PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - PTEP
Noviembre 2026 – Noviembre de 2030

Elaboró:
Juan Carlos Padilla Moreno
Profesional Afiliado Participe Assesalud
Planeación Estratégica y Operativa

Eddy Lorena Bravo Enriquez
Profesional Especializado Área de la Salud Gr. 1
Planeación Estratégica y Operativa

Revisó:
LEONOR MILENA BAMBAGÜE MENESES
Coordinadora de Planeación Estratégica y Operativa
Oficial de Cumplimiento del SICOF

ADRIANA LUCIA BELALCAZAR MURCIA
Subgerente Administrativa y Financiera
Oficial de Cumplimiento de SARLAF

Aprobó:
XXXXXXXXXXXXXXXX
Secretario de Junta Directiva del Hospital

JUAN CARLOS ARTEAGA CIFUENTES
Gerente HUSJ

POPAYÁN 2026

1. INTRODUCCION

El Hospital Universitario San José de Popayan E.S.E, comprometido con las políticas nacionales enfocadas en la Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, ha diseñado el Programa de Transparencia y Ética Pública PTEP. Lo anterior, de conformidad a los lineamientos establecidos en la Ley 2195 de 2022; la cual en su Artículo 31 establece que "Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Publica con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad (…)".

El hospital se fundó en el año 1606, inicialmente como casa de albergue con siete camas, posteriormente en el año 1631 se transforma al tener personal médico de planta, pero su transformación administrativa ocurre en 1711 realizando adecuaciones administrativas y locativas que terminan en 1740. En el trascurso de los años siguientes sufrió varias pugnas administrativas entre la gobernación y el municipio para saber a qué ente gubernamental pertenece.

En el año 1904 se estable como hospital municipal y se crea la Junta Directiva (alcalde, director del hospital, médico y el capellán, nombrados por el consejo Municipal y otro miembro designado por la autoridad eclesiástica).

En el año 2004 se determina su naturaleza jurídica como entidad pública descentralizada del estado bajo la categoría de Empresas Social del Estado – E.S.E, mediante el acuerdo Municipal 02 del 4 de febrero del 2004 y se registra su nombre como **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E**, con jurisdicción en el departamento del Cauca y domicilio en la ciudad de Popayán. En este sentido la institución dará cumplimiento a lo regulado por el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, El Departamento Administrativo de la Función Pública, El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, acorde a la clasificación como Institución Prestadora de Servicios perteneciente al Grupo C1.

2. JUSTIFICACIÓN



El **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** desarrolla su gestión en cumplimiento de la normatividad legal vigente. Conforme al artículo 2.1.4.4.1.1. del Decreto 1122 de 2024, la institución diseñó el Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP, bajo los lineamientos y controles definidos por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

El programa se alinea con el **Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)**, especialmente a la primera dimensión – Gestión de Talento Humano, la segunda dimensión Direccionamiento Estratégico, tercera dimensión Relación Estado Ciudadanía y a la sexta dimensión Seguimiento, Evaluación y Control Integral. El propósito de la alineación es optimizar la función pública mediante la simplificación de sus trámites internos y potenciar el talento humano para prevenir las prácticas corruptas. En este mismo sentido, el Programa de Transparencia y Ética Pública se integra al Subsistema de Gestión de Riesgo para la Integridad Pública SIGRIP y al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos SIGR, para fortalecer la Cultura de la Legalidad y la Cultura de la Gestión del Riesgo, a través de las políticas de Hospital

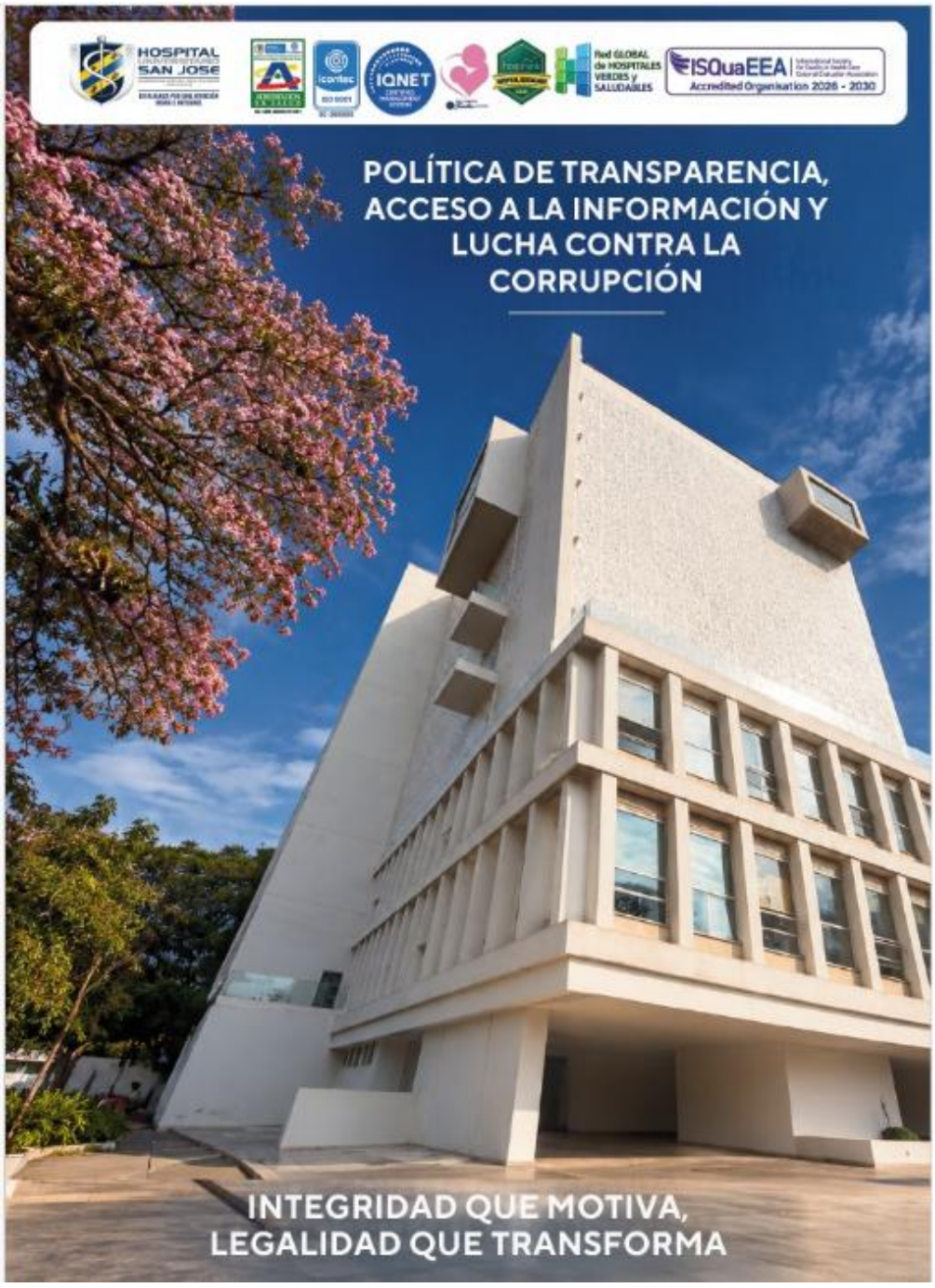
de Transparencia, Accesos a la Información y Lucha Contra la Corrupción y de Gobernanza del Riesgo.

En su calidad de entidad vigilada por la **Superintendencia Nacional de Salud**, y en cumplimiento de lo dispuesto en la **Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022** y el **Decreto 1122 de 2024** del **Departamento Administrativo de la Presidencia de la República**, el Hospital adopta el **Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP)** como instrumento fundamental para el fortalecimiento de la integridad institucional.

Este programa constituye una estrategia integral de control orientada a prevenir, detectar y corregir los riesgos de corrupción que puedan afectar el cumplimiento de la misión institucional. Asimismo, promueve la integridad y la cultura de la legalidad mediante la implementación de acciones sistemáticas para la identificación, valoración, seguimiento, monitoreo y control de los riesgos relacionados con el lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/FPADM y los riesgos de corrupción, opacidad y fraude, asociados al desarrollo de sus procesos y actividades misionales.

Este programa articula las políticas, lineamientos y procedimientos adoptados por la Institución para fortalecer su sistema de gobierno corporativo, entre los que se destacan la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción, La Política de Integridad, La política de Gobernanza del Riesgo, las directrices establecidas en el Subsistema de Administración de Riesgo para la Integridad Pública SIGRIP que incluye el Subsistema de administración del riesgo **de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF** y el Subsistema de administración del riesgo **de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de Proliferación de Armas de Destrucción Masiva SARLAFT**, así como las demás políticas, programas y estrategias institucionales vigentes. Estos instrumentos constituyen el marco de referencia que orienta las actuaciones, decisiones y comportamientos de los servidores públicos, colaboradores y demás grupos de interés vinculados a la Institución.

En consecuencia, todos los servidores públicos del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., independientemente de su modalidad de vinculación, tienen el deber de conocer, acatar y comprometerse con el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el presente Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP).


HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE
IQNET
Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES
ISQuaEEA
Accredited Organisation 2026 - 2030
POLÍTICA DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN
INTEGRIDAD QUE MOTIVA, LEGALIDAD QUE TRANSFORMA

3. OBJETIVO GENERAL

Integrar y desarrollar en el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) acciones de prevención, detección, control y monitoreo de los riesgos de corrupción opacidad, fraude, lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de proliferación de armas de destrucción masiva, promoviendo la cultura de la legalidad, la transparencia, la integridad y la atención al ciudadano, en armonía con las políticas institucionales de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Lucha contra la Corrupción y Gobernanza del Riesgo, con el fin de proteger la gestión institucional y fortalecer la confianza de los grupos de interés en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Desarrollar el Ciclo del Programa incluyendo las etapas de formulación validación, consolidación, aprobación, publicación, ejecución, modificación o reformulación; asegurando que se incorpore a las dinámicas internas y a los demás ciclos de planeación de la organización.

- Fortalecer la cultura de la Legalidad, la Transparencia y la Integridad en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., promoviendo la apropiación de los valores institucionales, el cumplimiento del Código de Integridad, la gestión preventiva de los conflictos de interés y el cumplimiento del Componente Transversal del Programa, mediante acciones continuas de capacitación, sensibilización y comunicación que contribuyan al desarrollo de una gestión pública transparente, íntegra y orientada al servicio de la ciudadanía.

- Estructurar el procedimiento del ciclo del programa que incluya la formulación anual del Plan de Ejecución y Monitoreo o Plan de Acción de la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción, articulado con el ciclo de planeación presupuestal del Hospital.

- Asegurar el seguimiento, auditoria y mejora continua del Programa de Transparencia y Ética Pública.

- Fortalecer la gestión de los riesgos asociados a los subsistemas **SICOF** y **SARLAFT** mediante la adopción y apropiación de buenas prácticas en los procesos estratégicos, misionales, de apoyo, evaluación y control del Hospital. Para ello, se promoverá la identificación, actualización, análisis, control y monitoreo permanente de los riesgos en todos los subprocesos institucionales, complementados con mecanismos de denuncia seguros, confidenciales y trazables que faciliten la detección oportuna y el tratamiento adecuado de posibles situaciones de corrupción, fraude, opacidad, lavado de activos o financiación del terrorismo

- Gestionar la Debida Diligencia que permita el conocimiento de la contraparte con la que se está relacionando el Hospital, con el fin de prevenir los riesgos para la integridad pública y de lavado de activos, financiación de terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/FP.

- Impulsar la articulación de redes internas y la cooperación externa a través del trabajo coordinado de dependencias claves, redes externas con actores estratégicos y la participación en escenarios interinstitucionales que potencien la prevención de la corrupción y el fortalecimiento ético.

- Cumplir con el Modelo de Estado abierto y con el derecho ciudadano al acceso a la información pública y la transparencia, mediante la gestión de la transparencia activa, la transparencia pasiva, la accesibilidad con criterio diferencial y el diseño de instrumentos para gestión de la información.

- Fortalecer los mecanismos de participación ciudadana, control social y rendición de cuentas efectivo y permanente, propendiendo por la transparencia de la gestión de la administración pública**.**

- Fortalecer la atención al ciudadano y su participación a través de los diferentes canales con los que cuenta la Entidad para la toma de decisiones.

4. ALCANCE



El Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP, aplica a todo el talento humano de los subprocesos institucionales y a todas las partes interesadas, detalladas a continuación.

PARTES INTERESADAS	DETALLE
USUARIOS	• El Paciente • Familia del paciente • Cuidadores primarios • Comunidad
INSTITUCIONAL	• Talento humano de los macroprocesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación y Control • Grupos de Voluntariado: Damas Verdes, Damas Azules
DOCENCIA SERVICIO	• Docentes Universitarios • Docentes de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano • Estudiantes de pregrado y postgrado • Estudiantes para el Trabajo y Desarrollo Humano

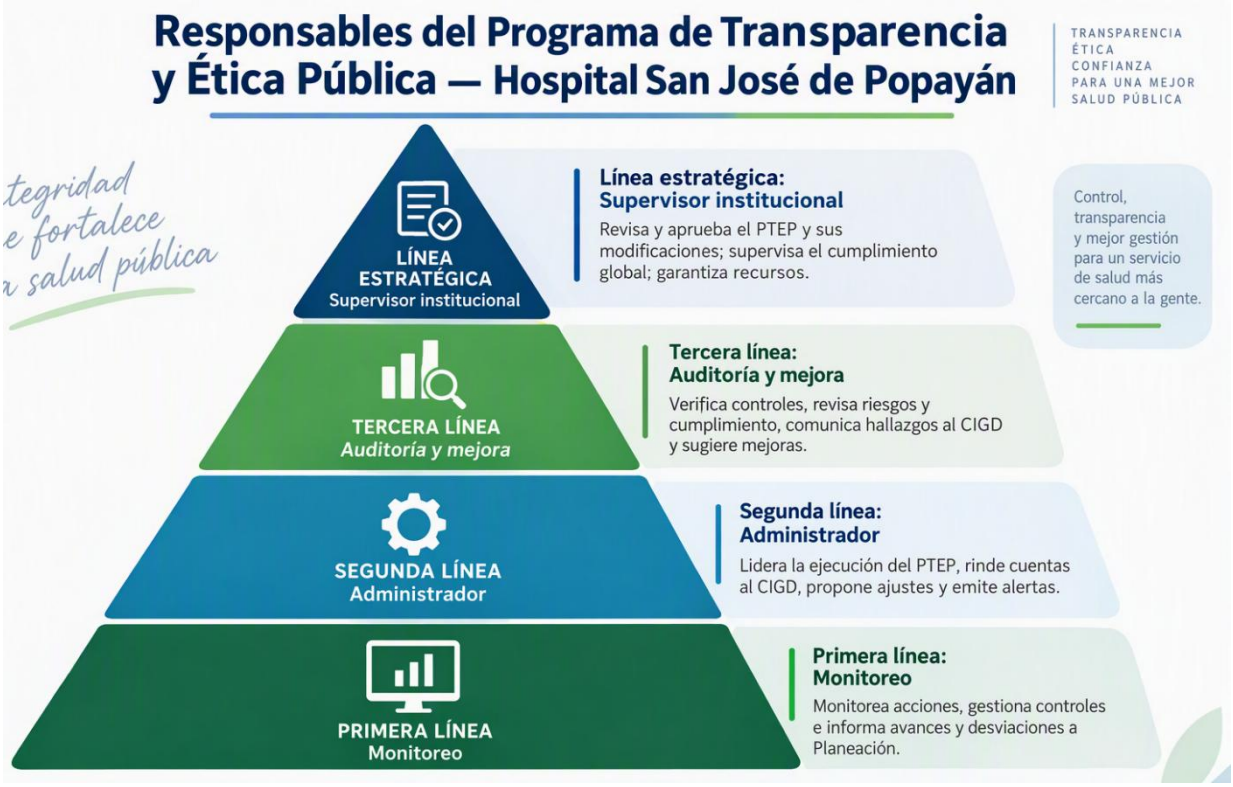
CONTRATISTAS – PROVEEDORES	• Entidades jurídicas con relación contractual • Proveedores de medicamentos y dispositivos médicos • Proveedores de sistemas de información • Proveedores de tecnología biomédica, industrial o de cómputo
ORGANISMOS GESTIÓN RIESGO Y DE SOCORRO	• CRUE • Oficina Asesora de Gestión del Riesgo - (Municipal) • Bomberos • Defensa Civil • Cruz Roja
RED DE ATENCIÓN Y RED DE APOYO	• EAPB – EPS • IPS • IPS de traslado asistencial • IPS de atención domiciliaria • Casas u hogares de Paso • Ancianatos
ENTIDADES ESTATALES	• Secretaria Municipal y Departamental de salud • Entidades de Vigilancia y Control • Alcaldía de Popayán

El Programa tiene incidencia sobre todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación del Hospital.





5. REPONSABLES Y RESPONSABILIDADES



DEFINICIÓN DE ROLES Y RESPONSABILIDADES:

JUNTA DIRECTIVA

La Junta Directiva del **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** está presidida por el alcalde de Popayán conformada por los siguientes integrantes según la estructura de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) de nivel III de acuerdo con la ley colombiana (Decreto 1876 de 1994 y Decreto 780 de 2016):

Estructura de la Junta Directiva

- **Presidente:** El Alcalde de Popayán
- **Representantes del Sector Salud / Científico:** Dos representantes de las asociaciones de profesionales de la salud de la institución o del área de influencia.
- **Representante de los Gremios de la Producción:** Un delegado designado por los gremios locales

- **Representante de los Trabajadores de la Salud:** Un vocero elegido por los empleados de la institución.
- **Representante de la Alianza o Asociación de Usuarios:** Un representante elegido por los usuarios del hospital.
- **Gerente del Hospital:** El gerente del hospital.

Sus funciones se orientan a la gestión y fortalecimiento del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo (SIGR), con especial énfasis en el Subsistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP), que comprende el Subsistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF).

Dentro del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR) y del Subsistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP) del Hospital, corresponderá a la Junta Directiva el cumplimiento, de las siguientes funciones:

a. Aprobar las políticas del Hospital en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad y que son presentadas por el Comité de Gobernanza del Riesgo, a partir del trabajo con el subproceso de Planeación Estratégica y Operativa - segunda línea de aseguramiento.

b. **Aprobar el Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP del Hospital**.

c. Aprobar el Código de Conducta y de Buen Gobierno

d. Aprobar los límites de exposición del apetito, la tolerancia y la capacidad del riesgo, evaluados y definidos por el Comité de Gobernanza del Riesgo.

e. Las demás funciones de la Junta Directiva con relación Sistema Integrado de Gestión del Riesgo (SIGR) se detallan en el documento de la Política de Gobernanza del Riesgo.

Para la implementación del Subsistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP) especialmente del Subsistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – **SARLAFT y** del Subsistema de Administración

del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - **SICOF,** son funciones de la Junta Directiva:

a. Aprobar las políticas o directrices para la prevención y control del riesgo de **LA/FT/FPADM** que harán parte del **SARLAFT** y las relacionadas con el control del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude que hacen parte del **SICOF**, con fundamento en las recomendaciones de los Oficiales de Cumplimiento del SARLAFT y SICOF.

b. Aprobar el Manual del Subsistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - **SARLAFT** y el Manual de **SICOF** de Prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.

c. Garantizar el talento humano y los recursos técnicos que se requieran para implementar y mantener el funcionamiento del **PTEP**, **SARLAFT y el SICOF,** teniendo en cuenta las características del riesgo, el tamaño y complejidad del Hospital. Este equipo de trabajo debe articularse con los Oficiales de Cumplimiento, para el logro de los objetivos del Subsistema de Gestión del riesgo para la Integridad Pública SIGRIP.

d. Asignar el presupuesto anual para contratación de herramientas tecnológicas, contratación de talento humano, capacitación, asesorías, consultorías, y lo necesario para mantener la operación del **SARLAFT** y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento y del Subproceso de Planeación Estratégica y Operativa, responsable de mantener la operatividad del SIGRIP.

e. Designar el **Oficial de Cumplimiento para el SARLAFT y su suplencia** y dará a conocer los nombramientos de los Oficiales de Cumplimiento a la SNS, indicando nombre, profesión, cargo adjunto o de desempeño alterno (si procede), teléfonos de contacto y correo electrónico. Esta información y su respectiva actualización o modificación, deberá realizarse a través del módulo de datos generales o aplicativos de reporte de información que la SNS disponga para ellos. La designación se realizará de acuerdo a los términos de Ley.

f. Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de cumplimiento para la ejecución del **SICOF** y hacer seguimiento a su cumplimiento.

g. Incluir en el orden del día de sus reuniones, la presentación del informe de los Oficiales de Cumplimiento de que hacen parte del **SARLAFT**, por lo menos una vez al año o cuando éste lo determine necesario.

h. Pronunciarse sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento de que hacen parte del **SARLAFT** y la Revisoría Fiscal y realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas, dejando constancia en las actas.

i. Aprobar los criterios objetivos y establecer los procedimientos y las instancias responsables de la determinación y Reporte de las Operaciones Sospechosas (ROS) que hacen parte del **SARLAFT.**

j. Aprobar las metodologías del Ciclo de Gestión del Riesgo: segmentación, identificación, medición, control y monitoreo del **SARLAFT**.

k. Designar a la Subgerencia Administrativa y Financiera como la instancia responsable del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de las operaciones inusuales que hacen parte del **SARLAFT.**

l. Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude del Hospital.

m. Pronunciarse sobre la evaluación periódica del **SICOF**, que realicen los órganos de control.

n. Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento para la ejecución del **SICOF**.

o. Analizar los informes que presente el oficial de cumplimiento para la ejecución del **SICOF** respecto de las labores realizadas para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, actos de Corrupción, Opacidad o Fraude y evaluar la efectividad

de los controles implementados y de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento.

p. Conocer los informes relevantes respecto del **SICOF**, e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.

q. Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias a través de informes periódicos que presente el oficial de cumplimiento para la ejecución del **SICOF**, sobre la gestión de este en la entidad y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.

r. Evaluar las recomendaciones relevantes sobre el **SICOF**, que formulen el oficial de cumplimiento para la ejecución del mismo y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.

Todas las decisiones y actuaciones que se produzcan en desarrollo de las atribuciones antes mencionadas deben constar por escrito en el acta de la reunión respectiva y estar debidamente motivadas.

GERENCIA:

Las funciones de la Gerencia, son:

a. Ejerce el liderazgo estratégico y el compromiso institucional responsable de adoptar, respaldar y asegurar los recursos necesarios para la correcta implementación y sostenibilidad del Subsistema de Gestión del Riesgo a la Integridad Pública **– SIGRIP y el Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP**.

b. Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas o directrices establecidas por la Junta Directiva.

c. Efectuar el seguimiento a las etapas y elementos constitutivos del Subsistema de Gestión del Riesgo a la Integridad Pública **– SIGRIP,** la

Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción y el **Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP**.

d. Designar al Coordinador / Jefe del subproceso de Planeación Estratégica y Operativa como el Oficial de Cumplimiento del SICOF, responsable de implementar y monitorear el Subsistema de Administración del Riesgo SICOF,

a. Designar al subproceso de Planeación Estratégica y Operativa como el responsable de la implementación y seguimiento del **Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP**.

b. **Fortalecer la Cultura de la Legalidad, la Integridad y la Ética en el Hospital** a través del desarrollo e implementación del **Plan de Acción de la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción (Plan Ejecución o Monitoreo).**

c. Recibir semestralmente y evaluar los informes presentados por el oficial de cumplimiento del **SICOF** y los informes presentados por Planeación Estratégica y Operativa del **PTEP**.

d. Velar porque las etapas, elementos y procedimientos del SICOF cumplan con las disposiciones señaladas en la normatividad vigente y se implementen para la adecuada administración de los riesgos.

