir la accesibilidad a personas con discapacidad.

• • •

- Implementar los lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para personas con discapacidad.
- Identificar acciones para responder a solicitud de las autoridades de las comunidades, para divulgar la información pública en diversos idiomas y lenguas de los grupos étnicos y culturales del país.

**Monitoreo del Acceso a la información Pública:** Se deberá consolidar en un informe periódico el número de solicitudes de información recibidas, las trasladadas a otra institución, el tiempo de respuesta a cada solicitud y a cuantas se les negó acceso.

#### *Acción estratégica 8. Participación ciudadana y rendición de cuentas*

Dado que la rendición de cuentas “establece una relación de diálogo entre los actores que exigen y los que rinden cuentas. Los hace hablar a ambos, involucrándolos en un debate público” (Schedler 2004, 14), se deben tener en cuenta los siguientes elementos:

El elemento **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 con el plan de desarrollo nacional, departamental o municipal, así como a la disponibilidad, exposición y difusión de datos, estadísticas o documentos por parte de la institución. Los datos y los contenidos deben cumplir principios de calidad, disponibilidad y oportunidad para llegar a todos los grupos poblacionales y de interés.

El elemento **diálogo** se refiere a la sustentación, explicaciones y justificaciones o respuestas de la administración ante las inquietudes de los ciudadanos relacionadas 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 elemento **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.

Para el diseño e implementación de la estrategia de rendición de cuentas se define como líder el área de Calidad y Planeación, de igual forma se define un equipo para el logro de los objetivos del proceso de rendición de cuentas. “Se debe recordar que la responsabilidad y el liderazgo del proceso es de la autoridad de la entidad, cuyo cumplimiento es indelegable, y que involucrar a todas las unidades y dependencias de la entidad es un reto fundamental para el buen desarrollo de

• • •

la estrategia"<sup>3</sup>, el enlace en cada una de las áreas y servicios será el líder de las mismas.

El equipo está conformado por:

- Asesora de Calidad
- Subdirectora Administrativa y Financiera
- Jefe de Control Interno
- Comunicadora
- Jefe grupo de Sistemas
- Coordinadora Atención al Usuario

El equipo tiene las siguientes funciones:

- Identificar los elementos estructurales del proceso de rendición de cuentas: identificación de estado actual de la rendición de cuentas, identificación de grupos de interés, análisis del entorno y definición de objetivos.
- Liderar el diseño de la estrategia de rendición de cuentas definiendo actividades, responsables, recursos, tiempos y observaciones, con la validación de los actores involucrados.
- Liderar la implementación de la estrategia de rendición de cuentas. Garantizando la información, el diálogo y la responsabilidad – incentivos del proceso.
- Hacer seguimiento periódico a la implementación de la estrategia de rendición de cuentas.
- Informar a la autoridad de la entidad y los grupos de interés los resultados del seguimiento a la Estrategia, generar alertas tempranas y tomar las decisiones para el cumplimiento del objetivo.
- Determinar y gestionar los requerimientos y apoyos de asistencia técnica que demande la entidad para el proceso de rendición de cuentas.
- Capacitar y sensibilizar a los grupos de interés en todo el proceso.
- Sistematizar el proceso de rendición de cuentas e identificar las lecciones aprendidas y las buenas prácticas para su difusión.

Para el logro de sus funciones se destinarán espacios dentro del comité institucional de gestión y desempeño, con una periodicidad bimestral, donde se ejecutarán las 5 etapas de la estrategia:

- **Aprestamiento:** Esta etapa incluye actividades para la identificación del estado actual de rendición de cuentas, capacitación y organización del trabajo del equipo líder. La entidad debe prepararse todo el tiempo para la rendición de cuentas.

---

<sup>3</sup> Manual único de rendición de cuentas. Versión 2. Dirección de participación, transparencia y servicio al ciudadano. Febrero de 2019

• • •

- **Diseño:** se refiere a la actividad creativa desarrollada para concretar el cómo del proceso de rendición de cuentas en la futura etapa de ejecución. Tiene la finalidad de proyectar actividades que sean útiles y efectivas.
- **Preparación:** Se refiere a las condiciones necesarias para la rendición de cuentas y abarca actividades como: generación y análisis de la información, elaboración del informe de gestión para la rendición de cuentas, diseño de los formatos, mecanismos para la publicación, difusión y comunicación permanentes y la capacitación de los actores interesados para la rendición de cuentas.
- **Ejecución:** esta etapa consiste en la puesta en marcha de la estrategia de rendición de cuentas de cada entidad de acuerdo con las actividades definidas.
- **Seguimiento y evaluación:** el seguimiento y la evaluación de la estrategia de rendición de cuentas es transversal, inicia y finaliza con la elaboración del autodiagnóstico, ya que este brinda las bases para definir los indicadores y evidenciar el avance en la en una entidad.

El Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro tiene implementadas acciones que fortalecen y dan importancia al servicio al ciudadano desde el compromiso de la Gerencia y su grupo directivo, el acompañamiento de las áreas de la institución en la resolución y gestión de quejas y reclamos y el seguimiento de los planes de mejora propuestos. Específicamente se adoptó mediante la Resolución 031 de 2019 la Política de Servicio al Ciudadano y Participación Ciudadana y se implementa el plan de participación ciudadana donde se promueven los mecanismos de participación.

Se tiene una oficina de Atención al Usuario en la sede Jorge Humberto Gonzales Noreña en el primer piso cerca de la entrada principal donde se realiza y centralizan los trámites de las PQRFS recepcionadas, para esto se cuenta con una líder del SIAU y dos auxiliares administrativas, quienes realizan la orientación y atención al ciudadano, gestión de PQRFS y monitoreo de la satisfacción del usuario.

En la sede Gilberto Mejía Mejía la funcionaria de información es la encargada de realizar las actividades de atención al usuario, se encuentra ubicada en la entrada principal de la sede. La consolidación de la información se realiza en la oficina de atención al usuario de la sede Jorge Humberto Gonzales Noreña.

• • •

### **Planeación estratégica del servicio al ciudadano**

El hospital realiza la caracterización de usuarios acorde con la base de datos generada desde el área de estadística como insumo para definir estrategias y acciones de la gestión institucional.

Se articulan las actividades de rendición de cuentas con las del servicio al ciudadano mediante la generación de espacios de diálogo interno y con los grupos de valor.

### **Fortalecimiento del talento humano al servicio del ciudadano**

Como parte de este subcomponente se tiene incluido dentro de la inducción del personal el SIAU, además se realiza de forma anual una jornada de humanización donde se presentan una serie de charlas con enfoque de atención centrada en el usuario y sus necesidades.

### **Gestión del relacionamiento con los ciudadanos**

Entre las funciones de la oficina de atención al usuario se realiza divulgación de derechos y deberes, información sobre el uso, acceso y disponibilidad de los servicios, apoyo y acompañamiento en la realización de trámites institucionales, enlace y articulación con la liga y asociación de usuarios.

Se cuenta con diferentes medios de contacto para facilitar la participación de la comunidad:

- Línea telefónica directa 5318431
- Línea telefónica 5313700 ext 165-119
- Correspondencia física en el Centro Administrativo de Documentos
- Correo electrónico: [eserionegro@hospitalrionegro.gov.co](mailto:eserionegro@hospitalrionegro.gov.co)
- Página Web: [eserionegro.gov.co](http://eserionegro.gov.co)
- De forma presencial en la oficina de atención al usuario en el primer piso, ingresando por la entrada principal.
- Buzones de sugerencias ubicados en los servicios.
- Página de Facebook

### **Evaluación de gestión y medición de la percepción ciudadana**

Las peticiones, quejas y reclamos recepcionadas por cualquiera de los medios de contacto son consolidados y analizadas por la líder de la oficina de atención al usuario y los jefes de servicios o áreas para realizar el respectivo plan de mejora y dar respuesta satisfactoria según el tiempo estimado dada la clasificación de prioridad. El cierre de cada caso (PQR) permite fortalecer la participación oportuna

• • •

del usuario e implementar acciones encaminadas a la mejora continua. De esta gestión se generan informes para subdirección científica y el comité de ética.