COMITÉ DE GOBERNANZA DEL RIESGO:

Dentro del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo y de cada Subsistema, las funciones a cargo del Comité de Gobernanza del Riesgo, son:

a. Establecer las estrategias para el fortalecimiento y consolidación de la Cultura de Control y Gestión del Riesgo.

b. Participar en el diseño de la estrategia de comunicación a todos los colaboradores y partes interesadas del Sistema Integral de Gestión del Riesgo

c. Revisar y aprobar las metodologías presentada por Planeación Estratégica y Operativa para implementar y desarrollar el Ciclo de Gestión del Riesgo en el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo - SIGR, el Subsistema de Gestión del Riesgo para la Integridad Pública – SIGRIP y el Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP.

d. Presentar a la Junta Directiva, las metodologías aprobadas para implementar y desarrollar el Ciclo de Gestión del Riesgo en el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo - SIGR, el Subsistema de Gestión del Riesgo para la Integridad Pública – SIGRIP y el Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP.

e. Monitorear la efectividad y oportunidad del funcionamiento del Ciclo de Gestión del Riesgos para los riesgos identificados y registrados en los Mapas de Riesgo de Proceso y Transparencia.

f. Presentar a la Junta Directiva, las actualizaciones o modificaciones a las políticas o directrices de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por Planeación Estratégica y Operativa.

g. Presentar a la Junta Directiva, los manuales desarrollados y/o actualizados para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos y el Programa de Transparencia y Ética Pública PTEP, a través de los cuales se llevarán a la práctica las Políticas de Gobernanza del Riesgo y de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción.

h. Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza el Hospital.

i. Evaluar y ajustar los límites de exposición del apetito, la tolerancia y la capacidad del riesgo, presentados y diseñados por Planeación Estratégica y Operativa y las redes internas de los subsistemas de administración del riesgo.

j. Presentar a la Junta Directiva los límites de exposición del apetito, la tolerancia y la capacidad del riesgo, evaluados y definidos por el Comité para aprobación de la Junta Directiva.

k. Objetar la realización de las operaciones que no cumplan con las políticas, directrices o límites de riesgo establecidas por el Hospital y presentar a la Junta Directiva cuando se presenten para definir la estrategia a implementar.

l. Revisar los mapas de riesgo correspondientes a los procesos que presenten desviaciones de los resultados, que conllevarían a alcanzar su nivel de tolerancia o incluso superar la capacidad del riesgo y confirmar o ajustar la implementación de las acciones de tratamiento presentadas por el Proceso para corregir la desviación. Las acciones de tratamiento definitivas serán informadas al proceso respectivo para la actualización del mapa de riesgo.

m. Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (simulación de escenarios extremos pero plausibles para evaluar la capacidad de respuesta del Hospital para identificar vulnerabilidades y fortalecer los controles - stress test), en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta Directiva.

n. Evaluar el contexto interno y externo del hospital para identificar la aparición de riesgos emergentes que puedan afectar el logro de la Misión, los objetivos estratégicos y la generación de valor en la prestación de los servicios de salud

o. Autorizar las auditorias u otras estrategias de control, acorde a los riesgos emergentes confirmados, priorizando la interdependencia de procesos e interoperabilidad de los sistemas de información y asegurar los recursos necesarios para la implementación de la estrategia.

p. Informar a la Junta Directiva sobre los siguientes aspectos:

- ✓ El comportamiento y los niveles de exposición del Hospital a los riesgos prioritarios. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing).
- ✓ Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados a riesgos a la Integridad.

- ✓ El avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas relacionadas con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

CONTROL INTERNO DE GESTIÓN:

Es el componente de evaluación independiente. Su responsabilidad radica en:

a. Realizar el seguimiento periódico (semestral).

b. Evaluación periódica de la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del PTEP, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones.

c. Generar informes producto del seguimiento y evaluación aplicados y presentar los resultados de la evaluación a la Gerencia del Hospital o junta directiva.

d. Publicar los informes de seguimiento correspondientes en los canales oficiales de transparencia para garantizar la rendición de cuentas.

e. Presentar a Planeación Estratégica y Operativa, los probables riesgos emergentes detectados.

f. Asesorar a la Alta Dirección en el conocimiento de los contenidos del Programa de Transparencia.

g. Integrar la Red Interna de Transparencia del Subsistema de Gestión del Riesgos para la Integridad Pública - SIGRIP.

CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

Las funciones, son:

a. Apoyar en el fortalecimiento de las metodologías y herramientas necesarias para la implementación del PTEP según su competencia.

b. Proponer mejoras en la implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública PTEP.

c. Promover nuevas iniciativas en cuanto a la promoción de la transparencia e integridad al interior de la entidad.

d. Presentar a Planeación Estratégica y Operativa, los probables riesgos emergentes detectados.

e. Apoyar y realizar las investigaciones requeridas por los oficiales de cumplimiento de SARLAFT y SICOF ante presuntos actos de corrupción, respetando el debido proceso.

f. Integrar la Red Interna de Transparencia del Subsistema de Gestión del Riesgos para la Integridad Pública - SIGRIP.

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA:

Actúa como el área líder del proceso de formulación, consolidación y seguimiento técnico del Programa de Transparencia y Ética Pública. Se encarga de coordinar con los diferentes líderes de procesos la actualización de los mapas de riesgos de corrupción y vigilar el cumplimiento de las metas e indicadores establecidos.

En consecuencia, le corresponde ejercer las siguientes responsabilidades; operativas y administrativas:

a. Orientar estratégicamente las acciones institucionales en materia de transparencia, integridad, acceso a la información, legalidad y lucha contra la corrupción, en coordinación con las áreas responsables

b. Coordinar el análisis institucional de reportes por presuntos actos de corrupción o vulnerabilidad a la integridad pública, respetando las competencias de los oficiales de cumplimiento del SARLAFT y/o del SICOF y otras instancias.

c. Actuar como referente técnico y estratégico para fortalecer la cultura de integridad en la entidad, sin asumir funciones operativas.

e. El Jefe de Planeación determinará al líder de la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción como el líder del PTEP, previa verificación de los siguientes requisitos:
   - ✓ El perfil del líder del PTEP será de profesional especializado en Salud.
   - ✓ No deberá estar inmerso en incompatibilidades e inhabilidades para liderar el programa.
   - ✓ No deberá estar inmerso en conflictos de interés.

   Asignar las funciones de líder de la política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción, del Subsistema de Gestión del Riesgo Contra la Integridad Pública - SIGRIP y del Programa de Transparencia y Ética Pública. El Líder articulará el cumplimiento de las acciones del SIGRIP y el PTEP con los oficiales de cumplimiento del SARLAFT y el SICOF.

d. Liderar las actividades del componente transversal y programático del PTEP, así como del Ciclo del Programa.

e. Estructurar el documento del Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP que incluya los procedimientos para su implementación, especialmente el procedimiento para el cumplimiento del ciclo del programa, el procedimiento para la elaboración del plan de ejecución y monitoreo o plan de acción de la política de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción y el procedimiento para la actualización, modificación o reformulación del PTEP.

f. Presentar a la Junta Directiva, el documento del Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP para su aprobación, de acuerdo a lo establecido en el Ciclo del Programa.

g. Capacitar sobre las acciones que componen el PTEP a los subprocesos del Hospital.

h. Realizar el documento de Declaración del Compromiso con la política de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción alineada con el Código de Integridad para apropiación de la política por los subprocesos del hospital.

i. Efectuar dos (2) campañas anuales para divulgación de la política de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción, el PTEP y el plan de acción, a las partes interesadas internas y externas del hospital.

j. Realizar anualmente el plan de ejecución y monitoreo o el plan de acción de la política de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción, alineado a las actividades del componente transversal y programático del PTEP.

k. Garantizar la implementación de canales de denuncia 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.

l. Verificar la debida aplicación de la política o directriz de protección a denunciantes establecida por el Hospital.

m. Realizar la monitorización a la ejecución de las actividades del PTEP a través del seguimiento al Plan de Ejecución y Monitoreo o el Plan de Acción de la Política de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.

n. Informar al Comité de Gobernanza del Riesgo y a la Gerencia sobre el desarrollo y evaluación de los contenidos del Programa de Transparencia y Ética Pública.

o. Asesorar a la línea estratégica en la formulación del Programa de Transparencia y Ética Pública PTEP.

p. Presentar al Comité de Gobernanza del Riesgo los reportes que evalúan el desarrollo de los contenidos del Programa de Transparencia y Ética Pública PTEP.

q. Proponer modificaciones, según se requiera, a los contenidos del Programa de Transparencia y someterlas a aprobación del Comité de Gobernanza del Riesgo y de la Junta Directiva.

r. Elaborar y publicar el informe anual de evaluación del PTEP, el cual contendrá la evaluación y análisis sobre la eficiencia y efectividad del

programa, propuestas de mejora cuando aplique y los resultados de la gestión realizada.

s. Liderar la Red Interna de Transparencia del Subsistema de Gestión del Riesgos para la Integridad Pública - SIGRIP.

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO DE SARLAFT

Las funciones del Oficial de Cumplimiento del SARLAFT, son

a. Liderar, dirigir y verificar las medidas de prevención, detección y control de estos riesgos en el Hospital.

b. **Verificar la normatividad:** Comprobar el estricto cumplimiento de las leyes y normas vigentes sobre prevención y detección de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT).

c. **Asesorar en el diseño** y actualización de políticas o directrices, manuales y procedimientos internos de cumplimiento y gestión de riesgos con relación a los elementos de cumplimiento normativo a propósito de la implementación del SARLAFT.

d. **Implementar procedimientos:** Diseñar, desarrollar y actualizar los mecanismos, instrumentos y controles generales y específicos que integran el SARLAFT.

e. **Monitorear las operaciones:** Vigilar las actividades de la entidad para detectar operaciones inusuales, sospechosas o intentadas, y analizarlas con diligencia.

f. **Articular con las dependencias** responsables las gestiones pertinentes para la operatividad del SARLAFT, así como el desarrollo de actividades de fomento en materia de gestión del riesgo y transparencia.

g. **Enlazar con autoridades:** Servir de canal de comunicación directo para reportar información y atender requerimientos de la UIAF (Unidad de Información y Análisis Financiero) y los organismos de control.

h. **Capacitar:** Diseñar y ejecutar programas de formación para que todos los empleados de la organización entiendan sus responsabilidades frente al SARLAFT.

i. **Atender reportes y alertas de incumplimiento**, corrupción o debilidades de control, protegiendo a los informantes y remitiendo los casos a las instancias competentes, de acuerdo con los lineamientos con relación a las medidas de debida diligencia.

j. **Informar a la dirección:** Presentar informes periódicos (al menos una vez al año o según lo exija la norma) a la junta directiva, máximo órgano social o representante legal sobre la gestión y efectividad del sistema

k. **Custodiar de la documentación:** Velar por el adecuado archivo y conservación de los soportes y registros de los procesos del SARLAFT.

l. Presentar a Planeación Estratégica y Operativa, los probables riesgos emergentes detectados.

m. Integrar la Red Interna de Transparencia del Subsistema de Gestión del Riesgos para la Integridad Pública - SIGRIP.

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO DE SICOF:

Las funciones del Oficial de Cumplimiento del SICOF, son

a. Liderar, coordinar y supervisar las medidas para prevenir y mitigar estos riesgos dentro de las entidades vigiladas.

b. **Implementar y actualizar el sistema:** Diseñar, desarrollar y mantener al día las políticas, metodologías, procedimientos y mecanismos del SICOF en la entidad.

c. **Monitorear y evaluar riesgos:** Identificar, medir y evaluar de manera continua los riesgos de corrupción, opacidad y fraude en los procesos institucionales.

d. **Analizar señales de alerta:** Revisar con prontitud y diligencia las alertas o reportes de posibles irregularidades o conductas indebidas que se presenten en los puntos de contacto o áreas de la organización.

e. **Gestionar las denuncias** por presuntos actos de corrupción de acuerdo a los establecido en el Manual de SICOF.

f. **Presentar informes:** Rendir informes periódicos al máximo órgano social, a la junta directiva o a la alta dirección sobre la gestión del subsistema y la efectividad de los controles.

g. **Hacer seguimiento a correctivos:** Verificar que la alta dirección adopte las recomendaciones, órdenes o planes de acción necesarios para corregir fallas o debilidades en el sistema.

h. **Capacitar al personal:** Promover la cultura de transparencia, legalidad y prevención de la corrupción a través de programas de formación para los colaboradores.

i. **Articular con los órganos de control:** Servir de enlace con los organismos de supervisión (como la Superintendencia Nacional de Salud u otras entidades competentes) en los temas relacionados con el SICOF.



SUBPROCESOS RESPONSABLES DE ACCIONES EN EL PLAN DE EJECUCIÓN Y MONITOREO O PLAN DE ACCIÓN DE LA POLÍTICA DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN:

Sus funciones son:

a. Cumplir con la implementación, desarrollo, seguimiento y resultados de las acciones asignadas bajo su responsabilidad en el Plan de Acción o plan de ejecución y monitoreo.

b. Realizar el reporte de los indicadores contemplados en el Plan de Acción o plan de ejecución y monitoreo y aportar las evidencias definidas para cada acción del plan.

c. Cumplir con las citaciones a las reuniones de seguimiento y monitoreo del plan de acción que programe el líder del PTEP.

d. Identificar, valorar, evaluar y actualizar cuando se requiera, los riesgos que pueden afectar el desarrollo de los contenidos del Programa de Transparencia y Ética Pública.

e. Definir, adoptar, aplicar y hacer seguimiento a los controles para mitigar los riesgos identificados, asociados al Programa de Transparencia y proponer mejoras para su gestión.

f. Presentar a Planeación Estratégica y Operativa, los probables riesgos emergentes detectados.

TALENTO HUMANO:

Sus funciones son:

a. Promover, socializar y valorar la apropiación del Código de Integridad Institucional.

b. Estructurar, socializar y verificar el cumplimiento del Código de Conducta y Buen Gobierno del Hospital.

c. Liderar las capacitaciones enfocadas en el comportamiento ético, la prevención de conflictos de interés y la apropiación de valores del servidor público.

d. Presentar a Planeación Estratégica y Operativa, los probables riesgos emergentes detectados.

e. Integrar la Red Interna de Transparencia del Subsistema de Gestión del Riesgos para la Integridad Pública - SIGRIP.

COORDINADORES DE SUBPROCESOS:

Son actividades de los coordinadores de los subprocesos:

a. Participar en las capacitaciones, retroalimentaciones, campañas y uso de instrumentos / herramientas para promover la cultura de Legalidad, Integridad, Transparencia y Ética.

b. Declarar el compromiso con la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción y el Programa de Transparencia y Ética Pública, alineado con el Código de Integridad del Hospital.

c. Cumplir con el ciclo de gestión del riesgo del Subsistema de Gestión del Riesgo para la Integridad Pública - SIGRIP y registrarlo en el Mapa de Riesgos de Transparencia del subproceso.

d. Gestionar activamente los riesgos a la integridad pública del subproceso.

e. Presentar a Planeación Estratégica y Operativa, los probables riesgos emergentes detectados.

f. Las demás funciones del subproceso con relación Sistema Integrado de Gestión del Riesgo (SIGR) que se detallan en el documento de la Política de Gobernanza del Riesgo.

SERVIDORES PÚBLICOS Y COLABORADORES:

Son actividades del Talento Humano del Hospital:

a. Participar en las capacitaciones, retroalimentaciones, campañas y uso de instrumentos / herramientas para promover la cultura de la Legalidad, la Integridad, la Transparencia y la Ética.

b. Declarar el compromiso con la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción y el Programa de Transparencia y Ética Pública, alineado con el Código de Integridad del Hospital

c. Conocer, aplicar y cumplir con las políticas, directrices, manuales y procedimientos del Subsistema de Gestión del Riesgo para la Integridad Pública - SIGRIP.

d. Denunciar de forma responsable cualquier anomalía y actuar con base en los valores del código de integridad del Hospital y a los principios institucionales.

e. Presentar al coordinador del Subproceso, los probables riesgos emergentes detectados.

f. Todo el Talento Humano del Hospital Universitario San José de Popayán, garantizará la aplicación y cumplimiento de las políticas, directrices y lineamientos del Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP, el cual se encuentra articulado con el Subsistema de Gestión del Riesgo para la Integridad Pública – SIGRIP, al Sistema Integrado de Gestión de Riesgo - SIGR y al Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

6. NORMATIVIDAD VIGENTE

A continuación, se listan las normas que se tuvieron en cuenta para la formulación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PTEP 2026 de **H**ospital **U**niversitario **S**an **J**osé de **P**opayán:

N°	NORMA	EXPEDIDA POR	DESCRIPCIÓN
01	Constitución Política de Colombia de 1991.	Congreso de la República de Colombia	Artículos 23, 90, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 183, 184,209 y 270 relacionados con la transparencia, la integridad y la lucha contra la corrupción
02	CONPES N° 4042 de 2021	Consejo Nacional De Política Económica Y Social República De Colombia - Departamento Nacional De Planeación	Política Nacional Antilavado de Activos, Contra la Financiación del Terrorismo y Contra la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva
03	Ley N° 87 de 1993	Congreso de la República de Colombia	Por la cual, establece las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado
04	Ley N° 100 de 1993	Congreso de la República de Colombia	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
05	Ley N° 190 de 1995	Congreso de la República de Colombia	Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa.
06	Ley N° 850 de 2003	Congreso de la República de Colombia	Reglamentar las veedurías ciudadanas como mecanismo democrático de representación para vigilar la gestión pública
07	Ley N° 909 de 2004	Congreso de la República de Colombia	Por la cual, Regula el sistema de empleo público, la carrera administrativa, la gerencia pública y dictar otras disposiciones relacionadas con la función pública en Colombia
08	Ley N° 962 de 2005	Congreso de la República de Colombia	Por la cual, dictan disposiciones sobre la racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado.

09	Ley N° 970 de 2005	Congreso de la República de Colombia	Por medio de la cual se aprueba la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas.
10	Ley N° 1122 de 2007	Congreso de la República de Colombia	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
11	Ley N° 1437 de 2011	Congreso de la República de Colombia	Por la cual, se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo
12	Ley N° 1438 de 2011	Congreso de la República de Colombia	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
13	Ley N° 1474 del 2011	Congreso de la República de Colombia	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.
14	Ley N° 1581 de 2012	Congreso de la República de Colombia	Por la cual, se desarrolla el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recogido sobre ellas en bases de datos o archivos Garantizar los demás derechos, libertades y garantías constitucionales relacionados con la privacidad y el manejo de la información. Proteger el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la Constitución Política
15	Ley N° 1712 de 2014	Congreso de la República de Colombia	Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.
16	Ley N° 1751 de 2015	Congreso de la República de Colombia	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones
17	Ley 1 N° 755 de 2015	Congreso de la República de Colombia	Regula el Derecho Fundamental de Petición en Colombia, de acuerdo a los mandatos de la Constitución Política
18	Ley N° 1757 de 2015	Congreso de la República de Colombia	Estatuto de la Participación Democrática en Colombia: Promover, proteger y garantizar el derecho de los ciudadanos a participar en la vida política, administrativa, económica, social y cultural, así como ejercer control sobre el poder político

19	Ley N° 1915 de 2018	Congreso de la República de Colombia	Modifica la Ley 23 de 1982 con el fin de actualizar y modernizar el marco normativo sobre Derecho de Autor y Derechos Conexos en Colombia, adaptándolo principalmente al entorno digital y cumpliendo compromisos adquiridos en el Tratado de Libre Comercio (TLC) con los Estados Unidos.
20	Ley N° 1966 de 2019	Congreso de la República de Colombia	Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
21	Ley N° 2013 de 2019	Congreso de la República de Colombia	Por medio del cual se busca garantizar los principios de transparencia y publicidad en la administración pública, además de incentivar el control social de la ciudadanía para prevenir actos de corrupción
22	Ley N° 2016 de 2020	Congreso de la República de Colombia	Adopta e implementa el Código de Integridad del Servicio Público Colombiano. Su objetivo principal es fortalecer la cultura de la honestidad, la transparencia y la lucha contra la corrupción en la administración del Estado
23	Ley N° 2195 de 2022	Congreso de la República de Colombia	Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones
24	Decreto Ley N° 019 de 2012	Presidencia de la República de Colombia	Suprime o reforma las regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública de Colombia, con el fin de agilizar la relación entre los ciudadanos y el Estado
25	Decreto N° 1011 de 2006	Ministerio de Protección Social	De conformidad con lo establecido en el Decreto 1011 de 2006 y las disposiciones compiladas en el Decreto 780 de 2016, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud constituye el marco normativo para la gestión de la calidad en la prestación de los servicios de salud
26	Decreto N° 2641 de 2012	Presidencia de la República de Colombia	Reglamenta la creación y el seguimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano en el país y reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011
27	Decreto N° 1078 de 2015	Ministerio de tecnologías de la información y las	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de

		comunicaciones – Min TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
28	Decreto N° 1081 de 2015	Presidencia de la República de Colombia	Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República y trata elementos de la transparencia activa, transparencia pasiva, gestión de la información clasificada y reservada
29	Decreto N° 1083 de 2015	Presidencia de la República de Colombia	Reglamentario del Sector de Función Pública, relacionada con la administración del Estado y la gestión del talento humano en la función pública
30	Decreto N° 612 de 2018	Presidencia de la República de Colombia	Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado".
31	Decreto N° 2106 de 2019	Presidencia de la República de Colombia	Por la cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública
32	Decreto N° 1122 de 2024	Departamento Administrativo de la Presidencia de la República	Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 147 4 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública
33	Resolución N° 4559 de 2018	Superintendencia Nacional de Salud	Por medio de la cual se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
34	Resolución N° 5095 de 2018	Ministerio de Salud y Protección Social	Por medio de la cual se adopta el Manual de Acreditación en salud ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1
35	Resolución N° 3100 de 2019	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud u se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
36	Resolución N° 1519 de 2020	Ministerio De Tecnologías De La Información Y Las Comunicaciones	Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a

			la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos
37	Resolución N° 900 de 2026	Ministerio de Salud	Fortalecer los mecanismos de control, transparencia y trazabilidad sobre la ejecución del dinero público asignado a proyectos del sistema de salud
38	Resolución N° 269 de 2026	Hospital Universitario San José de Popayan	Por medio de la cual se actualiza la política institucional de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.
39	Circular Externa N° 009 de 2016	Superintendencia Nacional de Salud	Por la cual se imparten instrucciones relativas al sistema de administración del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo SARLAFT
40	Circular Externa N° 003 de 2018	Superintendencia Nacional de Salud	Instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno IPS de los grupos C1 y C2
41	Circular Externa N° 20211700000004-5 de 2021	Superintendencia Nacional de Salud	Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al Código de Conducta y Buen Gobierno y al Sistema Integrado de Gestión del Riesgo y los Subsistemas de Administración de Riesgos
42	Circular Externa N° 20211700000005-5 de 2021	Superintendencia Nacional de Salud	Por la cual se dan Instrucciones generales relativas al Subsistema de Administración del Riesgo de lavado de activos y financiación del Terrorismo SARLAFT, al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) y modifica las circulares externas 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018 y deroga la circular externa 018 de 2015
43	Circular Externa N° 2022151000000053-5 de 2022	Superintendencia Nacional de Salud	Lineamientos del Programa de Transparencia y Ética Empresarial PTEE y del Código de Conducta y Buen Gobierno

7. DEFINICIONES

- **Accesibilidad**: Asegura que la información pública sea accesible para todos, incluyendo personas con discapacidad y grupos étnicos.

- **Administración (gestión) del riesgo:** Conjunto de elementos de control que al interrelacionarse permiten a la Entidad evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función. Cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.

- **Análisis del riesgo**: Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del riesgo.

- **Auditoría Interna:** Proceso sistemático y objetivo de evaluación de las operaciones y controles internos de una organización para asegurar que se cumplan las políticas y procedimientos establecidos, y para detectar y prevenir la corrupción.

- **Canal anticorrupción**: Herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de fraude, opacidad o corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.

- **Cibercrimen**: Actividades ilícitas que se llevan a cabo para robar, alterar, manipular, enajenar o destruir información o activos (como dinero, valores o bienes desmaterializados) de compañías, valiéndose de herramientas informáticas y tecnológicas.

- **Código de Ética:** También denominado Código de Ética e Integridad. Es el documento que compendia las disposiciones referentes para gestionar la ética en el día a día de la entidad. Está conformado por los principios, valores y directrices que, en coherencia con el Código del Buen Gobierno, todo servidor de la entidad debe observar en el ejercicio de sus funciones.

- **Código del Buen Gobierno:** También denominado código de gobierno corporativo se define como el documento que compila los compromisos éticos de la Alta Dirección respecto a la gestión, íntegra, eficiente y transparente en su labor de Dirección y/o Gobierno, que, a manera de disposiciones voluntarias de autorregulación, son promulgadas ante los diversos públicos y grupos de interés, con el fin de generar confianza tanto en los clientes externos como internos.

- **Colusión**: Pacto o acuerdo ilícito, es decir, acuerdo anticompetitivo para dañar a un tercero en procesos de contratación pública.

- **Concusión**: Acción realizada por un funcionario público en abuso de su cargo, para inducir a otra persona a dar o prometer a él mismo o a una tercera persona, el pago de dinero u otra utilidad indebida.

.

- **Conducta irregular**: Hace referencia a incumplimientos de leyes, regulaciones, políticas internas, reglamentos o expectativas de las organizaciones.

- **Conflicto de Interés:** Situación en virtud de la cual una persona (funcionario, contratista o tercero vinculado al sector salud), debido a su actividad se enfrenta a distintas situaciones frente a las cuales podría tener intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede ser privilegiado en atención a sus obligaciones legales o contractuales.

- **Cohecho**: Delito que comete un particular, que ofrece a un funcionario público o persona que participa en el ejercicio de la función pública dádiva, retribución o beneficio de cualquier clase para sí o para un tercero, para que ejecute una acción contraria a sus obligaciones, o que omita o dilate el ejercicio de sus funciones.

- **Consecuencia**: Efectos generados por la ocurrencia de un riesgo que afecta los objetivos o un proceso de la entidad. Pueden ser entre otros, una pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento.