Con el fin de identificar el nivel de satisfacción de los usuarios y su familia se realizan mensualmente encuestas de satisfacción a una muestra aleatoria según el número de egresos por servicio, de dichas encuestas se obtiene la percepción del usuario frente a oportunidad, comodidad, buen trato, orden y aseo, además de la satisfacción global y si recomendaría o no los servicios del hospital.

Según la tabulación de las encuestas y los comentarios u observaciones registradas se generan planes de mejora y se realiza gestión de puntos más impactantes o repetitivos.

Adicional a estas actividades constantes de la oficina de atención al usuario se proyectarán las siguientes estrategias:

- Adecuar espacios para la comodidad de los usuarios como salas de espera con televisor.
- Socializar el Manual del usuario donde se consolide toda la información útil para el usuario como normas al interior del hospital, horarios de los servicios, derechos y deberes, trámites, etc.
- Incluir dentro del programa de capacitación temas relacionados con la prestación de servicios humanizado.
- Implementar un sistema de incentivos para los funcionarios para destacar el desempeño en sus actividades.
- Capacitar al personal de encargado de recepcionar las peticiones.
- Revisar y actualizar la política de protección de datos.

#### *Acción estratégica 9. Integridad en el servicio público*

En el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) y en cumplimiento de las disposiciones de la Ley 2016 de 2020, el hospital hace adopción y promoción del Código de Integridad en el Servicio Público como herramienta obligatoria. Este código deberá ser incorporado en la cultura organizacional, asegurando su conocimiento y aplicación por parte de todos los servidores públicos. Además, se desarrollarán mecanismos de sensibilización y formación, así como sistemas de monitoreo y evaluación, para fomentar comportamientos éticos, prevenir actos de corrupción y garantizar una gestión pública transparente, responsable y alineada con los valores institucionales.



• • •

### **Iniciativas adicionales**

#### *Parametrización de la contabilidad*

El sistema de procedimientos contables y financieros debe basarse en controles internos para mantener una contabilidad transparente y debe enfocarse en cuatro aspectos:

- Todas las transacciones deben tener una autorización general o particular del ordenador del gasto o en su defecto del funcionario competente para tal efecto.
- La totalidad de operaciones debe ser registrada según las normas de contabilidad generalmente aceptadas.
- El acceso o disposición de activos sólo debe proceder si existe autorización general o particular previa del ordenador del gasto o del funcionario competente.
- Los registros de activos deben ser comparados con los activos reales de forma periódica para subsanar diferencias.

#### *Contratos, convenios, acuerdos con terceros*

Todos los contratos o acuerdos suscritos por la entidad, deben contener cláusulas, declaraciones o garantías sobre conductas antisoborno y anticorrupción. La oficina jurídica debe ser responsable de incluir dichas cláusulas en todos los contratos.

Además de declarar y garantizar el cumplimiento de este programa y las leyes y regulaciones anticorrupción aplicables, se debe incluir el derecho a terminar el contrato cuando ocurra una violación de este programa o cualquier ley o regulación anticorrupción aplicables.

#### *Gastos para regalos, viajes o entretenimiento de servidores públicos nacionales o extranjeros*

Los Empleados Públicos no deben solicitar, aceptar, ofrecer o suministrar regalos, entretenimiento, hospitalidad, ni viajes, ni patrocinios con el fin de inducir, apoyar o recompensar una conducta irregular, con relación a obtener cualquier negocio que involucren a la entidad.

Los regalos, gastos de entretenimiento u otras cortesías para beneficio de un funcionario o servidor público no son permitidos.

#### *Negociaciones con agentes, intermediarios y pagos de facilitación*

En la entidad no se deben utilizar intermediarios o terceras personas para que ellos realicen pagos inapropiados. Los pagos de facilitación (Pagos dados a un funcionario o persona de la entidad para agilizar un trámite), están prohibidos.



• • •

Dichos pagos no deben hacerse a funcionarios públicos, ni siquiera si son una práctica común en un país determinado.

En cualquier caso, el responsable de la negociación debe asegurar que las cláusulas estén incluidas antes de la firma de los contratos, convenios, acuerdos o cualquier ley o regulación anticorrupción aplicables.

## Monitoreo, administración y supervisión

El monitoreo, administración y supervisión del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) se estructurará de manera integral, garantizando el seguimiento continuo, la rendición de cuentas y la efectividad de las acciones planificadas. Este proceso se llevará a cabo en estrecha articulación con los subsistemas de administración de riesgos SICOF y SARLAFT, integrando sus respectivos oficiales de cumplimiento para un enfoque coordinado.

### 1. Monitoreo

El monitoreo del PTEP será liderado por el área de Planeación y Calidad, con evaluaciones semestrales realizadas desde el Plan de Acción Anual. Este proceso incluye:

- **Evaluación del cumplimiento de aspectos transversales:** El oficial de cumplimiento del PTEP verificará que los principios de transparencia y ética pública se reflejen en todas las áreas de la institución mediante la verificación de las acciones y estrategias implementadas por el oficial de cumplimiento, evidenciadas en los respectivos informes.
- **Seguimiento del componente programático:** Se realizará mediante la herramienta de seguimiento de actividades del Plan de Acción Anual, permitiendo monitorear en tiempo real la ejecución de las acciones planificadas.
- **Supervisión de riesgos:** Asegurar la articulación efectiva con los subsistemas de riesgos (SICOF y SARLAFT) y validar que se cumplan los controles establecidos en dichos sistemas.
- **Reportes de los líderes de procesos:** Cada líder de proceso deberá ejecutar y presentar evidencia documentada sobre el desarrollo de las acciones específicas asignadas en el componente programático.

### 2. Administración del Programa

El administrador del PTEP será un oficial de cumplimiento designado para liderar el programa, con las siguientes responsabilidades:

• • •

- **Liderar la implementación del PTEP:** Coordinar las actividades relacionadas con el programa, asegurando su alineación con los objetivos institucionales y los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- **Rendición de cuentas:** Presentar informes periódicos a la alta dirección sobre el avance, logros y dificultades del programa.
- **Gestión interdepartamental:** Solicitar apoyo y colaboración de otros colaboradores o áreas para garantizar el cumplimiento de las acciones definidas.

### 3. Supervisión

La supervisión del PTEP estará a cargo de la alta dirección, quienes ejercerán esta función a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Esta instancia será responsable de:

- **Revisión periódica:** Evaluar los informes semestrales presentados por el área de Planeación y Calidad y el oficial de cumplimiento del PTEP.
- **Toma de decisiones estratégicas:** Definir ajustes o medidas necesarias para garantizar el cumplimiento y la mejora continua del programa.

## Reportes

El cumplimiento de los reportes asegura la rendición de cuentas y el cumplimiento de los lineamientos internos y externos establecidos para garantizar la transparencia y la lucha contra la corrupción. Esta etapa considera tanto los requerimientos de evaluación externa, como los reportes internos que faciliten la toma de decisiones y el seguimiento continuo.

### 1. Reportes Externos

- **Medición de Desempeño Institucional (MDI):** Realizada mediante el aplicativo FURAG, evaluará los aspectos transversales y programáticos del programa. **Aspectos transversales:** Incluyen planeación estratégica, supervisión, monitoreo, formación, comunicación y auditoría. **Aspectos programáticos:** Evalúan los estándares definidos y la implementación de la Estrategia Institucional para la Lucha Contra la Corrupción.
- **Otros reportes legales:** Se identificarán y generarán reportes adicionales requeridos por la Procuraduría General de la Nación u otras entidades de control, asegurando su alineación con las acciones y objetivos del PTEP.