- **Contraparte(s)**: Son aquellas personas naturales o jurídicas con las cuales la organización y sus filiales y subordinadas tiene vínculos comerciales, de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden. Es decir, accionistas,

socios, colaboradores o empleados de la empresa, clientes y proveedores de bienes y servicios.

- **Control de riesgos**: Parte de la administración de riesgos que involucra la implementación de políticas, estándares, procedimientos para minimizar los riesgos adversos.

- **Corrupción**: Obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información.

- **Corrupción privada**: El que directamente o por interpuesta persona prometa, ofrezca o conceda a directivos, administradores, empleados o asesores de una sociedad, asociación o fundación una dádiva o cualquier beneficio no justificado para que le favorezca a él o a un tercero, en perjuicio de aquella. En este tipo el beneficio es para una persona natural o empresa privada.

- **Corrupción pública**: Cuando en el acto de Corrupción intervienen funcionarios públicos y/o la acción reprochable recaiga sobre recursos públicos.

- **Denuncia:** Es la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

- **Debida diligencia:** es un proceso continuo y esencial dentro del marco de prevención de lavado de activos en Colombia. A través de la identificación, verificación y monitoreo de contrapartes, las entidades pueden mitigar los riesgos asociados al lavado de activos y la financiación del terrorismo.

- **Estafa**: Es un delito contra el patrimonio económico, donde una persona denominada estafador, genera una puesta en escena y se aprovecha de la buena voluntad para presentar negocios inexistentes y obtener algún beneficio como sumas de dinero.

- **Ética Pública:** Son las pautas que orientan la gestión de aquellas personas que desempeñan una función pública. Se refiere a la disposición interna de quienes dispensan servicios públicos para cumplir cabalmente con los postulados y mandatos de la Constitución y la ley acerca de cómo debe

ejercitarse dicha función en términos de eficiencia, integridad, transparencia y orientación hacia el bien común.

- **Evaluación del riesgo**: Proceso de comparación de resultados del análisis del riesgo con los criterios técnicos para determinar si el riesgo, su magnitud (nivel) o ambos son aceptables o tolerables.

- **Evento**: Incidente o situación que ocurre en la empresa durante un intervalo particular de tiempo. Presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.

- **Factores de riesgo:** Fuentes generadoras de eventos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros.

- **Favoritismo**: Preferencia dada al “favor” sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante.

- **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. Se enuncian algunas actividades constitutivas de Fraude, sin que se constituya en una lista taxativa cerrada:
  - ✓ Cualquier acto encaminado a defraudar o que se ejecute con intención deshonesta.
  - ✓ Apropiación indebida de fondos, títulos valores, suministros de oficina o cualquier otro activo de la entidad y/o sus clientes.
  - ✓ Manejo inapropiado de dinero o transacciones financieras, incluyendo los respectivos reportes.
  - ✓ Generación de ganancias personales a partir del conocimiento de información de las actividades internas de la Entidad.
  - ✓ Revelar información confidencial y propietaria a terceros con el fin de obtener una ganancia.
  - ✓ Cualquier irregularidad similar o relacionada con las aquí mencionadas.

Fraude externo: Se define como los actos realizados por una persona externa a la entidad, que buscan defraudar, apropiarse indebidamente de activos de la misma o incumplir normas o leyes.

Fraude interno: Se define como todos aquellos actos que de forma intencional buscan la apropiación indebida de activos o busca causar las pérdidas que se ocasionan por actos cometidos con la intención de defraudar, malversar los activos o la propiedad de la entidad. Estos actos son realizados por al menos un empleado o administrador de la Entidad.

- **Gestión del riesgo**: Es el proceso sistemático de identificar, evaluar, controlar y monitorear las amenazas o incertidumbres que pueden afectar los objetivos de una organización.

- **Hurto**: Delito consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajenas contra la voluntad de su dueño, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro.

- **Identificación del riesgo**: Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo. Implica la identificación de las fuentes de riesgo, los eventos, sus causas y consecuencias potenciales.

- **Impacto:** Consecuencias o efectos que puede generar la materialización del Riesgo de Corrupción en la entidad.

- **Información privilegiada**: Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público existiendo deber para ello.

- **Lineamientos Éticos:** Disposiciones de referencia para gestionar la ética en el día a día de la entidad. Está conformado por los principios, valores y directrices que, en coherencia con el Código de Buen Gobierno, todo servidor público de la entidad debe observar en el ejercicio de su función administrativa.

- **Mapa de Riesgos:** Herramienta metodológica que permite hacer un inventario de los riesgos ordenada y sistemáticamente, definiéndolos, haciendo la descripción de cada uno de estos y las posibles consecuencias y sus acciones preventivas.

- **Mecanismo de Denuncia:** Sistema establecido para que los empleados, ciudadanos u otras partes interesadas puedan reportar de manera confidencial

- **Monitoreo:** Es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y eficacia de una política o de un proceso, mediante la identificación de sus logros y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados. El monitoreo está a cargo de las dependencias líderes de procesos y sus respectivos equipos de trabajo. Sus principales funciones incluyen:

- **Nivel De Riesgo:** Magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos expresada en probabilidad e impacto o consecuencias.

- **Oficial de Cumplimiento:** Es la persona natural designada por la Junta Directiva de la Institución para liderar y administrar el Sistema de Gestión de Riesgos de Corrupción (SICOFS/SARLAFT/PDAM)

- **Opacidad**: Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.

- **Peculado:** Conducta en la que incurren los servidores públicos cuando se apropian o usan indebidamente de los bienes del Estado en provecho suyo o de un tercero y cuando dan o permiten una aplicación diferente a la prevista en la Constitución o en las leyes a tales bienes, a las empresas o instituciones en que se tenga parte, a los fondos parafiscales y a los bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones.

- **Piratería**: Obtención o modificación de información de otros, sin la debida autorización, ya sea una página web, una línea telefónica, computador o cualquier Sistema informático de una entidad.

- **Política Específica o Directriz**: Es el conjunto de lineamientos, orientaciones y reglas de actuación que desarrolla una política institucional general para un tema, proceso o riesgo particular, estableciendo criterios claros para la toma de decisiones, el cumplimiento de objetivos y la ejecución de actividades.

- **Política para la gestión del riesgo:** Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.

- **Política de Transparencia y Ética Pública (PTEP):** Instrumento de gestión institucional que guía a las entidades estatales en la prevención de la corrupción, el fomento de la legalidad y la administración honesta de los recursos públicos. Reúne los principios, políticas, responsabilidades y mecanismos orientados a:Prevenir hechos de corrupción.

  - ✓ Promover la ética pública.
  - ✓ Garantizar el acceso a la información.
  - ✓ Fortalecer la rendición de cuentas.
  - ✓ Proteger los recursos públicos.
  - ✓ Fomentar la participación ciudadana.
  - ✓ Prevenir el lavado de activos y la financiación del terrorismo

- **Prevaricato por acción:** Actuación voluntaria de un funcionario público para proferir resolución, dictamen y/o conceptos contrarios a la ley.

- **Prevaricato por omisión:** Actuación voluntaria de un funcionario público para dejar de ejecutar o cumplir con un acto propio de sus funciones.

- **Principios Éticos:** Creencias básicas sobre la forma correcta como debemos relacionarnos con los otros y con el entorno, desde las cuales se erige el sistema de valores éticos al cual la persona o el grupo se adscriben.

- **Principio De Transparencia**: Es aquel, según el cual, la Entidad debe proporcionar y facilitar el acceso a la información pública en los términos más amplios posibles a través de los medios y procedimientos que, para este efecto, ha establecido la ley. Es en el marco del principio de transparencia que se desarrolla el derecho de acceso a la información pública.

- **Probabilidad / posibilidad:** Oportunidad que algo suceda.

- **Programa Transparencia y ética empresarial -** PTEE: Programa que compila de manera integral todas las normas internas en materia de prevención y mitigación del riesgo de SICOFS, así como los principios y valores éticos que la entidad considere apropiados, para llevar a cabo su operación de manera ética, transparente y honesta, se fundamenta en una evaluación exhaustiva de los riesgos SICOFS, y, otras prácticas que la entidad tenga intención de mitigar.

- **Rendición de Cuentas:** Deber legal y ético de la administración de la entidad pública de responder e informar, el manejo y los rendimientos de fondos, bienes y/o recursos públicos asignados, y los respectivos resultados, en el cumplimiento del mandato que le ha sido conferido. La Rendición de Cuentas se constituye en un recurso de transparencia y responsabilidad para generar confianza y luchar contra la corrupción.

- **Riesgo**: Cualquier evento, amenaza, acto u omisión que en algún momento pueda comprometer el logro de los objetivos de la entidad.

- **Riesgo de Corrupción:** Este instrumento le permite a la entidad identificar, analizar y controlar los posibles hechos de corrupción generados, tanto interna como externamente de la entidad.

- **Servidor Público:** Miembros de las corporaciones públicas, los empleados y trabajadores del Estado y de sus entidades descentralizadas territorialmente y por servicios. Los servidores públicos están al servicio del Estado y de la comunidad; ejercerán sus funciones en la forma prevista por la Constitución, la ley y el reglamento.

- **Segmentación:** Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos homogéneos al interior de ellos y heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).

- **SICOF**: Subsistema implementado principalmente en el sector salud de Colombia para prevenir, detectar y mitigar actos de corrupción, opacidad y fraude. Su objetivo es mejorar la eficiencia de las entidades, fortalecer la transparencia y la ética, y establecer mecanismos de control y seguimiento para la gestión de estos riesgos, siendo regulado por la Superintendencia Nacional de Salud.

- **Soborno:** Es el acto de dar, ofrecer, prometer, solicitar o recibir cualquier dádiva o cosa de valor a cambio de un beneficio o cualquier otra contraprestación, o a cambio de realizar u omitir un acto inherente a una función pública o privada, con independencia de que la oferta, promesa, o solicitud es para uno mismo o para un tercero, o en nombre de esa persona o en nombre de un tercero.

  El soborno constituye una práctica corrupta que vulnera la transparencia, la imparcialidad y la integridad en la gestión pública, afecta el uso adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y genera

riesgos legales, disciplinarios, penales, financieros y reputacionales para la institución.

- **Soborno transnacional**: El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional.

- **Tráfico de Influencias**: Utilización indebida, en provecho propio o de un tercero, de influencias derivadas del ejercicio del cargo público o de la función pública, con el fin de obtener cualquier beneficio de parte de servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer. Incluye el ejercicio indebido de influencias por parte de un particular sobre un servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico.

- **Transparencia Activa:** implica la disponibilidad de información a través de medios físicos y electrónicos. Los sujetos obligados por la Ley 1712 de 2014 deben publicar una información mínima en los sitios web oficiales, de acuerdo con los parámetros establecidos por la misma ley en su artículo 9 y por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

- **Transparencia Pasiva**: La transparencia pasiva se refiere a la obligación de responder las solicitudes de acceso a la información en los términos establecidos en la Ley. Al respecto, se debe tener en cuenta las directrices del Decreto 1081 de 2015 respecto a la gestión de solicitudes de información, en particular, respecto de la gratuidad, el contenido y la oportunidad para atender estas solicitudes.

- **Vandalismo**: Acciones físicas que atenten contra la integridad de los elementos informáticos, la infraestructura, entre otros, cuya finalidad es causar un perjuicio, por ejemplo, la paralización de las actividades, como medio de extorsión o cualquier otro.

8. POBLACIÓN OBJETO

PARTES INTERESADAS	DETALLE
USUARIOS	• El Paciente • Familia del paciente • Cuidadores primarios • Comunidad
INSTITUCIONAL	• Talento humano de los macroprocesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación y Control • Grupos de Voluntariado: Damas Verdes, Damas Azules
DOCENCIA SERVICIO	• Docentes Universitarios • Docentes de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano • Estudiantes de pregrado y postgrado • Estudiantes para el Trabajo y Desarrollo Humano
CONTRATISTAS – PROVEEDORES	• Entidades jurídicas con relación contractual • Proveedores de medicamentos y dispositivos médicos • Proveedores de sistemas de información • Proveedores de tecnología biomédica, industrial o cómputo
ORGANISMOS GESTIÓN RIESGO Y DE SOCORRO	• CRUE • Oficina Asesora de Gestión del Riesgo - (Municipal) • Bomberos • Defensa Civil • Cruz Roja
RED DE ATENCIÓN Y RED DE APOYO	• EAPB – EPS • IPS • IPS de traslado asistencial • IPS de atención domiciliaria • Casas u hogares de Paso • Ancianatos
ENTIDADES ESTATALES	• Secretaria Municipal y Departamental de salud • Entidades de Vigilancia y Control • Alcaldía de Popayán

9. GENERALIDADES Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DE TRASNPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA

9.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

9.1 ADN Corporativo

El ADN corporativo del Hospital Universitario San José de Popayan E.S.E, agrupa los elementos internos que guían el comportamiento, las decisiones y la forma de trabajar de una organización

9.1.1 Visión



Para el 2034 ser un hospital universitario líder en la prestación de servicios de salud con enfoque de cuarto nivel de atención, que mediante en modelo integral, sostenible y competitivo garantice le eficiencia, el cumplimiento de altos estándares de calidad y un servicio digno, preservando la vida y siendo referente en la región por nuestra excelencia.

9.1.2 Misión



Brindamos a la comunidad servicios de salud de mediana y alta complejidad proyectados a la excelencia, a través de procesos de mejoramiento continuo que permitan una atención digna, humana, segura, integral y diferencial, con un talento humano comprometido en satisfacer las necesidades de salud en todos los ciclos de vida, con responsabilidad social, ambiental y sostenibilidad financiera, apoyados en los procesos de docencia, investigación e innovación.

9.1.3 Valores

Los valores Institucionales son las brújulas que guía a nuestras acciones hacia un futuro más ético y colaborativo

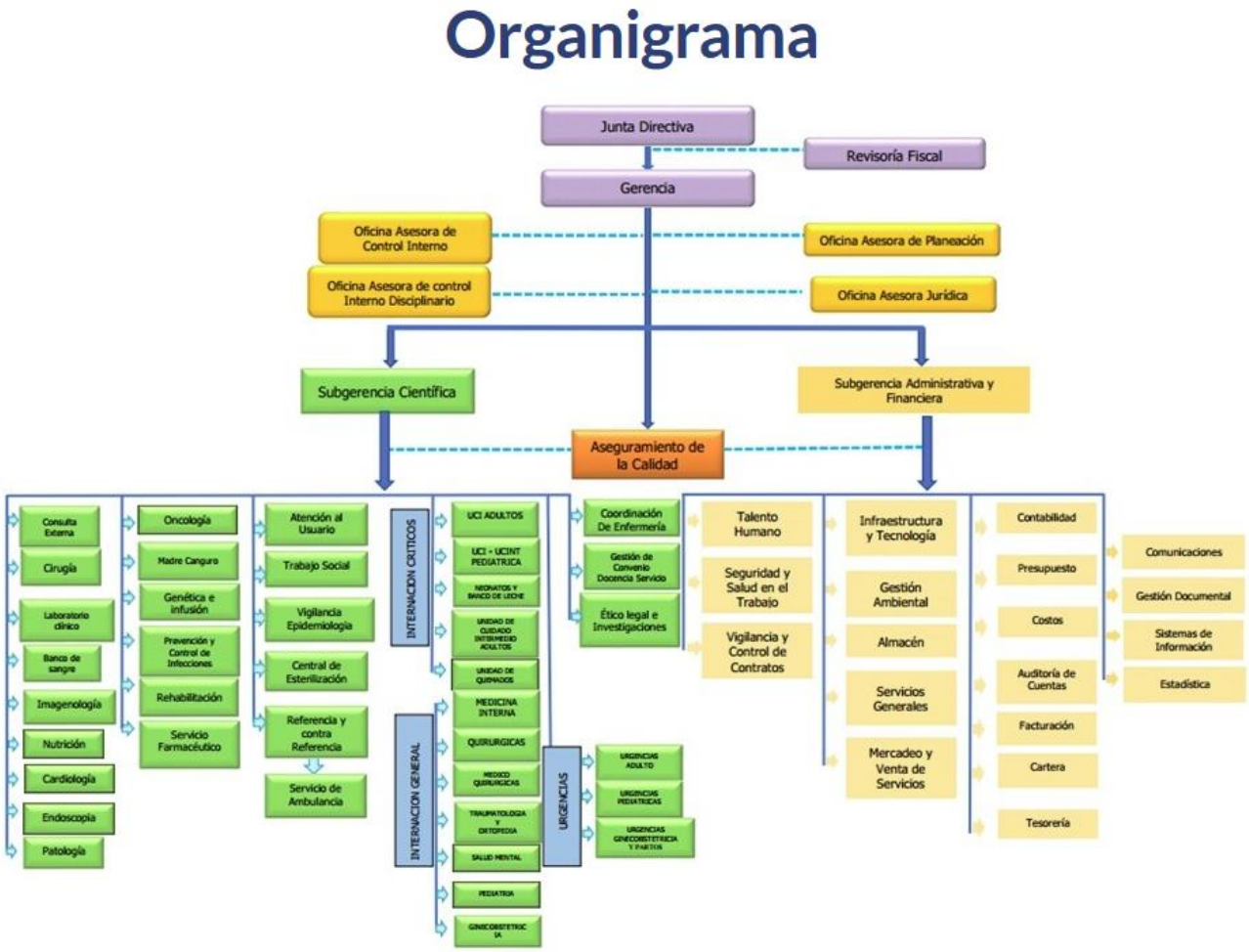


9.1.4. Principios

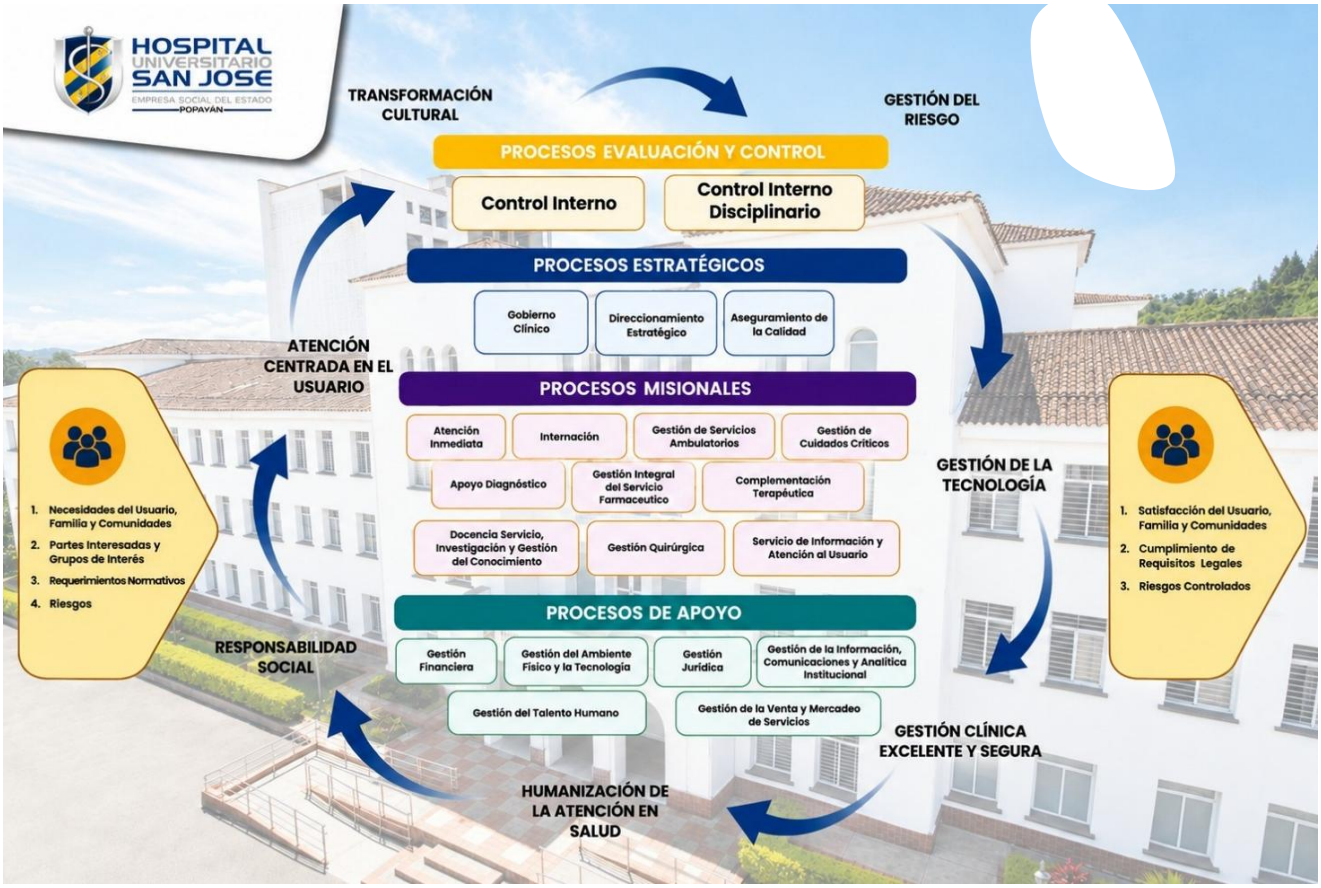
Los principios son los cimientos que sustentan nuestras decisiones y fortalecen nuestra misión.



9.1.5 Estructura Organizacional



9.1.6 Mapa de procesos



9.2 ASPECTOS GENERALES DE LA POLÍTICA DE GOBERNANZA DEL RIESGO

El Hospital Universitario San José de Popayán, en conocimiento de la responsabilidad e importancia del manejo de los riesgos asociados a los diferentes procesos del Sistema Integrado de Gestión de la entidad, implementa la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP. En concordancia, Planeacion Estratégica y Operativa asume el rol de administrador, mediante la cual identifica y valora los riesgos por procesos como herramienta estratégica y de gestión que permite anticipar y responder de manera oportuna y optima a la materialización de los riesgos identificados en la matriz, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos misionales y la mejora continua del sistema. De igual manera, la Política de Gobernanza del Riesgo se encuentra publica en la página web: https://hospitalsanjose.gov.co/index.php/planeacion-politicas-lineamientos-sectoriales-e-institucionales/ y comunicada a todos los colaboradores del Hospital Universitario San José de Popayán, a través de los diferentes medios con que cuenta la Entidad.

9.3. CONSTRUCCIÓN DEL PROGRAMA TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA – PTEP

El Programa de Transparencia y Ética Pública fue creado mediante el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, cuyo contenido modificó artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 que creaba el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y a lo establecido en el Decreto 1122 de 2024 del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República que define lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública - PTEP. En este marco, los Programas de Transparencia y Ética Publica son formulados para promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo a la integridad pública en el desarrollo de la misión del Hospital.

El Hospital Universitario San José de Popayán, con base a la **Circular de la Superintendencia Nacional de Salud N° 2022151000000053-5 de agosto de 2022,** ha contado con el Programa de Transparencia y Ética Empresarial PTEE, sin embargo, acorde a la normatividad referenciada en el párrafo anterior y a la consulta efectuada al Despacho de la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la

República el 16 de marzo de 2026, que solicita: “En atención a la capacitación realizada el 11 de marzo de 2026, me permito consultar a su despacho cuál es el Programa de Transparencia y Ética (Empresarial o Público) que resulta aplicable a las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.) del orden territorial. La inquietud surge al considerar la convergencia de lo estipulado en la Circular Externa N° 2022151000000053-5 del 5 de agosto de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud y el Decreto 1122 de 2024 del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.” Ante la consulta efectuada se recibió respuesta el 8 de abril de 2026 mediante oficio OFI26-00061566 / GFPU 13130002 – asunto **EXT26-00039029 Consulta sobre la implementación del Programa de Transparencia y Ética en Empresas Sociales del Estado,** en el cual se aclara: “La Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República recibió su consulta sobre el Programa de Transparencia y Ética que debe implementar una empresa social del Estado. Al respecto, en el marco de nuestras competencias, nos permitimos informar:

1. De acuerdo con lo establecido en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, toda entidad pública tiene la obligación de implementar un Programa de Transparencia y Ética Pública, en reemplazo del Plan Anticorrupción y de Atención a las Ciudadanías.

2. El Decreto 1122 de 2024, a partir de una interpretación sistemática del ordenamiento jurídico, reconoce una excepción a la regla general mencionada en el numeral 1 de este oficio. Es decir, algunas entidades públicas, a pesar de su naturaleza, podrán implementar un Programa de Transparencia y Ética Empresarial. Esto será así cuando la entidad esté sometida al régimen de supervisión de una autoridad de inspección, vigilancia y control que haya solicitado la adopción de un Programa Empresarial.

3. En este caso, cuando una entidad pública implementa el Programa Empresarial, se entiende que mediante este cumple con su obligación respecto del Programa Público. Es decir, ambos son excluyentes; la entidad implementa uno o el otro. Es importante destacar que, en el caso de implementar el Programa Empresarial, deberá observar los lineamientos establecidos por el supervisor y adecuarse a estos.

4. Lo anterior, no quiere decir que la entidad quede exceptuada del cumplimiento de las demás obligaciones que tiene, dada su naturaleza pública. A través del Plan Anticorrupción y de Atención a las Ciudadanías, además de la lucha contra la

Corrupción, se instrumentalizaban otras políticas como las de: (1) transparencia y acceso a la información pública; (2) participación ciudadana; (3) mejorar en los servicios a la ciudadanía; y (4) racionalización de trámites. Cada una de estas políticas cuenta con una fuente normativa propia, un ámbito de aplicación específico y con lineamientos particulares. La sustitución del Plan Anticorrupción, como instrumento, por el Programa de Transparencia, no afecta la vigencia de estas políticas y su obligatoriedad. El reto para las entidades exceptuadas, que implementan un Programa de Transparencia y Ética Empresarial, es identificar los instrumentos institucionales mediante los cuales continuaran dando cumplimiento a esta normativa.

5. Al respecto, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República ha sugerido, como alternativa, que el Programa de Transparencia y Ética Empresarial se complemente con aquellos aspectos propios de la naturaleza pública que exceden la regulación de la autoridad de inspección, vigilancia y control. Es decir, que al Programa Empresarial se incorporen: (1) los lineamientos para dar cumplimiento a las obligaciones que derivan de la Ley1712 de 2014, en materia de transparencia y acceso a la información pública;(2) las estrategias para promover la participación ciudadana, especialmente en sus dos dimensiones relevantes para la lucha contra la corrupción: rendición de cuentas y control social; (3) las estrategias de mejora de la atención a las ciudadanías; (4) las estrategias de racionalización de trámites. Lo anterior, según aplique para cada entidad de acuerdo con el ámbito de aplicación de cada norma. En suma, si bien el Programa de Transparencia y Ética Empresarial se formula conforme a los lineamientos dados por el supervisor, para las entidades públicas, el Programa puede ser objeto de complemento para generar un solo instrumento que articule todas las políticas relacionadas con la lucha contra la Corrupción, sin dejar de ser un Programa Empresarial.”

En concordancia a la normatividad expuesta y a la respuesta generada por la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República, el Hospital define generar el cambio de Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE al Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP, incorporando las acciones adicionales requeridas por la Circular Externa de la Superintendencia Nacional de Salud N° 2022151000000053-5 de agosto de 2022.

Como segunda estrategia, el Hospital inicio ciclo de sensibilización del talento humano del Hospital sobre el ciclo y los contenidos del Programa – PTEP y estructuró el Plan de Ejecución y Monitoreo de la vigencia 2026, que en el Hospital se denominó Plan de Acción de la Política de Transparencia, Acceso a la

Información y Lucha Contra la Corrupción, el cual, se encuentra alineado al Subsistema de Gestión del Riesgo Contra la Integridad Pública SIGRIP, el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo SIGR, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y las políticas de Gobernanza del Riesgo y de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción.

El Programa de Transparencia y Ética Pública de acuerdo con el Anexo Técnico del Decreto 1122 de 2024, señala la metodología del PTEP la cual comprende dos grandes componentes, el transversal y el programático, los cuales cumplen funciones diferenciadas pero articuladas dentro del Subsistema de Gestión del Riesgo para la Integridad Pública – SIGRP.

9.3.1. La Articulación del Programa de Trasparencia y Ética Pública

El Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP se encuentra alineado y articulado con el Subsistema de Gestión del Riesgo Contra la Integridad Pública SIGRIP, el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo SIGR, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y las políticas de Gobernanza del Riesgo y de Transparencia, acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción al tiempo que implementa los numerales claves de la ISO 37001:2016 (desde el análisis del contexto institucional hasta la mejora continua) dotando al sistema de legitimidad nacional y reconocimiento internacional.

El PTEP del Hospital Universitario San José de Popayan E.S.E, se articula como una estrategia transversal, sistémica y sistemática al interior de la entidad con despliegue a la ciudadanía a través de su página web.



9.3.1.1. Articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión

El PTEP se articula de manera funcional con las seis dimensiones del MIPG, ejerciendo un impacto directo desde la planeación estratégica hasta el control interno, transitando por el talento humano, valores, comunicación, conocimiento y monitoreo. A continuación, se detalla su aplicada integración:

9.3.1.1.1 Dimensión de Gestión de Talento Humano

- Se promueven procesos de formación continua en cultura de integridad, sensibilización sobre Código de Integridad, conflicto de interés y soborno, dirigido a servidores y colaboradores.
- El PTEP contribuye a prácticas de desarrollo del talento humano institucional, mediante la inclusión de competencias éticas en evaluación de desempeño, inducción y actualización de perfiles de roles vinculados al sistema de integridad.



9.3.1.1.2. Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación

- El PTEP se inscribe formalmente en el Plan de Acción Institucional (PAI) garantizando que la cultura de legalidad, ética y transparencia formen parte de la ruta estratégica del Hospital Universitario San José de Popayan E.S.E.
- En la fase de **formulación**, se realizan diagnósticos, se consultan grupos de interés, se aprueba el documento y se publica en medios institucionales, lo que asegura la legitimidad y respaldo institucional. Cada año se desarrolla el Plan de Ejecución y Monitoreo o de Plan de Acción de la Política de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción alineado al PAI, integrado al presupuesto institucional y al plan anual de compras, lo que permite planificar recursos humanos, tecnológicos y financieros de forma coherente.

9.3.1.1.3. Dimensión de Relación Estado – Ciudadanía

- Se estimula la transparencia activa y pasiva mediante publicación proactiva, acceso a solicitudes de información y mecanismos de rendición de cuentas.

- La promoción de la participación ciudadana, incluyendo diálogos de rendición, fortalece la legitimidad institucional.
- Las herramientas operativas se diseñan para simplificar trámites, fomentar la eficiencia administrativa y generar resultados con impacto ciudadano.

9.3.1.1.4 Dimensión de Fortalecimiento Institucional

- Se elaboran estrategias de comunicación y divulgación, alineadas con la Política de Fortalecimiento Institucional – Plan de Comunicaciones, para informar y sensibilizar a grupos de interés.
- Se habilitan canales accesibles para consulta y denuncia, garantizando la participación y el control social por parte de la ciudadanía.

9.3.1.1.5 Dimensión de Gestión del Conocimiento e Innovación

- Se documentan y difunden buenas prácticas y aprendizajes institucionales, fomentando una cultura de mejora continua.
- El PTEP integra herramientas como autodiagnósticos, benchmarking y análisis de tendencias, fusionando estándares nacionales (MIPG) e internacionales (ISO 37001).

9.3.1.1.6 Dimensión de Seguimiento, Evaluación y Control Integral

- Alineado con el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), el PTEP desarrolla el Mapa de Riesgo de Transparencia - MRT asociado a prevenir riesgos de corrupción, soborno, fraude y conflicto de interés.
- El PTEP implementa indicadores específicos, medidos periódicamente y reportados al Comité de Gobernanza del Riesgo.
- Se coordinan auditorías internas anuales, asegurando que Control Interno de Gestión incluya el PTEP como unidad auditable prioritaria.

9.3.1.2. Articulación con el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo

Dentro del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo (SIGR) del Hospital, el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) se articula como un componente central para la Transparencia, Integridad y Ética Pública a través del Subsistema de Gestión del Riesgo para la Integridad Pública - SIGRIP.

9.3.1.2.1. Rol estructural del PTEP dentro del SIGR

El PTEP se convierte en parte integral del Componente de transparencia e integridad, uno de los elementos transversales del SIGR y del SIGRIP.
Su objetivo es consolidar estrategias que fortalezcan la confianza ciudadana, la colaboración institucional y el cumplimiento de la política antisoborno del Hospital Universitario San José de Popayan E.S.E, centrado en legalidad, el buen gobierno, la transparencia, la participación ciudadana y la operatividad de los canales de denuncia.

9.3.1.2.2. Elementos operativos y normativos de los Componentes del PTEP

El PTEP se alinea con los Manuales Operativos de los Subsistemas de Gestión del Riesgo de SARLAFT y SICOF del Hospital, así como al Código de Integridad y al Código de Conducta y Buen Gobierno. De igual forma, el Plan de ejecución y monitoreo o Plan de Acción de la Política de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la Corrupción tiene definidos los indicadores institucionales para su seguimiento.

9.3.1.2.3. Articulación de estrategias e impulso integral

El Subsistema de Gestión del Riesgo para la Integridad Pública – SIGRIP, unifica estrategias de integridad, corresponsabilidad, transparencia activa (divulgación) y pasiva (reactiva), así como estrategias específicas de transparencia focalizada, adaptada a las necesidades e intereses de grupos de valor específicos. Mediante esta integración, los grupos de interés (ciudadanía, contratistas, entes de control, entre otros) acceden a canales efectivos de participación, que incluyen insumos para mejorar el acceso a la información y mecanismos de consulta y denuncia.

9.3.1.2.4. Coordinación operativa

El PTEP se articula con todos los macroprocesos del Hospital: Estratégico, Misional, Apoyo y Evaluación y Gestión, garantizando que la gestión de integridad sea sistémica y sistemática, acorde a la caracterización de cada uno de los subprocesos institucionales.
El PTEP está integrado en el Plan de Acción Institucional (PAI), con productos operacionales concretos destinados a incorporar la gestión de transparencia e integridad en todo el sistema institucional.

9.3.1.2.5. Beneficios concretos de la integración

- Consolidación del PTEP como programa operativo del SIGR con respaldo normativo, técnico y estratégico.
- Claridad en las responsabilidades institucionales, roles y canales de implementación (colaboradores, subprocesos, Red Interna de Transparencia, Oficiales de cumplimiento de SICOF y SARLAF, Comité Gobernanza del Riesgo, Subprocesos de evaluación y Control, Gerencia y Junta Directiva).
- Fortalecimiento del enfoque de mejora continua, transparencia y rendición de cuentas, a través de indicadores, auditorías, impacto ciudadano y retroalimentación institucional.

Esta formulación da claridad sobre cómo el PTEP se inserta estructuralmente dentro del Sistema Integral de Gestión del Riesgo del Hospital Universitario San José de Popayan E.S.E, articulándose con cada uno de los elementos del sistema y asegurando una gobernanza efectiva, coherente e interdependiente.

9.3.1.3. Integración con la Norma ISO 37001:2016

La implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) se apoya en los robustos principios de la ISO 37001:2016, dotándolo de una estructura técnica e internacionalmente reconocida en la prevención del soborno. Esta integración se traduce en un sistema sólido, coherente y adaptado a la gestión pública colombiana:

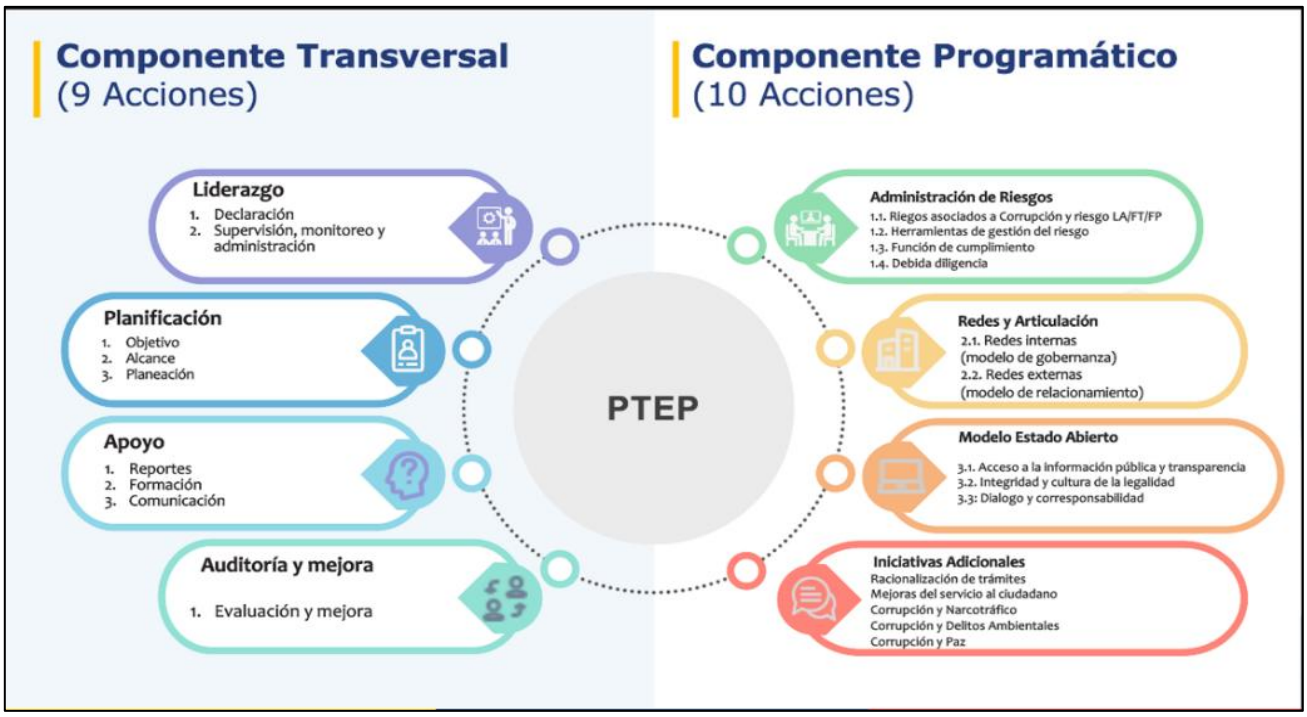
9.3.1.3.1. Contexto de la organización

El PTEP realiza un diagnóstico institucional exhaustivo que identifica:

- Partes interesadas claves: Usuarios y ciudadanía, Institucional, entidades educativas y de formación, contratistas y proveedores, organismos de gestión del riesgo y de socorro, red de atención y red de apoyo, entidades estatales.
- Análisis de contexto externo e interno.
- Identificación de riesgos prioritarios: corrupción, soborno y lavado de activos / financiación del terrorismo, como exige el Decreto 1122 de 2024 y su anexo técnico.

9.4 COMPONENTES DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - PTEP

El Programa de Transparencia y Ética Pública de acuerdo con el Anexo Técnica del Decreto 1122 de 2024, señala la metodología del PTEP, la cual comprende dos grandes componentes, el transversal (enfocado al carácter interno) y el programático (enfocado a la ciudadanía), los cuales cumplen funciones diferenciadas pero articuladas dentro del sistema institucional de integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.



9.4.1 COMPONENTE TRANSVERSAL DEL PTEP

Es el marco estructural, normativo y cultural que garantiza las bases operativas de la integridad, la ética y la transparencia permeen de forma permanente todos los niveles, procesos y decisiones de una entidad pública, más allá de acciones aisladas.

Criterio	Componente Transversal
Naturaleza	**Estructural y cultural**. Es el marco conceptual y de gobernanza que sostiene la estrategia de integridad a largo plazo.
Enfoque	Define el "cómo somos" y "cómo nos organizamos" (roles, compromisos, políticas de talento humano, cultura institucional).
Contenido Clave	• Compromiso de la alta dirección. • Canales de denuncia y protección al denunciante. • Articulación con MIPG y el código de integridad.

9.4.1.1 LIDERAZGO

El **Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.** fortalece sus procesos, compromisos estratégicos y roles directivos para articular la transparencia, la integridad y la lucha contra la corrupción en su cultura y dinámicas internas.

En este marco, la alta dirección adoptó la Política Específica o Directriz de Integridad Antisoborno y definió los siguientes pilares de cumplimiento:

- **Asignación de funciones críticas:** Definición de responsables para la gestión de riesgos y la operación de los canales de denuncia en los subprocesos de Planeación Estratégica y Operativa y los Oficiales de Cumplimiento de SARLAFT y SICOF.
- **Protección al denunciante:** Garantía de respaldo institucional para asegurar la confidencialidad y seguridad de los reportes.
- **Liderazgo Directivo:** Promoción de la cultura de la legalidad, Integridad y Trasparencia, impulsada y respaldada de manera visible por la alta gerencia

a través de las Políticas de Gobernanza del Riesgo, Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción y la política de Integridad.



9.4.1.1.1 Declaración

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., como referente público de alta complejidad, docencia e investigación, proyecta su sostenibilidad y legado a largo plazo fundamentado en una cultura de legalidad, Integridad y Trasparencia. Por ello, consolidamos una política activa de Cero Tolerancia frente a la Corrupción, el Soborno, la Opacidad y el Fraude, transformando este principio en el pilar que garantiza la confianza y el bienestar de las futuras generaciones.

Conscientes de este futuro compartido, la Alta Dirección, servidores públicos, colaboradores, contratistas, proveedores y demás partes interesadas asumimos el compromiso inspirador de **actuar como Guardianes de la Excelencia Ética**. Nos unimos de manera proactiva para vivenciar, aplicar y robustecer de manera continua el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), asegurando que cada una de nuestras decisiones se articule armónicamente con los VALORES Institucionales:



- **Respeto**: Garantizar una atención digna y equitativa, protegiendo los derechos de los usuarios y rechazando tajantemente las prebendas indebidas o la discriminación.
- **Honestidad:** Actuar con rectitud y transparencia, anteponiendo siempre el interés general y el cuidado de los recursos públicos de la salud por encima de cualquier beneficio particular.
- **Compromiso:** Busca el bienestar y dar soluciones a los usuarios y compañeros
- **Diligencia:** Cumplir eficientemente las funciones y responsabilidades contractuales u oficiales de manera óptima y transparente.
- **Justicia:** Ejercer con imparcialidad, garantizando los derechos de las personas con equidad, igualdad y sin ningún tipo de discriminación
- **Liderazgo:** Impulsa entornos de innovación, competitividad y productividad mediante directrices coherentes, transparentes y alienados con los más altos estándares de calidad
- **Ética profesional:** Actuar e Interiorizar los principios institucionales (calidad, excelencia, integridad, oportunidad, humanización, transparencia y gestión del conocimiento).

A través de este Programa de Transparencia y Ética Pública, la Junta Directiva, la Alta Gerencia y todos los colaboradores del Hospital, y demás partes interesadas sin excepción, nos comprometemos a:

- **Cumplir con las Políticas, Directrices, Manuales, Procedimientos y Códigos:** Nos comprometemos a conocer, respetar y aplicar todas las políticas, directrices, manuales, procedimientos y códigos de Integridad, Conducta y Buen Gobierno que integran el Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP, asegurando que nuestras acciones estén alineadas con los más altos estándares de integridad y responsabilidad en el ejercicio de nuestras funciones.

- **Fomentar la Transparencia:** Actuaremos con total transparencia en la toma de decisiones, en la gestión de recursos públicos y en la ejecución de proyectos y contrataciones, promoviendo un ambiente de confianza y responsabilidad ante la ciudadanía, los usuarios y los entes de control.

- **Implementación de Acciones del Programa:** Nos comprometemos a participar activamente en la implementación de las acciones que componen

cada componente del Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP, como la capacitación continua en ética institucional, código de integridad, la mejora constante de los mecanismos de control interno y la promoción de canales seguros y accesibles para la denuncia de conductas irregulares.

- **Fortalecimiento de la Cultura de la Legalidad, Transparencia e Integridad:** Promoveremos un ambiente organizacional basado en principios éticos y el código de integridad institucional, que fomente el respeto mutuo, la equidad y el compromiso con el servicio público. Todos los colaboradores del El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., deberán actuar como modelos de integridad, con la convicción de que nuestras decisiones y comportamientos repercuten directamente en la confianza de la ciudadanía en el sistema de salud público.

- **Rendición de Cuentas:** Nos comprometemos a rendir cuentas de manera clara y efectiva sobre nuestras decisiones, resultados y el uso de los recursos públicos, asegurando que la gestión del El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., se desarrolle bajo los más altos estándares de transparencia, alineados con las expectativas de la sociedad y las normativas legales nacionales.

9.4.1.1.2 Supervisión, Monitoreo y Administración

9.4.1.1.2.1 Supervisión

El hospital universitario San José de Popayan establece este mecanismo de control institucional en sus tres ejes operativos (Administrativo, Monitoreo y Supervisión) los cuales le permiten coordinar, medir y asegurar el cumplimiento efectivo de todas las estrategias de transparencia e integridad que se integran en los procesos asistenciales y administrativos

Este proceso se desarrollará mediante el Plan de Ejecución y Monitoreo o Plan de Acción de la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción, el cual contendrá acciones, metas, responsables, cronograma y medios de verificación, permitiendo hacer trazabilidad a las acciones del Programa e identificar oportunidades de mejora.

El Comité de Gobernanza del Riesgo en las Reuniones ordinarias (trimestrales), incluirá como tema del orden del día, la supervisión a la implementación del PTEP,

con el propósito de observar su desempeño y establecer oportunidades de mejoramiento.

9.4.1.1.2.2 La Gobernanza del PTEP, incluye la definición de roles, responsabilidades y líneas de coordinación institucional, descritas, descritas en el Numeral 5 Responsables y Responsabilidades.



9.4.1.1.2.3 Líneas de Coordinación Institucional

Para que el programa sea transversal y eficiente, las líneas de articulación operan en tres niveles:

LÍNEA INSTITUCIONAL	ACTOR RESPONSABLE
Línea Estratégica	Alta Dirección: Junta Directiva Gerencia Comité de Gobernanza del Riesgo.
Tercera línea de Aseguramiento	Control Interno de Gestión
Segunda Línea Aseguramiento	Planeación Estratégica y Operativa. Red Interna de Transparencia
Primera Línea de Aseguramiento	Coordinadores de Subprocesos

9.4.1.1.2.2 Monitoreo



La función de cumplimiento y líder del PTEP y del plan de ejecución y monitorio o Plan de Acción de la Política de Transparencia, acceso a la información y Lucha contra la Corrupción se sitúa bajo la responsabilidad del subproceso de Planeación Estratégica y Operativa - Segunda Línea de Aseguramiento.

Tiene por objetivo asegurar que la entidad adopte, implemente y mantenga un marco interno de normas, políticas, procedimientos y controles que garanticen la conformidad normativa, ética y de integridad institucional.

Para efectos del Programa y en consonancia con las definiciones de la Guía de Gestión del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, la función de cumplimiento del Programa se desarrollará a partir de los siguientes elementos:

- Monitorear los reportes y controles frente a riesgos corrupción, soborno, fraude e integridad que se encuentran debidamente consignados en el Mapa de Riesgos Integral de Transparencia - MRIT del Hospital.
- Asesorar en el diseño y actualización de políticas, manuales y procedimientos internos de cumplimiento y gestión de riesgos con relación a la Integridad Pública y el Subsistema de Gestión de Riesgo para la Integridad Pública.

- Articular con los subprocesos responsables las gestiones pertinentes para la operatividad del SIGRIP y el plan de ejecución y monitorio o Plan de Acción de la Política de Transparencia, acceso a la información y Lucha contra la Corrupción, así como el desarrollo de actividades de fomento en materia de gestión del riesgo para la integridad y la transparencia.
- Atender reportes y alertas de incumplimiento, corrupción o debilidades de control, protegiendo a los informantes y remitiendo los casos a las instancias competentes, de acuerdo con los lineamientos con relación a las medidas de Debida Diligencia.
- Presentar ante el Comité de Gobernanza del Riesgo el informe del Monitoreo a los Riesgos para la integridad pública.

9.4.1.1.2.3 Administración

La segunda línea de Aseguramiento (Planeación Estratégica y Operativa) es responsable de revisar la información suministrada por la primera línea de Aseguramiento. Su rol consiste en validar el cumplimiento bajo tres criterios claves:

- Oportunidad en la entrega de los reportes.
- Oportunidad en la ejecución de las actividades del Plan de Acción de la Política de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la Corrupción.
- Coherencia de las evidencias aportadas para el cumplimiento del plan.

Como resultado de esta validación, Planeación Estratégica genera las actas de seguimiento oficial y el informe correspondiente del PTEP.

Objetivos de la Política Específica o Directriz de Administración del riesgo:

- Liderar las etapas del Ciclo del Programa de Transparencia y Ética Pública.
- Establecer el rol de los diferentes subprocesos del Hospital.
- Formular, estructurar e implementar el Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP.
- Integrar y consolidar las actividades que conforman el Plan de Ejecución y Monitorio o Plan de Acción de Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción.
- Articular con los oficiales de cumplimiento de SARLAFT y SICOF, la operación del Subsistema de Gestión del Riesgo para la Integridad Pública –

SIGRIP, a través de establecido en los manuales de SARLAFT, SICOF, Debida Diligencia, Código de Integridad y Código de Conducta y Buen Gobierno.

- Controlar a través del Mapa de Riesgos de Transparencia de los Subprocesos – MRTS, el manejo de los riesgos asociados al Subsistema de Gestión del Riesgo para la Integridad Pública - SIGRP.
- Asesorar a la línea estratégica en la formulación del Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP.
- Proporcionar a los subprocesos institucionales, las directrices para la administración de los riesgos para la integridad pública, con el propósito de contribuir a la adecuada gestión del ciclo general del riesgo.
- Presentar al Comité de Gobernanza del Riesgo los reportes que evalúan el desarrollo de los contenidos del Programa de Transparencia y Ética Pública.
- Proponer modificaciones, según se requiera, a los contenidos del Programa de Transparencia y someterlas a aprobación del Comité de Gobernanza del Riesgo y de la Junta Directiva.
- Remitir a Control Interno de Gestión las evidencias del avance y cumplimiento de todas las actividades que integran el PTEP, acorde a la programación de auditorías.