### 2. Reportes Internos

• • •

- **Informes de monitoreo:** Los informes de monitoreo serán elaborados semestralmente por el área de Planeación y Calidad. Contenido mínimo:
  - Avances en el cumplimiento de los aspectos transversales y programáticos.
  - Resultados del seguimiento a las acciones planificadas en el Plan de Acción Anual.
  - Identificación de desviaciones y propuestas de ajustes.
- **Informes de administración:** Los informes de administración se presentarán anualmente por el oficial de cumplimiento al responsable de supervisión del programa (Comité Institucional de Gestión y Desempeño). Contenido mínimo:
  - Evaluación general del estado del Programa.
  - Indicadores de cumplimiento.
  - Recomendaciones para la mejora continua.

Los líderes de procesos deberán proporcionar información y evidencias de las acciones desarrolladas en sus respectivas áreas, contribuyendo a la construcción de los informes internos.

## Formación

La formación frente al programa tiene como objetivo promover la difusión y apropiación de los contenidos del programa entre todos los integrantes de la entidad, fortaleciendo una cultura organizacional basada en la ética, la transparencia y la lucha contra la corrupción. Esta estrategia será transversal y permanente, articulada con los planes y programas de formación institucionales, y enfocada en los componentes transversales y programáticos del PTEP.

### 1. Estrategia de Formación

La estrategia de formación estará diseñada para garantizar el conocimiento y aplicación efectiva a nivel interno mediante las siguientes acciones:

- **Incorporación en programas de inducción y reinducción:** El PTEP será parte fundamental de los procesos de inducción para nuevos colaboradores y reinducción para el personal actual, asegurando que todos conozcan sus objetivos, alcance y lineamientos desde el inicio de su vínculo con la entidad.

• • •

- **Capacitaciones periódicas:** Talleres presenciales y virtuales sobre los aspectos transversales del programa (Declaración, Planeación, Monitoreo, Reportes, Comunicación y Auditoría).

Formación específica sobre los instrumentos del componente programático, incluyendo las estrategias para la lucha contra la corrupción.

- **Difusión interna:** Campañas por correo electrónico, redes internas e intranet que refuercen los principios y valores del PTEP.

Material multimedia (videos, infografías, presentaciones) que explique de manera clara y accesible los contenidos del programa.

- **Eventos y foros temáticos:** Organización de foros, seminarios y conversatorios con expertos en ética pública y transparencia, que promuevan el intercambio de ideas y buenas prácticas.

## 2. Responsables de la Formación

- **Oficina de Talento humano:** Coordinará el diseño e implementación de la estrategia de formación. El programa y las Políticas de Cumplimiento serán divulgados dentro de la entidad, contrapartes y a las demás partes interesadas en la forma y frecuencia para asegurar su adecuado cumplimiento, como mínimo una (1) vez al año.
- **Oficina de Comunicaciones:** Diseñará y ejecutará campañas comunicativas para la difusión del programa.
- **Oficial de Cumplimiento del PTEP:** Garantizará que los contenidos de formación estén alineados con los objetivos del programa y supervisará su implementación.
- **Líderes de procesos:** Participarán en la capacitación del personal a su cargo y serán responsables de reforzar el cumplimiento del programa en sus áreas.

## Comunicación

La comunicación del programa tiene como objetivo principal garantizar la difusión externa del programa y sus resultados a todos los grupos de interés relevantes, promoviendo la transparencia y el acceso a la información. Esta estrategia busca fortalecer la confianza de la ciudadanía en la gestión institucional y asegurar la rendición de cuentas de manera efectiva y accesible.

### 1. Estrategia de Comunicación

• • •

La estrategia de comunicación estará diseñada de forma anual para garantizar la difusión adecuada del PTEP, considerando las necesidades de accesibilidad y diversidad del público objetivo. La **Oficina de Comunicaciones** diseñará y ejecutará la estrategia de comunicación, asegurando su alineación con los objetivos del PTEP. Elaborará y publicará los materiales de comunicación en los diferentes medios. El **Oficial de Cumplimiento del PTEP** supervisará que la información comunicada sea consistente con los contenidos y avances del programa. Los **líderes de procesos** apoyarán la comunicación de los avances específicos en sus áreas de responsabilidad.