9.4.1.2 PLANIFICACIÓN

9.4.1.2.1 Objetivo

La planeación del PTEP del hospital tiene como objetivo diseñar de manera anticipada, estructurada y articulada los lineamientos técnicos y operativos que orientan su formulación, implementación, seguimiento y mejora continua, conforme a lo establecido mediante el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, cuyo contenido modificó artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 que creaba el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y a lo establecido en el Decreto 1122 de 2024 del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República que define lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública - PTEP.

En esencia, el PTEP se inserta como un elemento estratégico de gestión transversal en el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo – SIGR a través del Subsistema de Gestión del Riesgo para la Integridad Pública - SIGRIP definido en la Guía de Gestión de Riesgo en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la

Función Pública - DAFP para garantizar que cada fase del proceso incorpore principios de legalidad, transparencia, integridad y eficacia institucional.

El PTEP se incorpora formalmente en el Plan de Acción Institucional – PAI, como un clasificador que determina los productos que cuenten con un componente en pro del ejercicio de la transparencia, el acceso a la información y la participación ciudadana, junto con el Plan de Ejecución y Monitoreo o Plan de acción de la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la corrupción. De esta manera, se asegura:

- Objetivos, acciones, plazos y responsables alineados con las metas institucionales del Hospital Universitario San José de Popayan E.S.E.
- Planificación de acciones proactivas frente a riesgos emergentes contra la integridad pública.

9.4.1.2.2 Alcance



El Programa de Transparencia y Ética Pública- PTEP aplica para todos los servidores públicos y colaboradores del Hospital involucrados en los procesos misionales, estratégicos, de apoyo y de evaluación y control.

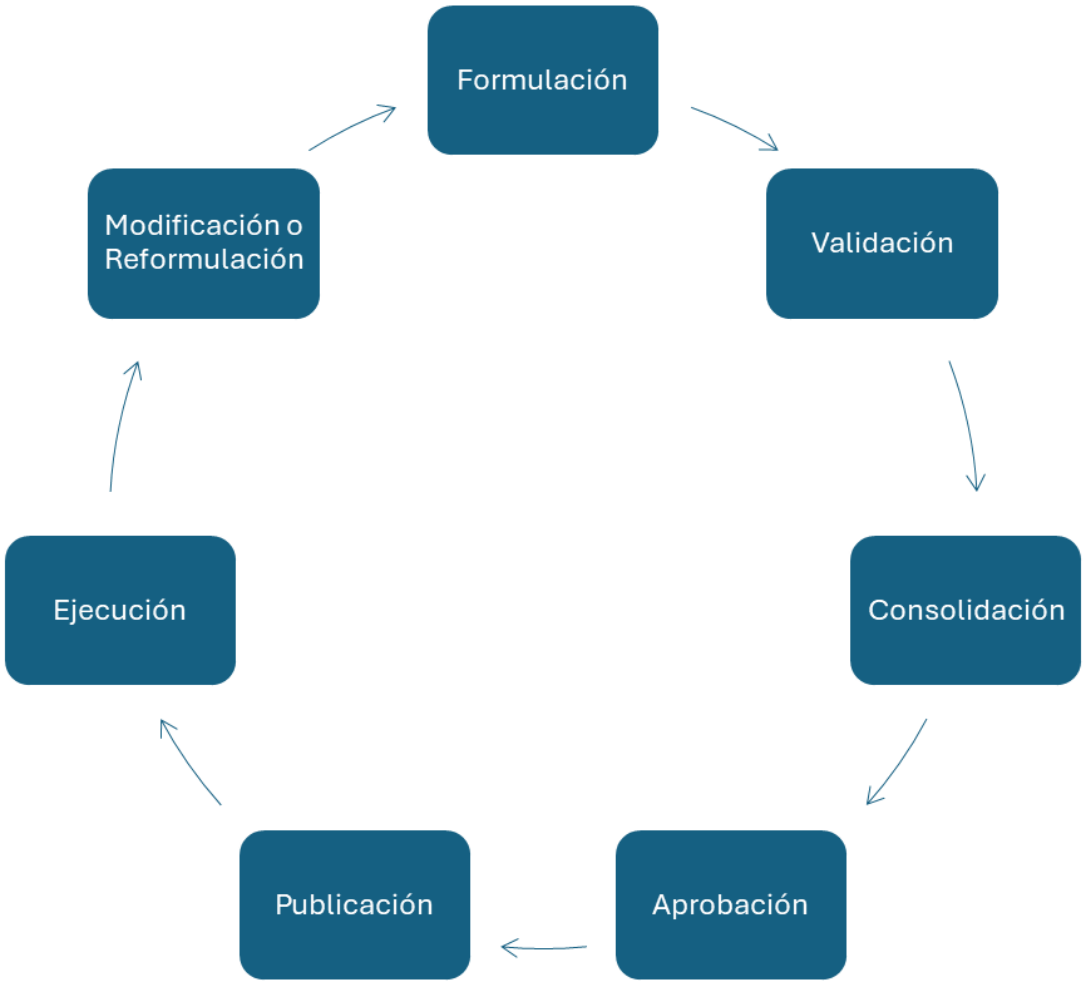
Esta integración institucional garantiza que la prevención de riesgos a la integridad pública esté presente de forma sistémica en todos los subprocesos de la Institución.

9.4.1.2.3 Planeación

La planeación del programa, se efectúa a través de la implementación del Ciclo del Programa, como se detalla a continuación:

9.4.1.2.3.1 Ciclo del Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP

La gestión del Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP, se llevará a cabo a través del Ciclo del Programa, el cual de compone de siete (7) fases: Formulación, Validación, Consolidación, Aprobación, Publicación, Ejecución y Modificación o Reformulación.



i. **Formulación:** El diagnóstico, la identificación, la construcción participativa y priorización del riego de corrupción. Los responsables de esta etapa son: Línea estratégica, Segunda Línea y Primera línea de aseguramiento.

ii. **Validación:** Publicación de la versión inicial del Programa en la sección "Programa de Transparencia y Ética Pública" de la página web del Hospital, con el objetivo de recibir comentarios, sugerencias y recomendaciones de la ciudadanía y partes interesadas.
   a. Tiempo de publicación de 15 días calendario.
   b. Orientación: Todas las partes interesadas del Hospital

iii. **Consolidación:** Al finalizar el periodo de consulta pública, Planeación Estratégica y Operativa procesa las observaciones ciudadanas para elaborar la versión final y unificada del Programa, en la que se consoliden los ajustes que se encuentren pertinentes, aportados por las partes interesadas.

iv. **Aprobación:** La versión final y unificada del Programa de Transparencia y Ética Pública, será presentada por Planeación Estratégica y Operativa ante la Junta Directiva del Hospital, para su aprobación y posterior difusión.

v. **Publicación:** Al ser aprobado el Programa por la Junta Directiva, Planeación Estratégica y Operativa lo publicará en la página web del Hospital - Portal de Transparencia. Esta divulgación se efectuará antes del 31 de enero de cada vigencia en cumplimiento de la normatividad vigente o en los 15 días hábiles siguientes a la aprobación de la Junta Directiva de las actualizaciones del Programa.

vi. **Ejecución:** La ejecución y el monitoreo de las acciones contempladas en el Programa están bajo la responsabilidad de Planeación Estratégica y Operativa, en coordinación con los líderes de los diferentes subprocesos institucionales. En cumplimiento de los principios de transparencia activa, este subproceso asegurará la publicación trimestral de los informes de avance del programa en la página web del Hospital, en el portal de Transparencia, para el conocimiento y consulta de la ciudadanía.

vii. **Modificación:** El Programa se formula una vez y, según resultados de auditoría al programa, se definen oportunidades de mejora que derivan en modificaciones. De forma regular, el PTEP se reformula cada 4 años y extraordinariamente, cuando el Hospital lo considere necesario por resultados de los seguimientos al

Plan de ejecución y Monitoreo o Plan de Acción de la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción, o a la actualización o cambios normativos.

Este proceso se rige bajo los siguientes conceptos técnicos y normativos:

❖ Definición Operativa

- **Modificación (Ajuste Puntual):** Ocurre cuando se requiere alterar un elemento específico sin cambiar la esencia del PTEP. Por ejemplo, reprogramar las fechas de una capacitación del manual SARLAFT, reasignar el líder responsable de un indicador o corregir la fórmula de medición debido a cambios administrativos internos. En estos casos la modificación se realiza al Plan de Acción de la Política.

- **Reformulación (Cambio Estructural):** Implica una revisión e intervención profunda del PTEP, motivada por la identificación de nuevos riesgos de corrupción, cambios drásticos en el presupuesto institucional o expedición de nuevas directrices por parte de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia o la Superintendencia Nacional de Salud. En estos casos la reformulación se realiza al Programa.

❖ Causas para Modificar el Plan de acción de la Política o Plan de Ejecución y monitoreo

- **Monitoreo y Seguimiento:** Si las auditorías internas de Planeación detectan rezagos o fallas en el cumplimiento de las metas de transparencia, se deben proponer ajustes correctivos.

- **Actualización del Mapa de Riesgos:** Si surgen nuevas vulnerabilidades institucionales (por ejemplo, en los procesos de contratación publicados en SECOP o en la atención al usuario), las acciones preventivas se deben reformular.

Requisitos para Modificar el Plan

- **Revisión de la Solicitud de Modificación:** La Red Interna de Transparencia y los coordinadores de los subprocesos deben concertar los cambios técnicos con Planeación Estratégica y Operativa.
  - Los cambios se solicitarán con 30 días calendario de antelación a la fecha de finalización de la actividad, a través de correo electrónico. La

solicitud debe estar justificada y ser realizada por el coordinador del subproceso responsable de la actividad.

- Planeación Estratégica y Operativa, evaluará la viabilidad de la modificación y si procede, lo presentará al Comité de Gobernanza del Riesgo, para definir la aprobación de la modificación del Plan de Acción de la Política o plan de ejecución y monitoreo

❖ Causas para Reformular el Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP

- **Cambios Normativos sustanciales**: se refiere a la implementación de nuevas leyes, decretos, resoluciones o lineamientos regulatorios que afectan directamente los procesos, procedimientos o responsabilidades del Hospital Universitario San José de Popayan, requiriendo ajustes en las políticas internas y la operatividad del Programa.
- **Recomendaciones derivadas de entes de control:** incluye las observaciones, sugerencias y requerimientos emitidos por la Auditoría Interna, la Contraloría General de la República, la Procuraduría o cualquier otro ente de control.
- **Resultados críticos en las mediciones internas o externas**: Comprende los hallazgos relevantes obtenidos a partir de evaluaciones, indicadores de desempeño, reportes de seguimiento interno o rankings externos relacionados con transparencia, integridad y eficiencia para asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- **Ajustes en la estrategia institucional del Hospital**: Se refiere a los cambios en el direccionamiento estratégico, los objetivos o prioridades institucionales que demandan la actualización del PTEP, con el propósito de mantener la coherencia de la gestión y fortalecer la alineación con la misión, visión y políticas de la entidad
- **Principio de Publicidad:** La versión actualizada y corregida del Programa de Transparencia se publicará en el portal de Transparencia de la página web: https://hospitalsanjose.gov.co/ donde la ciudadanía pueda consultarlo y verificar los cambios.

PROCEDIMIENTO DEL CICLO DEL PROGRAMA TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA DEL HUSJ

FASE	ACTIVIDAD	LINEA DE DEFENSA	ROL	RESPONSABLE	TIEMPO
FORMULACIÓN	Diseño y planificación de estrategias y acciones orientadas a prevenir riesgos de corrupción, mejorar la transparencia institucional y promover una cultura ética dentro de la entidad.	Estratégica 2da línea 1ra Línea	Supervisión Administración Operacional	C. Gobernanza Riesgo Planeacion EO Subprocesos	Cada 4 años
VALIDACIÓN	Publicar la versión inicial del Programa en la página web del Hospital – Portal de Transparencia.	2da línea	Administración	Planeacion Estratégica y Operativa	Luego de formulación por 15 días calendario
CONSOLIDACIÓN	Al finalizar el periodo de consulta pública, se elabora la versión final y unificada del Programa, con la consolidación de los ajustes pertinentes, aportados por las partes interesadas	2da línea	Administración	Planeación Estratégica y Operativa	En los 10 días posteriores a la finalización de la validación
APROBACIÓN	Presentar la versión final del PTEP a la Junta Directiva del Hospital. Aprobar mediante Acuerdo de Junta Directiva el PTEP, los documentos de las Políticas de Gobernanza del Riesgo y Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción, los Manuales de SARLAFT, SICOF y Debida Diligencia. Perfeccionar las Resoluciones de Gerencia para actualizar las políticas de Gobernanza del Riesgo y Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción al aprobar la Junta Directiva de los documentos de las políticas.	2da línea Estratégica	Administración Supervisión	Planeacion EO Junta Directiva Gerencia	Luego de realizar la Consolidación del PTEP y aprobación de los documentos de las políticas
PUBLICACIO	Comunicar al talento humano del Hospital la entrada en vigencia del PTEP y la declaración de compromiso con la cultura de la	2da línea	Administración	Planeacion Estratégica y Operativa	En los 2 meses siguientes al cumplimiento

	legalidad, integridad y transparencia, las políticas, el SIGR y el SIGRIP. Publicar cada 3 meses los informes de avance del cumplimiento del PEM o del Plan de Acción de la Política de Transparencia acceso a la Información y lucha contra la corrupción en la página web del hospital en el portal de transparencia.				de la fase de Aprobación Publicación trimestral de avances de Plan de Acción de la Política
EJECUCIÓN	Realizar seguimiento a las actividades previstas en el Programa: mediante el monitoreo del Plan de Ejecución y Monitoreo o el Plan de Acción de la Política de Transparencia acceso a la información y lucha contra la corrupción. Gestionar la firma del Gerente del Hospital en el plan de acción de la vigencia antes del del 31 de enero.	2da línea	Administración	Planeacion Estratégica y Operativa	Trimestral Anual
MODIFICACION	Presentar solicitud de cambio al comité de gobernanza del Riesgo cuando se requiera MODIFICAR el plan de acción de la política de transparencia. Presentar a la Junta Directiva los cambios que requieran REFORMULAR el Programa de Transparencia y Ética Pública.	2da línea Estratégica	Administración Administración Supervisión	Planeacion EO Planeacion EO C. Gobernanza Riesgo Junta Directiva	Al requerirse durante la vigencia del PTEP

9.4.1.2.3.2 Plan de Ejecución y Monitoreo o Plan de Acción de La Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción

El plan es el instrumento operativo que articula las acciones, cronogramas, responsables, recursos, metas e indicadores de seguimiento necesarios para desplegar, vigilar y evaluar el cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP del hospital, de conformidad con los lineamientos del anexo técnico del Decreto 1122 de 2024, alineado con el Subsistema de Gestión del Riesgo para la Integridad Pública SIGRIP que integra el SARLAFT y el SICOF en el marco del

Sistema Integrado de Gestión del Riesgo y la Circular Externa de la Superintendencia Nacional de Salud N° 2022151000000053-5 de agosto de 2022.

Elementos mínimos que debe contener:

- Actividades a implementar
- Asignación clara de responsables para cada actividad, unidad organizacional y función vinculada.
- Cronograma de actividades contemplando plazos para el diseño, implementación, seguimiento y evaluación del PTEP.
- Metas e indicadores cuando aplique.

Condiciones mínimas que debe cumplir:

- Mecanismos de monitoreo permanente y reporte periódico que se realizará cada 3 meses.
- Articulación con los Mapas de Riesgo de Transparencia - MRT institucional, de modo que los resultados del monitoreo alimenten la actualización del perfil de riesgo y la adopción de medidas de mejora. Los mapas de riesgo se monitorizarán semestralmente, alineados con los mapas de riesgo de proceso - MRP.

Responsabilidad institucional:

La coordinación y presentación del Plan de Ejecución y Monitoreo o el Plan de Acción de la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción estará a cargo de Planeación Estratégica y Operativa, quien velará por su alineación con los objetivos del PTEP y su publicación en la entidad, permitiendo la transparencia del seguimiento y la rendición de cuentas ante los grupos de interés.

9.4.1.2.3.3 Fuentes de Información para la Medición

Plan de Acción Institucional: El Plan de Acción Institucional - PAI retroalimentará el Plan de Acción de la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción, que a su vez alimentará los planes de acción de los subprocesos - PAP. Esta articulación garantiza que la planeación operativa refleje de manera explícita las acciones orientadas a la promoción de la ética pública, la prevención de la corrupción y el fortalecimiento de la confianza ciudadana.

El Plan de Acción Institucional no solo evidencia la coherencia transversal de la política de Transparencia en los subprocesos institucionales, sino que permite articular el seguimiento y la evaluación de dichas acciones con los instrumentos del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo (SIGR). Las actividades incluidas en el PTEP se integran al PEM o Plan de Acción de la Política de Transparencia, garantizando su trazabilidad, la medición de resultados y la consolidación de evidencias para presentar al Comité de Gobernanza del Riesgo. Este enfoque asegura que los compromisos en materia de integridad pública se gestionen como parte integral de la planeación estratégica, promoviendo la cultura organizacional basada en la Legalidad, la Integridad y la Transparencia.

Índices: El Hospital, tendrá en cuenta las evaluaciones y mediciones diseñadas externas e internas. Los índices constituyen una referencia objetiva y comparativa para analizar el desempeño institucional en materia de transparencia, integridad, control de la corrupción y acceso a la información pública. Su importancia radica en que no solo reflejan el cumplimiento normativo, sino también la percepción de actores clave sobre la gestión de la entidad.

PROGRAMA DEL COMPONENTE	INDICES	RESPONSABLE
Transparente Activa	ITA – Índice de Transparencia y Acceso a la información interno y externo	Procuraduría General de la Nación – Planeación EO
Transparencia Pasiva	Oportunidad Atención PQRSDF	SIAU
Transparente Activa	Porcentaje de cargue de tramites a SUIT	Planeación EO
Integridad y Legalidad	Índice de Percepción de Transparencia e Integridad Institucional.	Talento Humano

9.4.1.3 APOYO

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., Implementa un conjunto de recursos, herramientas tecnologías, capacidades operativas y estrategias de comunicación en la entidad para hacer viable, comprensible y sostenible la política de integridad y lucha contra la corrupción.

9.4.1.3.1 Reportes

El Hospital presenta reportes con el objetivo de evaluar sistemáticamente el avance de las actividades programadas, anticipar alertas operativas, proponer ajustes y generar evidencia clara y oportuna para el Comité de Gobernanza del Riesgo, en coherencia con los lineamientos del anexo técnico del Decreto 1122 de 2024. De esta manera, se fortalece la capacidad institucional para detectar irregularidades, prevenir pérdidas y responsabilidades fiscales o penales, y mejorar los controles preventivos mediante el cruce de información proveniente de la Matriz Integral de Riesgos de Transparencia, los informes de auditoría de Control Interno de Gestión y los resultados del monitoreo y seguimiento al PEM o Plan de Acción de la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción.

PROCEDIMIENTO DE MONITORIZACIÓN DEL PTEP

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	TIEMPO	CONTENIDO
Monitoreo a Mapas de Riesgo de Transparencia MRT	Subprocesos Planeación EO	Semestral	Seguimiento a los MRT Recomendaciones para el próximo periodo. Decisiones tomadas por el Comité de Gobernanza del Riesgo.
Monitoreo Plan de Acción de Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción	Subprocesos Responsables de Actividades del Plan Planeación EO	Informes Trimestrales de avances	Informe de avance de ejecución de las actividades del Plan
		Informe Anual	Informe final del Plan: Resultados, Desviaciones, lecciones aprendidas Y mejoras.
Seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública y al Plan de Acción	Control Interno de Gestión	Auditoría según programación	Evalúa el Programa y el Plan de Ejecución y Monitoreo o Plan de Acción de la Política Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción

Los reportes anuales se publican en la página web de la entidad, fortaleciendo la rendición de cuentas. Los hallazgos del ciclo de reportes y los resultados de las auditorías se incorporan al Plan de Ejecución y Monitoreo

9.4.1.3.2 Formación

La formación será gestionada de manera integral, bajo articulación con los planes estratégicos de Talento Humano y Planeación Estratégica y Operativa, fortaleciendo las competencias de los equipos de trabajo y promoviendo la sostenibilidad del Programa de Transparencia y Ética Pública como la política institucional del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

Este proceso garantiza que el talento humano comprenda sus responsabilidades, conozca las herramientas de control y sepa cómo actuar ante dilemas éticos o presuntos hechos que pongan en riesgo la legalidad, la integridad y la transparencia. Específicamente:

Inducción, Reinducción, Capacitación y Desarrollo de Competencias
El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., cuenta con un programa de capacitación, inducción y reinducción, formulado, orientado y articulado bajo los lineamientos de los procedimientos de Talento Humano.

- **Inducción y Reinducción Institucional:** Socialización obligatoria del Código de Integridad, la Política de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción, canal de denuncia y lineamientos del PTEP a todo el talento humano que ingrese o se vincule a la Institución.
- **Formación en Gestión del Riesgo de Corrupción:** Capacitación y prácticas dirigidas a los coordinadores de subprocesos (primera línea de aseguramiento) para la gestión de riesgos a la Integridad Pública.
- **Capacitación en Gestión Integral del Riesgo y Riesgos para la Integridad Pública:** A través de la plataforma E-Lerning, se socializa la Política de Gobernanza del Riesgo, la política de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción, el SIGR, SIGRIP, el Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP a todo el talento humano del hospital, permitiendo fortalecer la cultura de la Legalidad, la Integridad y la Transparencia.
- **Socialización y apropiación del Código de Integridad:** Liderado por el Subproceso de Talento Humano del Hospital, siendo orientado a todos los colaboradores de la institución.
- **Ética Médica y Bioética:** Espacios enfocados por el subproceso de Bioética, orientando a los subprocesos misionales, con pautas específicas que requieren

los equipos de atención asistencial en el contexto de ética médica para definir la atención asistencial de los pacientes.

- **Divulgación de Canales de Denuncia:** Talleres informativos sobre el uso correcto, seguro y confidencial de los canales institucionales para reportar irregularidades, así como sobre los mecanismos de protección al denunciante.



9.4.1.3.3 Comunicación

La comunicación del Programa de Transparencia y Ética Pública en el Hospital, constituye una estrategia clave para garantizar su visibilidad, apropiación institucional y posicionamiento ante la ciudadanía y partes interesadas. Este componente busca difundir de manera clara, permanente y accesible la información relacionada con los contenidos, avances y resultados del Programa, promoviendo una cultura institucional basada en la legalidad, la transparencia y la integridad. En concordancia con el Decreto 1122 de 2024, la estrategia de comunicación debe contemplar las siguientes acciones:

- Publicar el Programa: Se garantizará que el Programa de Transparencia y Ética Pública se encuentre disponible en el portal de Transparencia de la página web **hospitalsanjose.gov.co/,** conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 1519 de 2020 del Ministerio TIC o la norma que la modifique.

- Actualizar la información: Se establece el procedimiento interno para la actualización de la información de la página web del Hospital, incluido los contenidos del Programa y del Plan de Ejecución y Monitoreo o Plan de Acción de la Política de Transparencia, Acceso a la información y Lucha Contra la Corrupción.

- Campañas institucionales de difusión: Se desarrollarán al menos dos campañas anuales de divulgación externa e interna sobre el Programa, el Plan de Ejecución y Monitoreo o Plan de acción de la Política de Transparencia, Acceso a la información y Lucha Contra la Corrupción y los Informes de seguimiento, especialmente en los meses de conmemoración del Día Nacional e Internacional de la Lucha contra la Corrupción.

La comunicación se realizará en coherencia con la estrategia institucional de comunicaciones, con enfoque ciudadano y diferencial, para fortalecer el posicionamiento del Hospital, como entidad comprometida con la integridad pública que fomenta el control social mediante el acceso oportuno, veraz y efectivo a la información relacionada con la gestión pública.

9.4.1.4 AUDITORIA Y MEJORA

El componente de auditoría y mejora del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) del Hospital tiene como propósito asegurar la efectividad continua del programa, identificando áreas de mejora y garantizando el cumplimiento de la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción. Este componente es responsabilidad de la Tercera Línea de aseguramiento - Control Interno de Gestión, subproceso clave en la asesoría, seguimiento y evaluación del PTEP.

Actividades de la 3ra Línea en contexto al anexo técnico del Decreto 1122 de 2024:

- Verificar el cumplimiento de las actividades del PTEP y realizar auditorías internas para garantizar su efectividad
- Identificar de forma proactiva no conformidades y debilidades.
- Implementar acciones correctivas y preventivas: lecciones aprendidas, ajustes de procesos y actualización de políticas.
- Asesorar a la Alta Dirección en el conocimiento de los contenidos del PTEP.

- Proponer mesas de trabajo con los responsables del monitoreo para la socialización y capacitación del PTEP.
- Generar estrategias de retroalimentación permanente para optimizar el PTEP con base seguimiento, evaluación o auditoría de las acciones. considerando tiempos de transición para su ejecución.
- Proponer espacios de análisis de información, en conjunto con Planeación Estratégica y Operativa y otros subprocesos relevantes a nivel interno que permita contar con un esquema preventivo con mayor efectividad y para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección.
- Generar informes producto del seguimiento y evaluación.

Evaluación del desempeño: Es un proceso estratégico, sistemático periódico de medición que valora el cumplimiento de actividades, metas institucionales y el nivel de idoneidad del talento humano. Es un pilar del programa de transparencia y Ética pública del Hospital al evaluar las competencias comportamentales y funcionales.

Gestión del cambio: El hospital capacita y acompaña al talento humano para adaptarse a nuevas normativas, procesos y tecnologías. Esta estrategia contribuye a disminuir la resistencia institucional frente al cambio y a fortalecer las capacidades individuales del talento humano, consolidando una cultura de mejora continua, sustentada en la legalidad, la ética pública y la prevención de la corrupción.

Resultados de auditorías internas y externas: Las auditorías representan un mecanismo independiente de verificación y control que permite medir el grado de eficacia de los procesos. Las auditorías internas, lideradas desde el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo - SIGR, ofrecen información sobre el cumplimiento de procedimientos, normas y políticas internas, mientras que las auditorías externas, adelantadas por entes de control y organismos especializados, aportan una mirada imparcial sobre la gestión. Estos resultados son fundamentales para robustecer la política de integridad y ajustar los controles establecidos.

9.4.2 COMPONENTE PROGRAMÁTICO DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - PTEP

El componente programático corresponde al conjunto de acciones, estrategias, iniciativas y actividades concretas mediante las cuales la entidad materializa el Programa de Transparencia y Ética Pública. Este componente traduce los lineamientos normativos y estratégicos en intervenciones operativas, medibles y con responsables definidos en el del Decreto 1122 de 2024.

Criterio	Componente Programático – Plan de Acción o Plan de Ejecución y Monitoreo
Naturaleza	**Operativo y temporal**. Es el plan de acción concreto con actividades que se evalúan y renuevan periódicamente (anual).
Enfoque	Define el "qué haremos" y "cuándo lo haremos" (metas, responsables, indicadores de cumplimiento y fechas límite).
Contenido Clave	• Mapas de riesgos de transparencia MRT • Estrategia de rendición de cuentas. • Plan de atención al ciudadano y racionalización de trámites.
Continuidad	Es **dinámico**, se actualiza cada año según las necesidades y el presupuesto asignado para la vigencia.

El componente programático se desarrolla en diez (10) acciones, agrupas en los grupos temáticos:

1. Administración del Riesgo
2. Redes y Articulación
3. Estado Abierto
4. Iniciativas Adicionales



9.4.2.1.1 DIRECTRIZ DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO PARA LA INTEGRIDAD PÚBLICA: CORRUPCIÓN OPACIDAD Y FRAUDE - COF

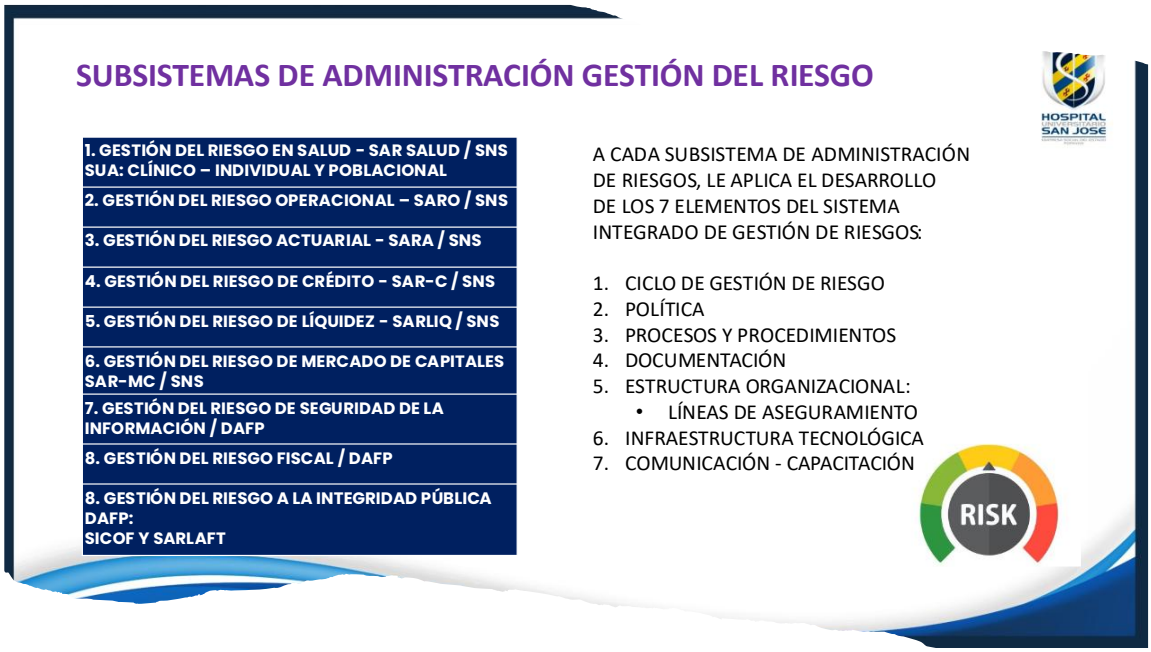
El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., en conocimiento de la responsabilidad e importancia del manejo de los riesgos asociados a los subprocesos institucionales, dentro de la ejecución del PTEP contempla el diseño actualización y socialización de la Guía para la Administración del Riesgo en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, mediante la cual se estructuran los mapas de riesgo de transparencia – MRT, que permiten prevenir, anticipar y responder ante los riesgos a la integridad, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos misionales y la mejora continua del SIGRIP. El mapa de riesgos de transparencia contiene, además de los riesgos a la integridad pública, las acciones preventivas orientadas a prevenirlos o evitarlos y su seguimiento semestral.

La gestión de los riesgos relacionados con la corrupción, opacidad, fraude (COF) y LA/FT/FPADM se detalla en los Manuales de SIGR, SARLAF y SICOF, aplicando los elementos de administración del Riesgo y el Ciclo General de Gestión del Riesgo.



Objetivos de la Política de Gobernanza del Riesgo:

- Controlar a través del Mapa de Riesgos todo el proceso relacionado con el manejo de los riesgos asociados al Sistema Integrado de Gestión del Riesgo.
- Proporcionar al Hospital las directrices para la administración de los riesgos asociados a los procesos de la entidad, con el propósito de contribuir a la adecuada gestión del riesgo.
- Establecer la responsabilidad de los coordinadores de los diferentes subprocesos.
- Establecer el rol de las redes internas de los subsistemas de administración del riesgo.
- Dar cumplimiento a los requerimientos legales que apliquen al manejo de riesgos de los diferentes subsistemas de administración del riesgo.



La Política de Gobernanza del Riesgo y la Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción se encuentran debidamente divulgadas entre todos los colaboradores del Hospital mediante su publicación en el portal de Transparencia de la página web institucional. De igual manera, el conocimiento y comprensión de estas políticas son evaluados periódicamente a través de la plataforma virtual E-Learning.

El Hospital, a través del Programa de Transparencia y Ética Pública, establece instrumentos para gestionar los riesgos a la integridad relacionados con conflictos de intereses, soborno, corrupción, opacidad y fraude. La gestión específica se encuentra articulada con el Subsistema de Gestión a los Riesgos para la Integridad en el Manual del SICOF y se integran al PTEP a través del Plan de Acción de la Política de Transparencia Accesos a la Información y Lucha Contra la Corrupción o Plan de Ejecución y Monitoreo que incorpora la cultura y los valores institucionales, y aplica todos los mecanismos necesarios para garantizar la prevención, gestión, divulgación y resolución de los conflictos de interés, en virtud a los cual, la Alta Gerencia, Los Comités, colaboradores de la institución, cumplen con lo establecido en el PTEP, el Código de Conducta y Buen Gobierno y el Código de Integridad. En caso de existir conflictos de interés, declararán su impedimento, demostrando la apropiación a los valores institucionales y a la cultura de la Legalidad, Transparencia e Integridad.

Compromisos Institucionales:

- Gestionar la ejecución de las actividades con los más altos estándares de transparencia y prácticas institucionales, incorporando la cultura de la Legalidad, la Transparencia y la Integridad en cada una de las actuaciones.
- Adoptar un enfoque preventivo que permita que las vulnerabilidades sean minimizadas desde su origen.
- Realizar seguimiento a los riesgos a través de los Mapas de Riesgos de Transparencia - MRT que incorpora los riesgos COF.
- Reportar cualquier tipo de información, duda o sospecha de actos que atenten contra la integridad pública.
- Responder a todo acto, independientemente de las cuantías, características o implicados, manejando absoluta reserva y confidencialidad.
- Comunicar la información que requieran las partes interesadas de forma transparente, imparcial y objetiva cumpliendo con directrices sobre la información clasificada y reservada.
- Establecer un relacionamiento fundado en valores, lineamientos y compromisos que fortalezcan la identidad y coherencia institucional.
- Promover la gestión bajo un ambiente ético y de control.
- Desarrollar procedimientos que aseguren la gestión del riesgo.
- Incorporar prácticas líderes en temas de prevención y administración del riesgo a la integridad pública.
- Cumplir con el Manual del SICOF.

9.4.2.1.2 DIRECTRIZ DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO A LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y DE PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA LA/FT/FPADM

La administración de riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FP) tiene como objetivo prevenir que el Hospital sea utilizado en forma directa o indirecta como instrumento para el Lavado de Activos y/o la canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas, o cuando se pretenda el ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades.

La gestión específica se encuentra articulado con el Subsistema de Gestión a los Riesgos para la Integridad en el Manual del SARLAF y se integran al

PTEP a través del Plan de Acción de la Política de Transparencia Accesos a la Información y Lucha Contra la Corrupción o Plan de Ejecución y Monitoreo

En esa medida:

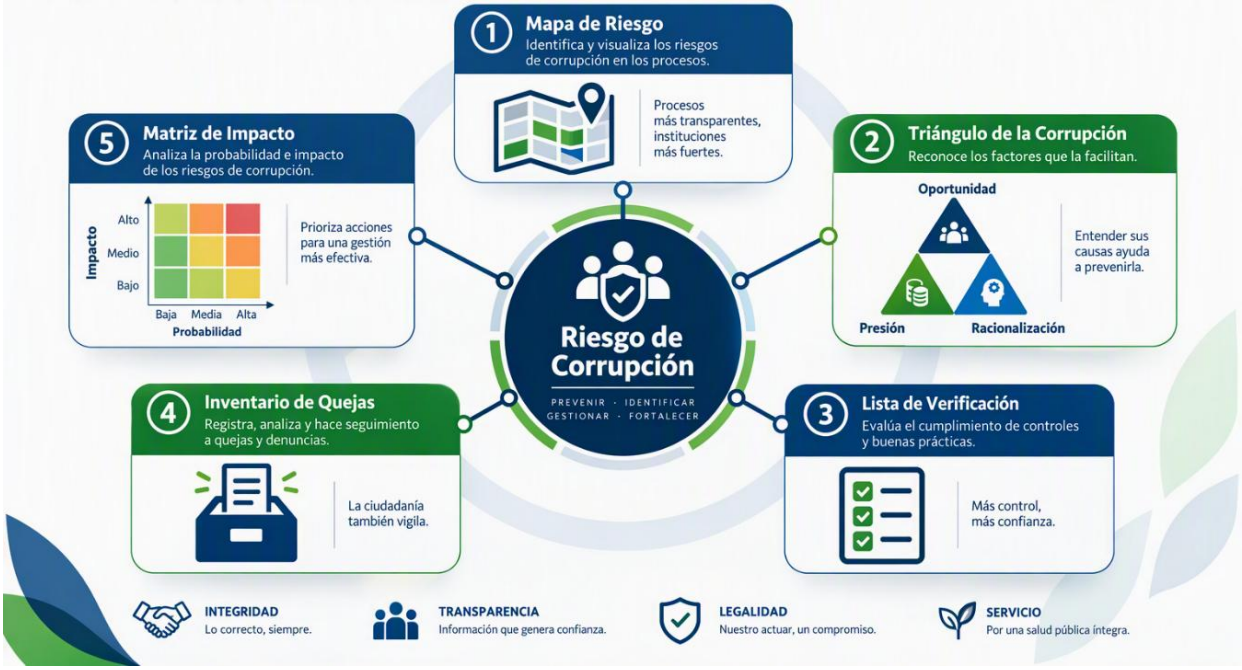
- Se aplica el ciclo de gestión del riesgo para LA/FT/FPADM, definido en el Manual de SARLAFT.

- Se aplican sistemas de monitoreo y alertas tempranas para detectar transacciones sospechosas y efectuar el reporte de operaciones sospechosas ROS.

Herramientas de Gestión del Riesgo para la Integridad Pública

Las herramientas de gestión del riesgo del Componente Programático del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) del Hospital, son los instrumentos estratégicos y preventivos utilizados para identificar, medir, controlar y monitorear los riesgos de corrupción e integridad pública.

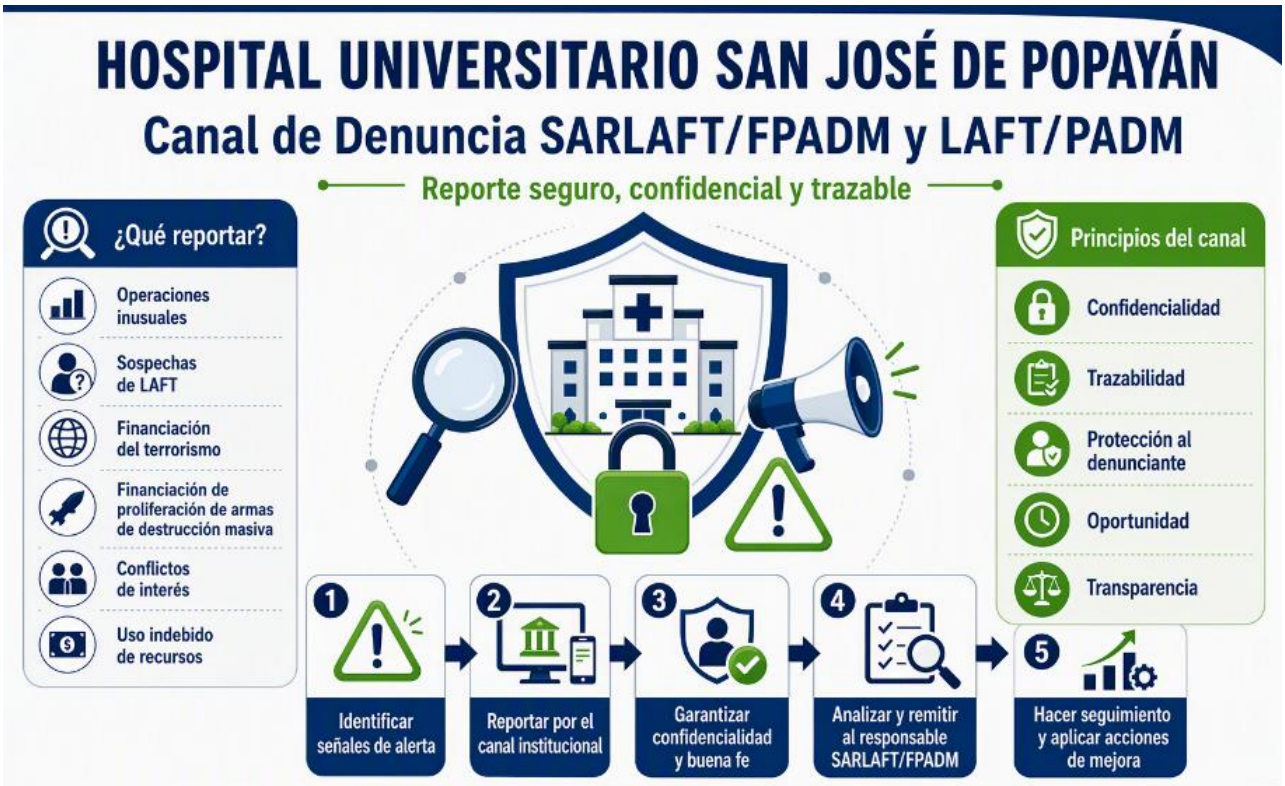
- **Manual de Sistema de Integrado de Gestión del Riesgo y del Subsistema de Gestión del Riesgo para la integridad Pública – SIGRIP** y del ciclo de gestión de los riesgos para la integridad.
- **Manuales de SICOF y SARLAFT**
- **Mapa de Riesgos de Transparencia**: Es la matriz o documento central donde se registra el ciclo de gestión general del riesgo, las matrices de calor y el plan de acción.
- **Triángulo de la Corrupción**: Una guía analítica que evalúa tres factores en los procesos: la oportunidad, la presión y la responsabilidad o racionalización.
- **Listas de Verificación (*Check-lists*):** Preguntas estandarizadas para revisar áreas geográficas, tipos de negocios, uso de intermediarios o tratos con funcionarios públicos.
- **Inventario de Denuncias:** Análisis histórico de investigaciones previas, reclamos ciudadanos y auditorías internas para detectar patrones o puntos críticos.



9.4.2.1.3 DIRECTRICES DEL CANAL DE DENUNCIAS

Conforme a lo establecido en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, se cuenta con canal de denuncia institucional con el propósito de facilitar la detección temprana de riesgos y hechos irregulares, garantizar el acceso efectivo a la denuncia, promover la transparencia, trazabilidad y confidencialidad al proteger al denunciante frente a represalias, y fortalecer la confianza ciudadana, contribuyendo al control interno, la rendición de cuentas y el mejoramiento continuo de la gestión pública. así como la mejora continua en la atención a la ciudadanía.

Con la finalidad de realizar el seguimiento a las denuncias que se registren mediante el canal, el Hospital estructuro la base de datos en One Drive: Seguimiento al Canal de Denuncias de SICOF y SARLAFT desde el cual se monitorea de forma continua las denuncias que pueda radicar la ciudadanía.



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN	Código: FO-ARH-01
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA	Versión 1
SEGUIMIENTO AL CANAL DE DENUNCIAS DE SICOF Y SARLAFT	Fecha Julio de 2026

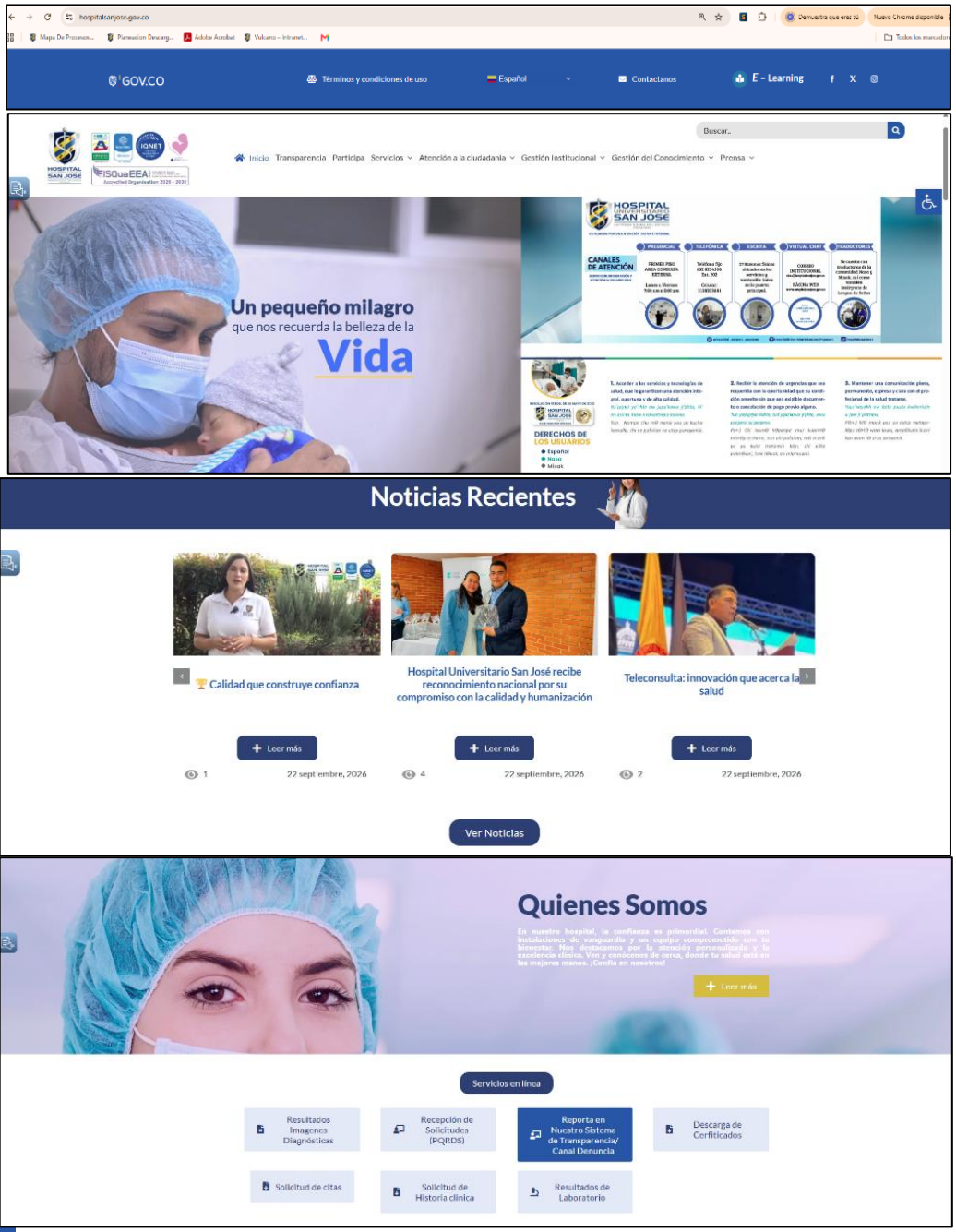
Fecha Seguimiento	Resultado de verificación	Subsistema Administración de Riesgos SARLAF SICOF	Tipo de Denuncia Reportada	Codificación de la Denuncia Reportada	Fecha de Notificación al Oficial Cumplimiento	Subproceso en el que se presento el Evento	Conclusión de la Gestión de la Denuncia	Fecha de Reporte a la SNS si aplica	Requiere Reporte a Otros Entes de Control	Fecha de Reporte a otros entes de Control	OBSERVACIONES PARA EL MEJORAMIENTO

Con esta misma finalidad se desarrolló el informe de seguimiento mensual en cual se consolida y clasifican las denuncias presentadas o se radica la ausencia de las mismas.

La gestión a las denuncias se realiza conforme a lo establecido en el Manual de SICOF y SARLAF.

El canal de denuncias del Hospital se encuentra en la página web: https://hospitalsanjose.gov.co/ portal Inicio, menú servicios en línea:

CANAL DE DENUNCIAS DEL HOSPITAL:



Reporta en Nuestro Sistema de Transparencia/ Canal Denuncia

9.4.2.1.4 DIRECTRICES DE DEBIDA DILIGENCIA

El Hospital Universitario San José de Popayan E.S.E, aplica el manual y los procedimientos de la debida diligencia, mediante los cuales, investiga, analiza y gestiona riesgos que se presentan en los procesos contractuales que realiza el Hospital con entidades jurídica o con personas naturales.

Directrices de la Debida Diligencia:

- **Identificación de la contraparte:**
  - Recolección de datos de identificación, representación legal y estructura accionaria (para determinar beneficiarios finales).
  - Se determina, verifica y documenta quién es el beneficiario final (la persona natural que ejerce el control real o recibe los beneficios económicos de la estructura o empresa)

- **Consulta de listas y antecedentes:**
  - Verificación en bases de datos nacionales e internacionales sobre investigaciones, condenas o sanciones por corrupción o soborno.
  - Se clasifica la relación como de riesgo bajo, medio o alto según criterios geográficos, de la actividad o del valor del contrato

- **Análisis de riesgo (Matriz):**
  - Evaluación de factores como el tipo de actividad, el sector, el monto del contrato y el país donde opera la contraparte.