Los principales componentes de la estrategia son:

#### a) Difusión del PTEP

- **Publicación en la página web institucional:** El PTEP estará disponible permanentemente en un apartado específico del sitio web, accesible para consulta pública. Se incluirá información sobre su declaración, objetivos, alcance, ciclo, reportes, mecanismos de monitoreo, y auditoría.
- **Medios físicos:** En lugares donde el acceso a internet o dispositivos electrónicos sea limitado, se utilizarán boletines físicos y tableros de información en instalaciones institucionales para garantizar el acceso a la información.

#### b) Divulgación de Resultados y Reportes

- Los reportes periódicos del cumplimiento del PTEP, incluyendo los avances en las estrategias programáticas y los aspectos transversales, se comunicarán a los grupos de interés a través de: Boletines digitales y físicos. Comunicados y publicaciones en redes sociales oficiales. Participación en foros y eventos comunitarios para explicar avances y resolver inquietudes.

## Auditoría y Mejora

La etapa de auditoría y mejora es fundamental para garantizar la sostenibilidad, efectividad y adaptabilidad del PTEP, permitiendo identificar oportunidades de mejora, implementar medidas correctivas y realizar ajustes estratégicos según los resultados obtenidos.

### 1. Estrategia de Auditoría

#### a) Auditoría Interna

• • •

La Oficina de Control Interno, será responsable de auditar el programa como parte del Modelo Estándar de Control Interno, actuando como la tercera línea de defensa. Este proceso incluirá:

- **Incorporación del PTEP como unidad auditable:** Se realizará anualmente, priorizándolo conforme a los lineamientos metodológicos establecidos en la **Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas**.
- **Evaluación de criterios de cumplimiento:** La auditoría verificará el cumplimiento de los aspectos transversales y programáticos del PTEP, incluyendo la planificación, ejecución, reportes y estrategias de formación y comunicación.
- **Análisis de resultados obtenidos vs. esperados:** Se identificarán las brechas y las causas subyacentes, priorizando aquellas que puedan afectar significativamente el desempeño del programa.

## b) Monitoreo y Seguimiento

Los responsables de implementar el programa a nivel transversal y en su componente programático deberán establecer mecanismos de monitoreo continuo para presentar informes de avance al **Comité Institucional de Gestión y Desempeño**. Estos informes permitirán: Identificar problemas en tiempo real. Proponer medidas correctivas inmediatas. Retroalimentar a los líderes de procesos y a las instancias responsables del programa.

## 2. Mejora Continua

### a) Medidas Correctivas y Ajustes

- **Procedimiento para medidas correctivas:** Identificación de acciones no conformes. Diseño e implementación de soluciones adaptativas. Monitoreo de los resultados de las acciones correctivas.
- **Reformulación del programa:** En casos de grandes transformaciones institucionales o resultados críticos en la evaluación, el programa podrá ser reformulado.

### b) Adaptación y Actualización

El programa será actualizado continuamente en función de: Cambios normativos o de contexto institucional, requerimientos de los grupos de interés internos y externos y hallazgos de auditoría y resultados de monitoreo.

• • •

De igual forma, este programa debe ser revisado, actualizado y aprobado como mínimo cada dos (2) años por la Junta Directiva o máximo órgano social y/o cuando se deban considerar en este nuevas reglamentaciones legales o internas. Cualquier cambio de fondo será comunicado a todos los funcionarios, colaboradores, grupos de interés a los que tenga lugar.

El **Comité Institucional de Gestión y Desempeño** analizará los informes de auditoría y monitoreo. Aprobará y supervisará la implementación de medidas correctivas y reformulaciones cuando sea necesario.

## DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Circular externa 2022151000000053-5 de 2022 05-08-2022. Lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno.

Anexo técnico programas de transparencia y ética pública. Secretaria de Transparencia. Presidencia de la República.