- **Decisión y seguimiento:**
  - Se decide si se vincula, se mantiene o se rechaza a la contraparte.
  - Se actualiza periódicamente la información durante toda la vigencia del vínculo contractual o comercial

- **Clasificación y decisión:** Determinación de si se aplica:
  - **Debida Diligencia Simplificada DDS**: Para contrapartes con riesgo bajo.
  - **Debida Diligencia Intensificada DDI:** Para contrapartes de mayor riesgo, socios comerciales complejos o personas expuestas políticamente (PEP), lo cual requiere soportes adicionales y aprobación de instancias superiores

Directrices de la Debida Diligencia Intensificada- DDI:

- **Mayor profundidad:** Conocer a fondo el negocio de la contraparte, sus operaciones y el origen real de los activos o fondos.
- **Identificación del beneficiario final:** Determinar quién es la persona natural que realmente se beneficia o controla la estructura de la empresa.
- **Aprobación superior:** Requerir el aval de la Gerencia o del oficial de cumplimiento del SARLAFT para vincular o mantener la relación comercial.
- **Monitoreo continuo:** Aumentar la frecuencia y el rigor en la revisión de las transacciones y cambios en la situación de la contraparte.
- **Trazabilidad y evidencia:** Documentar formalmente cada paso, las fuentes consultadas, la resolución de homónimos y las razones por las cuales se acepta, condiciona o rechaza el vínculo.
- **Documentación y registro**: Conservación por escrito de todos los soportes y evidencias del proceso, los cuales pueden ser auditados por el Oficial de Cumplimiento.
- **Monitoreo y actualización periódica:** Revisión constante a lo largo de la relación comercial para detectar cambios en el perfil de riesgo o nuevas señales de alerta



PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO A LA TEMÁTICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO			
ACCIONES ESTRATÉGICAS	**ACTIVIDADES**	**RESPONSABLE CUMPLIMIENTO**	**TIEMPO**
1. GESTIÓN DEL RIESGOS ASOCIADO A COF	Supervisar el cumplimiento del Manual de SICOF por los subprocesos	Oficial de Cumplimiento de SICOF	Continuo Informe de seguimiento semestral Informe final anual
	Definir la metodología del ciclo de gestión del riesgo para la Integridad Pública. Monitorear cumplimiento MRT Seguimiento plan de acción de la Política de Transparencia	Planeación Estratégica y Operativa	Anual Semestral Trimestral
	Direccionamiento del SIGR, el SIGRIP y el PTEP	Comité Gobernanza del Riesgo	Trimestral
	Direccionamiento del SIGR, el SIGRIP y el PTEP	Junta Directiva	Semestral
2.GESTIÓN DEL RIESGO ASOCIADO A LA/FT/FP	Supervisar el cumplimiento del Manual de SARLAFT por los subprocesos	Oficial de Cumplimiento de SARLAFT	Continuo Informe de seguimiento semestral Informe final anual
	Definir la metodología del ciclo de gestión del riesgo para la Integridad Pública. Monitorear cumplimiento MRT Seguimiento plan de acción de la Política de Transparencia	Planeación Estratégica y Operativa	Anual Semestral Trimestral
	Direccionamiento del SIGR, el SIGRIP y el PTEP	Comité Gobernanza del Riesgo	Trimestral
	Direccionamiento del SIGR, el SIGRIP y el PTEP	Junta Directiva	Semestral
3.CANAL DE DENUNCIAS	Gestionar las denuncias presentadas por la ciudadanía aplicar Manual SICOF o SARLAFT. Presentar Informe de gestión Específico de la Denuncia	Oficiales de cumplimiento de SARLAFT y SICOF	Reporte Mensual En los 15 días hábiles siguientes de finalizar la gestión de la denuncia.
	Seguimiento al Canal de Denuncias de la Página web del Hospital	Planeación EO	Semanal
4.DEBIDA DILIGENCIA	Operativizar el Manual de la Debida Diligencia, incluidas las actividades de debida diligencia simplificada o intensificada.	Oficial de Cumplimiento de SARLAFT	Durante las etapas de contratación
	Seguimiento plan de acción de la Política de Transparencia en lo referente a la Debida Diligencia	Planeación Estratégica y Operativa	Trimestral

9.4.2.2 REDES Y ARTICULACIÓN

Fortalecen la coordinación interinstitucional y el control social.



9.4.2.2.1 DIRECTRICES DE REDES INTERNAS

En el marco de la actividad estratégica "Redes Internas", el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, promueve la consolidación de los canales de comunicación institucionales. Esto busca optimizar el intercambio de información entre áreas, grupos y dependencias, garantizando que todo contenido se difunda a través de los medios autorizados, elevando la calidad de la información, y así mismo facilita la toma de decisiones, la gestión del riesgo, la promoción de la ética y la transparencia y la alineación con los objetivos institucionales. La estructuración de las redes internas se detallan en el Manual del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo.

9.4.2.2.2 DIRECTRICES DE REDES EXTERNAS

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. trasciende su articulación interna al integrarse con entidades locales, regionales y nacionales para promover la ética pública y la transparencia. Dicha articulación se desarrolla bajo un riguroso seguimiento normativo que traduce la legalidad en prácticas institucionales concretas. De esta manera, el Hospital garantiza canales formales y efectivos de

comunicación con los órganos de control externo, asegurando el cumplimiento de sus deberes legales.

PROCEDIMIENTO DE LA TEMÁTICA DE DE REDES Y ARTICULACION			
ACCION ESTRATÉGICA	**ACTIVIDADES**	**RESPONSABLE**	**TIEMPO**
1.Redes Internas	Conformación de Redes Internas para los Subsistemas de Administración del Riesgo del SIGR	Planeación Estratégica y Operativa Subprocesos de los Macroprocesos Misionales, Estratégicos, de Apoyo y de Evaluación y Control Institucionales que integren cada red	Anual De forma extraordinaria cuando se identifique la necesidad de crear una nueva red interna
2.Redes Externas.	Seguimiento a la Interconectividad del hospital y su entorno interno y externo	Red Interna de seguridad de la Información	Trimestral
	Atender requerimientos institucionales	Subprocesos Institucionales	Acorde a la normatividad vigente y el tipo de solicitud recibida

9.4.2.3 MODELO DE ESTADO ABIERTO

El Estado Abierto es un modelo institucional de gobernanza que promueve que la gestión pública sea transparente, participativa y colaborativa, garantizando que la ciudadanía tenga acceso real a la información del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. y pueda intervenir en la construcción, mejoramiento o seguimiento de políticas del hospital.



9.4.2.3.1 DIRECTRICES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y TRANSPARENCIA

El Hospital Universitario San José Popayan, en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, pone a disposición de la ciudadanía la información pública de carácter general e institucional. En este sentido, se implementa mediante la publicación periódica y actualizada de sus datos, planes, presupuestos y gestiones, garantizando así el principio de transparencia y el derecho fundamental de acceso a la información pública. A través de este espacio, la institución facilita el control social y promueve una relación de confianza, apertura y participación con toda la comunidad.

Por lo anteriormente mencionado, la entidad implementa las siguientes herramientas: Transparencia activa, transparencia pasiva, Accesibilidad con Enfoque Diferencial e Instrumentos de Gestión de la Información.

9.4.2.3.1.1 Directrices de la Herramienta de Transparencia Activa

Consiste en hacer pública y poner a disposición de la ciudadanía y partes interesadas, la información sobre la gestión institucional y de interés de la ciudadanía respecto a la entidad.

Publicaciones de Datos Abiertos: La información relevante, estructurada y en formatos abiertos, se publica en la página web del hospital hospitalsanjose.gov.co y otros medios disponibles, acorde a lo establecido en la Ley 1712 de 2014 del Congreso de la República y la Resolución 1519 de 2020 y su anexo técnico de Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

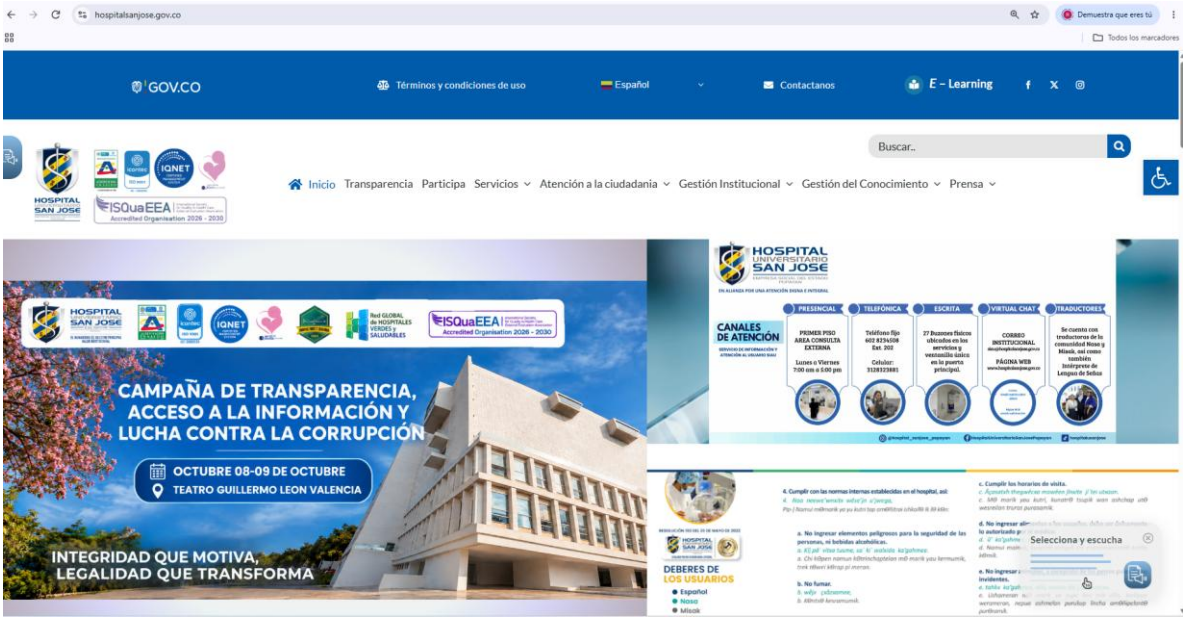


Imagen Planeación Estratégica y Operativa – Página web Institucional

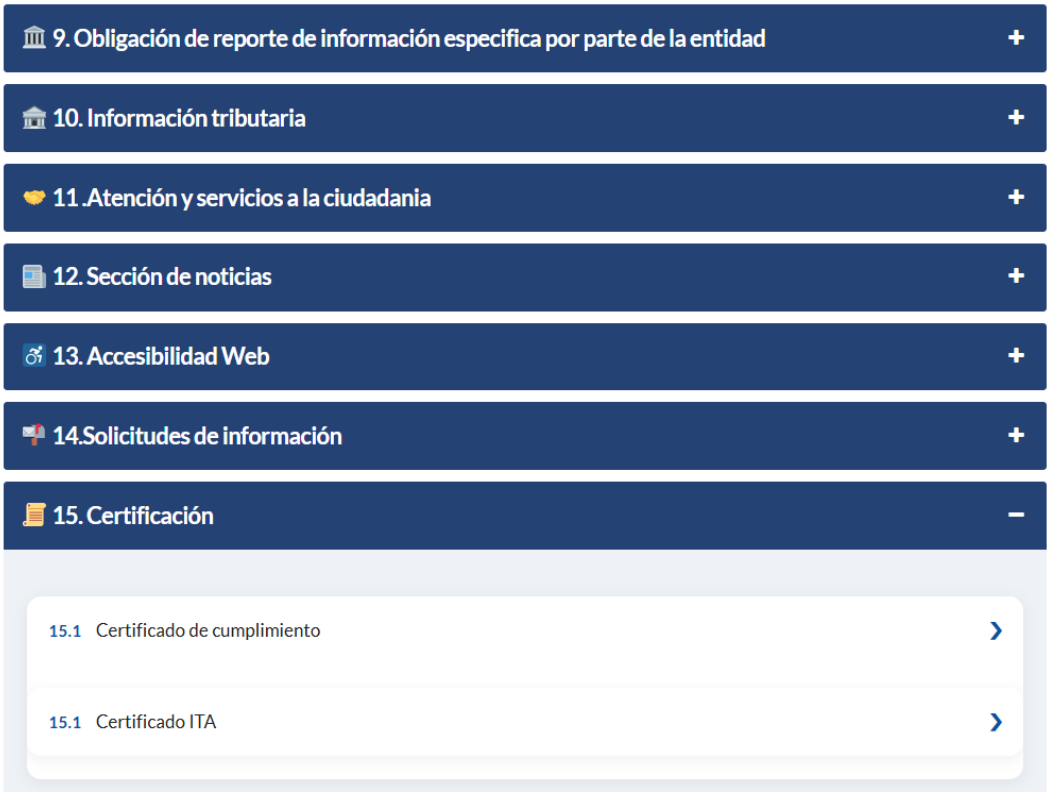
Página Web Institucional del Hospital Universitario San José de Popayán ESE – Portal de Transparencia





Categorías de Información Pública

- 1. Información de la Entidad. +
- 2. Normativa. +
- 3. Contratación. +
- 4. Planeación, presupuesto e informes. +
- 5. Trámites. +
- 6. Mecanismos de Participación. +
- 7. Datos abiertos. +
- 8. Información grupos de interés. +



La información se publicará de acuerdo a los siguientes elementos:

a. **Accesibilidad y Usabilidad**: Se garantiza que la información publicada sea accesible, actualizada, entendible y fácil de consultar, promoviendo el uso de formatos abiertos, interoperables y compatibles con herramientas de análisis de datos.
b. **Protección de Datos y Confidencialidad:** La publicación de información se realizará en la página web institucional a excepción de la información exceptuada por daño de derechos a personas naturales o jurídicas y la información exceptuada por daño de derechos a los intereses públicos, acorde a lo establecido en los artículos 18, 19 y 20 de la Ley 1712 de 2014.
c. **Cumplimiento del Procedimiento Institucional** para la Gestión, Actualización y Publicación de Información en el Portal WEB Institucional – Transparencia y Acceso a La Información Pública – Código OPL-PD-19.
d. **Seguimiento al Índice de Transparencia ITA** en la matriz en One Drive: 1 MATRIZ ITA 2026 PARA EDICION.
e. **Generación y divulgación de información o conocimiento de interés del ciudadano y partes interesadas:** Contempla la publicación y divulgación de información y conocimiento mediante herramientas técnicas, metodológicas

que contribuyen a atender intereses y necesidades sobre el ciudadano y partes interesadas.

HERRAMIENTA	ACTIVIDAD
TRANSPARENCIA ACTIVA:	**Identificación normativa:** Ley 1712 de 2014 y Resolución 1519 de 2020 **Asignación de roles:** Definidos en el procedimiento institucional. **Procedimientos de publicación:** Procedimiento Institucional para la Gestión, Actualización y Publicación de Información en el Portal WEB Institucional – Transparencia y Acceso a La Información Pública – Código OPL-PD-19. **Verificación y accesibilidad:** Metodologías de seguimiento en MATRIZ ITA de la vigencia en One Drive con verificación de anexos útiles y periodos específicos de seguimiento a la actualización documental con unificación de criterios de diligenciamiento. **Calidad y usabilidad de los datos:** Adoptar estándares que permitan el procesamiento, reutilización e interoperabilidad de la información bajo las políticas de Gobierno Digital, incluida la verificación de datos en plataformas externas (como el SECOP). **Instrumentos de gestión:** Se publica en la sede electrónica el Registro de Activos de Información y demás instrumentos de gestión, asegurando su utilidad para los ciudadanos.

9.4.2.3.1.2 Directrices de la Herramienta de Transparencia Pasiva

Mecanismos Directos: El Hospital cuenta con procedimientos institucionales que aseguran la gestión del acceso a la información pública mediante la solicitud directa: **Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones – PQRSDF,** incluido los procedimientos para identificar las solicitudes de información al interior de la entidad.

Seguimiento a la Atención de PQRSDF: El seguimiento, monitoreo a la atención y la respuesta de PQRSDF permitirán al Hospital mejorar la prestación de los servicios y la percepción de los ciudadanos y partes interesadas.

Atención y trámites: Las **PQRSDF** se gestionarán a través de los procedimientos del proceso del Servicio de Información y Atención al Usuario - SIAU del Hospital y del canal dispuesto para ello en la página web del Hospital, en la cual se contará con la opción específica para radicar quejas por no entrega de información pública, que permita revisión por el coordinador del proceso de SIAU. En caso que el rechazo supere términos para tramitar la queja, se informará la situación al peticionario junto con las alternativas jurisdiccionales que posee.

Generación de reportes de PQRSD: El proceso del Servicio de Información y Atención al Usuario - SIAU generará los informes y reportes periódicos normativos sobre la atención de PQRSDF. La gestión de las PQRSDF está enfocada en la mejora continua y la humanización de la atención. El análisis de las PQRSDF retroalimenta la actualización del procedimiento, los mecanismos de atención al ciudadano y las estrategias de comunicación, garantizando la trazabilidad de los compromisos adquiridos, la efectividad en las respuestas y el fortalecimiento de la confianza ciudadana en el Hospital.

Seguimiento y Monitoreo a PQRSD No Atendidas: El Hospital, a través de sus procedimientos institucionales, identificará las PQRSD que no hayan sido atendidas oportunamente y realizará el respectivo seguimiento. De manera especial, verificará los casos en los que se haya negado el acceso a la información, siempre que esta no se encuentre debidamente catalogada como información clasificada o reservada, de conformidad con la normatividad vigente y el Índice de Información Clasificada y Reservada – IICR del Hospital.

HERRAMIENTA	ACTIVIDAD
Transparencia Pasiva	**Capacitación del Talento Humano:** Impartir directrices claras a los servidores públicos y colaboradores sobre los lineamientos técnicos y éticos que deben cumplir las respuestas a las solicitudes de información. **Garantía del Debido Proceso:** Informar de manera expresa al ciudadano los recursos legales y mecanismos disponibles para controvertir la decisión cuando se le niegue el acceso a información clasificada o reservada. **Excepcionalidad de la reserva:** Garantizar que la negativa de acceso a la información se sustente exclusivamente en los criterios del Índice de Información Clasificada y Reservada - IICR. Se considera práctica indebida rechazar solicitudes bajo este argumento si la información no se encuentra previamente indexada en IICR. **Trazabilidad interna:** Procedimiento para la gestión de las solicitudes de información dentro de las dependencias del Hospital **Seguimiento a la oportunidad:** Monitorear de forma rigurosa los tiempos de respuesta y la entrega efectiva de la información, priorizando la revisión y control de los casos en que las solicitudes hayan sido negadas o rechazadas. **Mecanismo de insistencia y prevención de litigiosidad:** Habilitar en el canal de **PQRSD** la opción específica para radicar quejas por no entrega de información pública, que permita revisión por el coordinador del proceso de SIAU.

9.4.2.3.1.3 Directrices de la Herramienta Accesibilidad con Enfoque Diferencial

Facilita a poblaciones específicas el acceso a la información que las afecte, la ley define criterio diferencial de accesibilidad en lo referente con información pública.

Mapear y Caracterizar Mecanismos de Entendimiento: El proceso de Servicio de Información y Atención al Usuario - SIAU del Hospital a través de las encuestas de satisfacción, opinión o percepción, continuará identificando las necesidades de información de la ciudadanía con enfoque diferencial, con el fin de mejorar la atención a la ciudadanía.

Gestionar Estrategias que Permitan el Acceso a la Información con Enfoque Diferencial: A partir la caracterización de entendimiento, se identificarán estrategias de divulgación y acceso a la información con enfoque diferencial, orientadas a grupos poblacionales con características particulares debido a su edad o etapa del

ciclo vital, género, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica o condición de discapacidad, especialmente:

- ✓ Divulgar la información en formatos alternativos comprensibles. Es decir, que la forma, tamaño o modo en la que se presenta la información, 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
- ✓ Identificar acciones para responder a solicitudes de las autoridades de comunidades, para divulgar información en lenguas de los grupos étnicos preponderantes de la región.

Este enfoque integral del Modelo de Estado Abierto, implementado desde el Programa de Transparencia y Ética Pública del Hospital, no solo permite cumplir con los estándares establecidos en el Anexo Técnico del Decreto 1122 de 2024, sino también consolidar una gestión pública centrada en el ciudadano, orientada a resultados y comprometida con la lucha contra la corrupción y la garantía de derechos fundamentales.

9.4.2.3.1.4 Directrices de Instrumentos de gestión de la información

En cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, los tres instrumentos clave de gestión de la información pública, son:

Registro o inventario de activos de información - IAI: Reúne todas las categorías de información generada o administrada por la entidad, incluyendo la disponible para publicación o solicitud ciudadana. Especialmente;

- ✓ Todas las categorías de información del Hospital.
- ✓ Todo registro publicado
- ✓ Todo registro disponible para ser solicitado por el público, actualizado y veraz

Índice de información clasificada y reservada - IICR: Detalla los datos que, por razones legales o constitucionales, no pueden ser divulgados, junto con su respectiva fundamentación jurídica.

Esquema de Publicación de la Información: La información estará estructurada bajo el siguiente esquema:

- ✓ Lista de información mínima publicada: Art. 9, 10 y 11 de la Ley 1712 - 2014

- ✓ Lista de información publicada en sitio web del hospital (adicional).
- ✓ Información publicada con anterioridad.
- ✓ Información de interés para la ciudadanía.

El subproceso de Gestión Documental del Hospital, liderara las directrices y procedimientos de los Instrumentos de gestión de la información.

9.4.2.3.2. DIRECTRICES DE INTEGRIDAD Y CULTURA DE LA LEGALIDAD - CÓDIGO DE INTEGRIDAD

El Hospital adopta el Código de Integridad del Servicio Público Colombiano como referente obligatorio, y en armonía con lo dispuesto en el Decreto 1122 de 2024 o la normatividad vigente. El Código de Integridad es un instrumento central del Componente de Transparencia e Integridad, que orienta el comportamiento de los colaboradores y promueve la gestión ética, la cultura de la Legalidad, la Transparencia y la Integridad, mediante el fortalecimiento de los valores de respeto, justicia, honestidad, liderazgo, compromiso, diligencia y ética profesional, así como de los principios institucionales de calidad, excelencia, integridad, oportunidad, humanización, transparencia y gestión del conocimiento.

Para su adecuada implementación el subproceso de Talento Humano aplica las siguiente políticas específicas o directrices:

- Capacitar e interiorizar mediante el Plan Institucional de Capacitación (PIC) y el Programa de Bienestar, como estrategia de formación para los colaboradores de la Institución, mediante diferentes metodologías que fortalezcan la comprensión y apropiación del Código de Integridad.
- Fomentar la apropiación del Código de Integridad, mediante la aplicación de la caja de herramientas del DAFP. El seguimiento se registrará en el PEM o plan de acción de la política de Transparencia.
- Aplicar la Encuesta de Clima Organizacional, la cual incluye variables de percepción de integridad, confianza y comportamiento ético, permitiendo una evaluación integral de la cultura institucional.
- Incluir el Código de Integridad en el MRT de todos los subprocesos Institucionales.

9.4.2.3.3 DIALOGO Y CORRESPONSABILIDAD

El hospital desarrolla un conjunto de espacios interactivos, canales de doble vía e instrumentos normativos, organizacionales y metodológicos que fortalecen y estructuran la toma las decisiones, así mismo, afianza la interacción con la ciudadanía para garantizar que el control social sea eficiente, la participación ciudadana incidente y la rendición de cuentas eficaz.

9.4.2.3.3.1 Política Específica o Directrices de Dialogo y La corresponsabilidad a través de la Rendición de Cuentas



CONTEXTO NORMATIVO

La Rendición de Cuentas se realiza en cumplimiento normativo, especialmente del:

- Artículo N°73 de la Ley 1474 de 2011 modificado por el artículo N° 31 de la Ley 2195 de 2022
- Decreto 1122 de 2024, que adoptan las disposiciones tendientes a prevenir los actos de corrupción, a reforzar la articulación y coordinación de las entidades del estado y a recuperar los daños ocasionados por dichos actos con el fin de asegurar promover la cultura de la legalidad e integridad y recuperar la confianza ciudadana y el respeto por lo público.
- La Circular Externa 008 de 2018 de la Procuraduría General de la Nación

OBJETIVO
Abrir espacios de diálogo abierto, accesible y respetuosa con la comunidad y las partes interesadas y grupos de valor sobre la gestión adelantada por el Hospital durante la vigencia 2025, en el marco del cumplimiento de su Misión y Visón y la garantía de los derechos de la ciudadanía, asegurando la transparencia, la eficiencia y la adecuada gestión de los recursos públicos, la participación ciudadana y el diálogo social, con el fin de fortalecer la confianza pública y asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

ALCANCE	
Periodo del Informe:	1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025
Partes Interesadas	Ciudadanía Asociaciones de Usuarios Asociaciones Sindicales - IPS – OPS Entidades Educativas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios Proveedores Órganos de Control Entidades Gubernamentales Otras Organizaciones
Ejes Temático: Líneas Estratégicas	Direccionamiento Estratégico En Alianza por la Excelencia en Salud En Alianza por un Buen Gobierno y Equilibrio Financiero En Alianza por un Hospital Universitario En Alianza por la Innovación e Investigación Institucional
Componentes de la Información por procesos	Logros y actividades realizadas: Resultados - indicadores claves con impacto en las partes interesadas - grupos de valor. Dificultades relevantes y gestión efectuada en la vigencia Plan para impulsar, desarrollar y fortalecer el proceso en la vigencia 2026

La estrategia de Participación Ciudadana se elabora con la formulación de la planeación institucional anual que se realiza para todo el Hospital, tomando como insumo el Plan de Acción Institucional, los Planea de Acción de la Políticas y los Planes de Acción de los Subprocesos.

9.4.2.3.3.1.1 Ruta Metodológica de la Rendición de Cuentas

Con el propósito de garantizar el objetivo de la Rendición de Cuentas del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., alineado con la normatividad vigente y

los procedimientos institucionales, y bajo la ruta metodológica establecida, se adelantó la estructuración de la rendición de cuentas de la vigencia 2025:

9.4.2.3.3.1.2 Roles y Responsabilidades de la Red Interna de Rendición de Cuentas

Gerencia

- Liderar el proceso institucional de Rendición de Cuentas.
- Garantizar la disponibilidad de información pública clara, veraz y oportuna.
- Aprobar los informes y presentaciones de resultados que serán divulgados.
- Socializar la información en los eventos programados.
- Establecer mecanismos para atender observaciones o compromisos con la ciudadanía.
- Firmar el informe final y el acta de la rendición de cuentas.

Planeación Estratégica y Operativa

- Liderar las etapas de planeación, preparación y ejecución de la rendición de cuentas
- Coordinar técnicamente el proceso de rendición de cuentas.
- Socializar el cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Institucional de la vigencia.
- Diseñar la proforma del reporte de gestión de rendición de cuentas por procesos.
- Actualizar los formatos de preguntas, observaciones e inquietudes y el formato de evaluación de la rendición de cuentas.
- Estructurar la base de datos para valoración de temas para la rendición de cuentas.
- Estructurar la base de datos de identificación de las partes interesadas.
- Estructurar la base de datos para el registro de preguntas y respuestas y encuestas de evaluación de los eventos programados.
- Verificar con los subprocesos institucionales la información presentada en los reportes de gestión de rendición de cuentas, incluidas las presentaciones y registro fotográfico.
- Consolidar la información del reporte de gestión presentados por los subprocesos institucionales.
- Gestionar la sistematización de los resultados institucionales.
- Redacción técnica del informe consolidado.
- Generar el informe final y el acta de la rendición de cuentas de la vigencia.

- Efectuar el cargue del Informe final y el Acta de la Rendición de Cuentas firmado por la Gerencia en la página WEB del Hospital, junto con los anexos.
- Informar a Control Interno de Gestión la disponibilidad del Informe Final, acta y consolidado de preguntas y respuestas de la Rendición de cuentas en la página web del Hospital.
- Realizar seguimiento a recomendaciones generadas por las partes interesadas.

Gestión de la Comunicación Institucional:

- Presentar el plan de comunicaciones y divulgación para la Rendición de Cuentas
- Seleccionar los canales y medios de comunicación para la divulgación para promover la participación activa de las partes interesadas.
- Elaborar piezas comunicacionales (videos, boletines, infografías, diseño de invitaciones, lábaros, entre otros) y presentarlas en las reuniones del equipo líder de rendición de cuentas para aprobación y posterior divulgación.
- Remitir a Planeación Estratégica y Operativa las piezas comunicacionales aprobadas.
- Realizar el diseño gráfico de la presentación de rendición de cuentas y presentarlo a la Planeación Estratégica y Operativa y a Gerencia para su aprobación.
- Garantizar la transmisión en línea de la audiencia pública de la rendición de cuentas a través del canal(es) digital(es) que se definan.
- Presentar el registro fotográfico de cada uno de los eventos programados para la rendición de cuentas a Planeación Estratégica y Operativa.
- Presentar informe de resultados de la transmisión en línea de la audiencia pública.
- Verificar y reportar la presencia de preguntas, inquietudes o solicitudes presentadas durante la transmisión en línea de la audiencia pública a través de los comentarios registrados y remitir la respuesta, cuando el canal digital lo permita.

Mercadeo:

- Actualizar la base de datos de identificación de las partes interesadas.
- Realizar las invitaciones a las partes interesadas detalladas en la base de datos.
- Confirmar la asistencia de las partes interesadas y registrar en la base de datos.
- Garantizar la logística de los eventos programados para la realización de la rendición de cuentas.
- Gestionar la participación de la brigada de emergencia del Hospital y del transporte asistencial medicalizado durante la realización de la Audiencia Pública de rendición de cuentas.

- Registrar la asistencia a los eventos programados para la realización de la rendición de cuentas.
- Presentar el informe de la convocatoria efectuada a los eventos programados para la realización de la rendición de cuentas.
- Presentar el informe de asistencia a los eventos programados para la realización de la rendición de cuentas.
- Remitir los informes generados a Planeación Estratégica y Operativa.

Servicio De Información Y Atención Al Usuario SIAU:

- Aperturar el buzón físico para la recepción de preguntas, inquietudes u observaciones.
- Recepcionar las preguntas durante los eventos programados para la realización de la rendición de cuentas.
- Gestionar la sistematización de las preguntas recepcionadas por los diferentes canales en la base de datos para el registro de preguntas y respuestas y encuestas de evaluación de los eventos programados para la rendición de cuentas.
- Generar el informe de respuestas a las preguntas, observaciones e inquietudes recepcionadas en los eventos programados para la rendición de cuentas.
- Recepcionar las encuestas físicas de la evaluación de la rendición de cuentas.
- Gestionar la sistematización de las encuestas de evaluación recepcionadas por los diferentes canales en la base de datos para el registro de preguntas y respuestas y encuestas de evaluación de los eventos programados.
- Generar el informe de la encuesta de evaluación de la rendición de cuentas.
- Remitir los informes generados a la Planeación Estratégica y Operativa.

Gestión de Tecnologías de la Información:

- Administrar el correo electrónico de rendiciondecuentas@hospitalsanjose.gov.co
- Aperturar el buzón digital para la recepción de preguntas, inquietudes u observaciones a través del correo electrónico rendiciondecuentas@hospitalsanjose.gov.co
- Generar los códigos QR de asistencia a los eventos programados para la rendición de cuentas y enviar al Proceso de Mercadeo de forma digital e impresos.
- Generar los códigos QR para acceder a la encuesta de evaluación de la rendición de cuentas y enviar al Proceso de Mercadeo de forma digital e impresos.

- Generar reporte de preguntas recepcionadas por el canal digital
- Enviar las respuestas a los ciudadanos que presentaron preguntas, inquietudes u observaciones.
- Registrar él envió de las respuestas a los ciudadanos que presentaron preguntas, inquietudes u observaciones en la base de datos de registro de preguntas y respuestas y encuestas de evaluación de la rendición de cuentas.
- Generar en archivo consolidado en PDF de los correos u oficios de respuesta enviados a los ciudadanos que presentaron preguntas, inquietudes u observaciones y que registraron en el formato su correo electrónico y/o número de WhatsApp.
- Apoyar al proceso de Comunicaciones en los eventos programados para la rendición de cuentas.

Subgerencias Científica y Administrativa y Financiera

- Entregar oportunamente a Planeación Estratégica y Operativa los reportes de gestión de sus procesos y subprocesos, con información integral, pertinente, clara, consistente, fidedigna y comparable con la vigencia previa; permitiendo a la ciudadanía, organismos de control y grupos de valor, comprender, analizar, proponer o cuestionar sobre la gestión de los recursos y el cumplimiento de las responsabilidades del Hospital.
- Participar en la preparación de las audiencias y espacios de diálogo.
- Responder a las preguntas e inquietudes planteadas por la ciudadanía, entes de control o por las partes interesadas.
- Establecer mecanismos para atender observaciones o compromisos con la ciudadanía.

Coordinadores de Subprocesos - Líderes de Calidad de los Servicios

- Identificar buenas prácticas o lecciones aprendidas para destacar durante la vigencia.
- Realizar los reportes de gestión en la proforma institucional, con información integral, pertinente, clara, consistente, fidedigna y comparable con la vigencia previa, garantizando la trazabilidad de la información suministrada.
- Elaborar las diapositivas que sustenten el reporte de gestión, incluyendo las gráficas comparativas con la vigencia previa de los indicadores de impacto para las partes interesadas de su proceso.
- Garantizar la entrega del registro fotográfico o en video de los logros y avances alcanzados por su proceso durante la vigencia.

- Responder a las preguntas e inquietudes planteadas por la ciudadanía, entes de control o por las partes interesadas.
- Apoyar las actividades solicitadas por el Equipo Líder de Rendición de Cuentas
- Remitir los informes y apoyo documental a Planeación Estratégica y Operativa.

Control Interno de Gestión

- Verificar la calidad, veracidad y oportunidad de la información presentada.
- Evaluar el cumplimiento de los lineamientos establecidos.
- Formular recomendaciones de mejora para el proceso.

Ciudadanía, Veedurías y Partes Interesadas

- Participar activamente en los espacios de diálogo y socialización.
- Formular preguntas, propuestas y observaciones al informe de gestión.
- Ejercer control social mediante veedurías o mecanismos ciudadanos

9.4.2.3.3.1.3 Implementación de la Ruta Metodológica de la Rendición de Cuentas

Etapa de Planeación: Se define las fechas para la realización de los foros y de la audiencia pública.

Etapa de Preparación: Se establecen la priorización de temas y las reuniones de seguimiento para verificar el cumplimiento y avance de las acciones descritas para la realización de la Rendición de Cuentas de cada vigencia.

Etapa de Ejecución: Corresponde a la realización de los foros y audiencia pública



El cierre del proceso incorpora el análisis de los resultados de la encuesta de satisfacción aplicada en los espacios de participación, de acuerdo con los lineamientos del FURAG y del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), con el propósito de valorar la percepción y la efectividad del control social.

9.4.2.3.3.1.4 Seguimiento y evaluación de la Participación Ciudadana en la Estrategia de Rendición de Cuentas

El ejercicio de seguimiento y evaluación de la Estrategia de Rendición de Cuentas se desarrolla en el marco del Plan de Ejecución y Monitoreo o Plan de Acción de la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción asegurando su articulación con los lineamientos del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP).

Para el seguimiento se tendrá como insumos la evaluación de los eventos realizados para la rendición de cuentas y el análisis de las propuestas, observaciones y percepciones de la ciudadanía y las partes interesadas registradas en los espacios de participación y diálogo, a partir de los resultados de la encuesta de satisfacción aplicada en dichos espacios. Esta información, constituye un insumo clave para el ejercicio de mejora continua en la formulación y ejecución de la

estrategia para la siguiente vigencia, fortaleciendo así el control social, la transparencia y la rendición de cuentas del Hospital.

En ese sentido, hospital asume los siguientes compromisos específicos:

- Mantener los mecanismos efectivos de participación ciudadana, que permitan el acceso a la información.
- Promover el control social y la participación de veedurías ciudadanas, auditorías ciudadanas y otros espacios de vigilancia colectiva, como parte integral de su modelo de Buen Gobierno.
- Continuar con la divulgación por redes sociales del Hospital, la rendición de cuentas, bajo criterios de accesibilidad, en los que la ciudadanía tenga la posibilidad de conocer, cuestionar, dialogar y aportar sobre la gestión de la Institución.
- Cargar en la página web del hospital los avances del plan de acción institucional y de los planes de acción establecidos mediante el **Decreto 612 del 2018**.
- Fortalecer la estrategia de participación ciudadana que se integre con la planeación institucional, de modo que la rendición de cuentas no sea una actividad aislada, sino un elemento constante de gestión pública.

9.4.2.3.3.1.5 Promoción de los procesos y espacios de corresponsabilidad

El hospital impulsa la corresponsabilidad social, desarrollando actividades de divulgación sobre los procesos de rendición de cuentas y participación ciudadana, y fomentando el reconocimiento del derecho del ciudadano al control social. Al mismo tiempo, se convocan y difunden los espacios públicos de rendición de cuentas y participación previstos para cada vigencia, los cuales se transmiten en vivo a través de los canales institucionales del hospital. Con el fin de garantizar una participación verdaderamente inclusiva y equitativa, se aplican criterios de accesibilidad como interpretación en lengua de señas colombiana y subtitulación en tiempo real (closed caption) durante las transmisiones, promoviendo la oportunidad para que la ciudadanía se involucre activamente en el ejercicio de control y diálogo público.

PROCEDIMIENTO DE LA TEMATICA DE ESTADO ABIERTO			
AE	**ACTIVIDADES**	**RESPONSABLE**	**TIEMPO**
1.ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y TRANSPARENCIA	Operativizar el procedimiento Institucional para la Gestión, Actualización y Publicación de Información en el Portal WEB Institucional – Transparencia y Acceso a La Información Pública	Subprocesos Institucionales definidos en el procedimiento	Según periodicidad establecida en la Resolución 1519 de 2020 Seguimiento trimestral
	Realizar seguimiento al Índice de Transparencia – ITA en la página web de la Procuraduría General de la Nación	Planeación Estratégica y Operativa	Según directiva anual de la Procuraduría General de la Nación
	Gestionar las PQRS presentadas por la ciudadanía de forma externa o interna y demás herramientas de transparencia pasiva.	SIAU Subprocesos Institucionales	Tiempo de respuesta: Según normatividad vigente y tipo de solicitud radicada.
	Gestionar las estrategias de Accesibilidad Diferencial	SIAU Planeación Estratégica y Operativa	Durante la vigencia
	Desarrollar los instrumentos de Gestión de la Información	Red Interna de Seguridad de la Información	Durante la vigencia
	Incluir en el plan de acción el seguimiento a las actividades de la herramienta de la Transparencia Activa, pasiva, accesibilidad con enfoque diferencial e instrumentos de gestión de la información y efectuar el seguimiento.	Planeación Estratégica y Operativa	Anual la realización del Plan de Acción o PEM Seguimiento trimestral
2.INTEGRIDAD Y CULTURA DE LA LEGALIDAD	Fortalecer la Cultura de la Legalidad, la Transparencia y la Integridad	Gerencia - Junta Directiva - Red Interna de Integridad	Durante la vigencia
	Desarrollar la caja de herramientas del DAFP para fortalecer la apropiación del Código de Integridad	Red Interna de Integridad	Durante la vigencia
	Incluir en el plan de acción de la Política de Transparencia el seguimiento a la integridad y la cultura de la legalidad	Planeación Estratégica y Operativa	Trimestral
3. DIALOGO Y CORRESPONSABILIDAD	Aplicar las directrices de dialogo y corresponsabilidad para implementar las etapas de la Ruta Metodológica de Rendición de Cuentas	Red Interna de Rendición de Cuentas	Durante la vigencia
	Coordinar la estrategia institucional de rendición de cuentas y verificar la inclusión de los aportes ciudadanos en los planes institucionales	Planeación Estratégica y Operativa Subprocesos	Durante Etapas de planeación, preparación y ejecución Rendición Cuentas
	Incluir en el plan de acción el seguimiento al procedimiento de Rendicón de Cuentas y evaluar el impacto de los espacios de diálogo y corresponsabilidad.	Planeación Estratégica y Operativa	Trimestral

9.4.2.4.1 INICIATIVAS ADICIONALES



El Hospital podrá incluir cualquier iniciativa adicional que, acorde a sus particularidades, contribuya a los objetivos y propósito del PTEP, esto es, a promover la transparencia y a alcanzar una gestión ética de los asuntos públicos. En esa medida, cualquier buena práctica o iniciativa que se identifique y que no se adecue a ninguna de las otras tres temáticas descritas anteriormente, se incorporará dentro de la sección de iniciativas adicionales y se describirán los instrumentos que desarrollan esa acción. En consideración a este eje temático el Hospital implementa como acción la Racionalización de Trámites.

9.4.2.4.1.1 RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES

El hospital simplifica, optimiza, estandariza y automatiza los trámites misionales y administrativos de la entidad, con el objetivo de reducir costos, tiempos de espera, pasos y requisitos innecesarios, eliminando así la intermediación y reduciendo significativamente los riesgos de corrupción en la prestación de servicios de salud de alta complejidad. Para tal efecto, se adoptan los siguientes instrumentos:

- Identificación, revisión y actualización permanente de los trámites procedimientos institucionales, con el fin de eliminar requisitos innecesarios, duplicidad de documentos y actividades que no generen valor.
- Estandarización y documentación de los trámites, garantizando claridad en los requisitos, responsables, tiempos de respuesta y canales de atención.
- Uso progresivo de medios tecnológicos y herramientas digitales que faciliten la realización de trámites y la consulta de información, conforme a las capacidades institucionales y la normatividad vigente.
- Divulgación clara y oportuna de los trámites y servicios ofrecidos por el Hospital, incluyendo requisitos, costos (cuando aplique), horarios y canales de atención, promoviendo el uso de lenguaje claro y accesible.
- Articulación de la racionalización de trámites con los procesos de atención al ciudadano, gestión documental y control interno.

La actividad se incorpora al PEM o plan de acción de la política de Transparencia, así como a la política de Racionalización de Trámites para ser integrada al Sistema Único de Información de Trámites (SUIT).

PROCEDIMIENTO DE LA TEMÁTICA DE INICIATIVAS ADICIONALES RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES			
AE	**ACTIVIDAD**	**RESPONSABLE**	**TIEMPO**
RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES	Desarrollar los instrumentos de racionalización de Trámites	Planeación Estratégica y Operativa Subproceso	Durante la Vigencia
	Incluir en el plan de acción de la Política de Transparencia el seguimiento a los instrumentos de racionalización de trámites	Planeación	Trimestral

CONTROL AL CUMPLIMIENTO

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, en función de su cultura y valores institucionales, está comprometido con el cumplimiento normativo promoviendo la cultura institucional de transparencia, de tal manera describe que todo incumplimiento de la normatividad vigente que incurra en hechos de corrupción será sancionado de acuerdo con el régimen sancionatorio, toda investigación se lleva de manera transparente y será tratado de acuerdo con el debido proceso y los procedimientos establecidos en la normatividad.

9.5 PLAN DE ACCION DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - PTEP

El Hospital establecerá para cada vigencia el respectivo plan de ejecución y monitorio PEM o Plan de Acción de la Política de Transparencia Acceso a la información y Lucha Contra la Corrupción en el cual se incluirán las acciones para desarrollar los componentes Transversal y Programático del PTEP, así como el despliegue de los ejes temáticos, las acciones estratégicas, las actividades, responsables y tiempos de ejecución.

El plan de acción se monitorizará trimestralmente, generando informes de avance que se cargaran en la página web – portal de Transparencia.

Se anexa el Plan de Acción de la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción o Plan de Ejecución y Monitoria - PEM para la Vigencia 2027, con inclusión del presupuesto requerido para su ejecución.

El Plan de acción fue presentado para la inclusión en el Plan Anual de Adquisiciones del año 2027.

9.6 SEGUIMIENTO Y EVALUACION

El seguimiento y evaluación del Programa de Transparencia y Ética Pública del Hospital. tiene como finalidad verificar el grado de cumplimiento de las actividades definidas, evaluar la efectividad de los controles implementados y promover acciones de mejora continua, mediante la articulación de las líneas de aseguramiento, el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), garantizando la actualización y fortalecimiento permanente del programa.

PROCEDIMIENTO DE ESTRUCTURACIÓN - SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PTEP			
SUBCOMPONENTE	**ACCION**	**RESPONSABLE**	**TIEMPO**
1.ESTRUCTURACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE LA POLÍTICA DE TRANSPARENCIA O PEM	Elaboración del Plan de Acción de la Política de Transparencia acorde al componente Transversal y Programático del PTEP incluyendo de alternativas innovadoras para el desarrollo de las acciones o instrumentos	Planeación Estratégico y Operativa	Anual
2. SEGUIMIENTO AL PTEP: PEM – CORTO PLAZO	Definir los reportes del Programa: a. Plan de Ejecución y Monitoreo: Garantiza la implementación y monitoreo de las acciones del PEM. b. Mapa de Riesgo de Transparencia La periodicidad de los reportes estará alineada con los reportes del SIGR	Planeación Estratégica y Operativa Subprocesos Institucionales Control Interno de Gestión Comité de Gobernanza del Riesgo Junta Directiva	Durante la Vigencia Seguimiento trimestral a PEM y semestral a los MRT
3. SEGUIMIENTO AL PTEP: PEM - MEDIANO PLAZO	Informe de evaluación del PTEP a la Alta Dirección, para gestionar avances de la Política de Transparencia, mediante actualización del PEM para la nueva vigencia, acorde a avances en la implementación, contenidos del PTEP, criterios de evaluación, no conformidades y acciones de mejora, sustentados en hechos sostenidos en el tiempo.	Planeación Estratégica y Operativa Junta Directiva	Para iniciar una nueva vigencia

3. SEGUIMIENTO AL PTEP – LARGO PLAZO	Reformulación del Programa, teniendo en cuenta el direccionamiento y enfoque estratégico definido en el plan de desarrollo. El Informe de Evaluación requerirá las necesidades de modificaciones y de la oportunidad para realizar una reformulación.	Planeación Estratégica y Operativa Red Interna De Transparencia Comité de Gobernanza del Riesgo Junta Directiva	Cada Cuatro años o de forma extraordinaria ante la presentación de novedades que requieran de reformulación del PTEP
2. SEGUIMIENTO AL PTEP / PLAN DE ACCION	Realizar seguimiento al Plan de acción de la Política de Transparencia o PEM .	Planeación Estratégico y Operativa	Trimestral: Informes de avance Anual: Informo Final
TRASNVERSAL EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Evaluar el cumplimiento del PTEP y generar informe	Control Interno de Gestión	Según programa de Auditorias Independientes
TRASNVERSAL MEJORA CONTINUA	Modificar el PEM o reformular el PTEP según resultados o presentación de condiciones que lo requieran	Planeación Estratégica y Operativa	Según solicitudes de Modificación o Reformulación.

Planeación Estratégica y Operativa en su función de Cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP, presentará una vez al año, informes de la gestión del Programa a la Junta Directiva. Los informes deberán contener una evaluación y análisis sobre la eficiencia y efectividad del programa, los resultados de su gestión, y de ser el caso, proponer las mejoras respectivas.

9.7 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON EL PTEP

- Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha Contra la Corrupción Ética e Integridad
- Política Institucional de Gobernanza del Riesgo
- Política Institucional de Integridad
- Política Institucional de Racionalización de Trámites
- Código de Integridad
- Código de Conducta y Buen Gobierno
- Manual y procedimientos del Sistema Integrado de Gestión del Riesgo
- Manual de SARLAFT y política específicas o directrices para prevenir los riesgos asociados a LA/FT/FPADM
- Manual de SICOF y política específicas o directrices para prevenir los riesgos asociados a COF
- Estatuto y Manual de Contratación.
- Manual de la Debida Diligencia
- Procedimiento Institucional para la Gestión, Actualización y Publicación de Información en el Portal WEB Institucional – Transparencia y Acceso a La Información Pública
- Procedimientos de Gestión de Atención al Usuario
- Procedimientos de Gestión Documental
- Ruta Metodológica de Rendición de Cuentas

10 ANEXOS

- Plan de Acción de la Política de Transparencia, Acceso a la información y Lucha Contra la Corrupción Vigencia 2027.
- Mapa de Riesgos Integrado de Transparencia Institucional 2026
- Matriz ITA 2026 Para Edición
- Base de datos de seguimiento al canal de denuncias de SICOF Y SARLAFT
- Formato Informe Canal Denuncias SICOF

11 CONTROL DE REGISTROS

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN	Anexo al procedimiento ACA-PD04 FORMATO DE CONTROL DE REGISTROS	ACA-PD04-FO11

			Tiempo de retención		
Nombre registro	Código	Recuperación	Almacenamiento	Conservación	Disposición
Plan de Acción PTEP		Coordinadora Planeación Estratégica y Operativa	Según TRD Planeación Estratégica y Operativa	Según TRD Planeación Estratégica y Operativa	Según TRD Planeación Estratégica y Operativa

12. CONTROL DE CAMBIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN	Anexo al procedimiento OCA - PD04 FORMATO DE CONTROL DE CAMBIOS	ACA-PD04-FO12

Código	Versión	Fecha	Descripción del Documento
PLA-OPL-02	01	Enero 2026	Creación del Documento
PLA-OPL-02	02	Noviembre 2026	Actualización del Objetivo, alcance, responsables y responsabilidades, normatividad, definiciones, generalidades y desarrollo y anexos.

En el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública, la Junta Directiva del Hospital Universitario San José Popayán E.S.E. aprueba la reformulación del Programa como una apuesta institucional por consolidar la gestión pública participativa, transparente, basada en valores y principios de Conducta y Buen Gobierno, para fortalecer la Cultura de la Legalidad, la Transparencia y la Integridad Pública mediante ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA N° DE 2026

Elaboró y/o actualizó	Juan Carlos Padilla Moreno Eddy Lorena Bravo Enríquez	**Revisó**	Leonor Milena Bambagüe Meneses Adriana Lucia Belalcazar Murcia	**Aprobó**	XXXXXXX Juan Carlos Arteaga Cifuentes
Cargo	Profesional Planeación Estratégica y Operativa – Afiliado Participe Assesalud Profesional Especializada Área de la Salud Gr. 1	**Cargo**	Oficial de Cumplimiento del SICOF - Coordinadora Planeación Estratégica y Operativa Oficial de Cumplimiento del SARLAF- Subgerente Administrativa y Financiera	**Cargo**	Secretario de la Junta Directiva del Hospital Gerente del Hospital Universitario San José de Popayán
Firma		**Firma**		**Firma**	
Fecha	Noviembre 2026	**Fecha**		**Fecha**	
CONTROL DOCUMENTAL					
Nombre		**Cargo**		**Firma**	