

 HOSPITAL SAN RAFAEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EL CERRITO - VALLE DEL CAUCA NIT. 894.380.143-2	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Etica Empresarial	Página 1 de 64

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL

(Acuerdo de Junta Directiva No. 11 de 11 de agosto de 2026)

Hospital San Rafael E.S.E.
El Cerrito, Valle del Cauca

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 2 de 64

PRESENTACION

El Hospital San Rafael E.S.E. de El Cerrito, como Empresa Social del Estado del orden municipal, reconoce que la transparencia, la integridad, la ética pública y el buen gobierno constituyen pilares fundamentales para garantizar la confianza ciudadana, la legitimidad institucional y el adecuado cumplimiento de su misión de prestar servicios de salud con calidad, oportunidad, humanización y responsabilidad social.

La lucha contra la corrupción ha evolucionado desde un enfoque reactivo basado exclusivamente en la investigación y sanción hacia un modelo preventivo sustentado en la gestión integral de riesgos, el fortalecimiento institucional y la cultura organizacional de cumplimiento. En este contexto, el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) se consolida como un instrumento estratégico de administración que integra políticas, procedimientos, mecanismos de prevención, controles internos, auditoría y mejora continua orientados a prevenir actos de corrupción, fraude, soborno, conflictos de interés y demás conductas contrarias a los principios que rigen la función administrativa.

El presente Programa se formula conforme a los principios establecidos en el artículo 209 de la Constitución Política, la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022 y el Decreto 0849 de 2026, mediante el cual se reglamentan los lineamientos mínimos que deben prever los Programas de Transparencia y Ética Empresarial, promoviendo una cultura de cumplimiento basada en la gestión de riesgos, la transparencia en las operaciones, la ética de los colaboradores y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

El Programa constituye un componente transversal del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), articulándose con el Sistema Institucional de Control Interno, la Política de Administración del Riesgo, el Código de Integridad, el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano —o el instrumento que lo sustituya—, el Programa de Auditoría Interna, el Plan Estratégico Institucional, el Manual de Contratación y los demás instrumentos de direccionamiento estratégico del Hospital.

CAPÍTULO I

1. GENERALIDADES

1.1 Naturaleza jurídica

El Hospital San Rafael E.S.E. de El Cerrito es una Empresa Social del Estado del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa y financiera, creada para la prestación de servicios de salud de baja complejidad, conforme al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En desarrollo de su objeto social administra recursos públicos y presta un servicio público esencial, circunstancia que exige la adopción de mecanismos robustos de transparencia, integridad y prevención de la corrupción.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 3 de 64

1.2 Justificación

La confianza ciudadana constituye uno de los principales activos institucionales de una Empresa Social del Estado.

La creciente complejidad de la contratación pública, la administración de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las relaciones con proveedores, contratistas, aseguradores y demás grupos de interés generan riesgos asociados a:

- Corrupción.
- Fraude.
- Soborno.
- Favorecimiento indebido.
- Conflictos de interés.
- Manipulación contractual.
- Uso indebido de recursos públicos.
- Opacidad administrativa.
- Falsedad documental.
- Apropiación indebida de activos.
- Filtración de información reservada.

La adopción del presente Programa permite fortalecer la cultura institucional de integridad mediante mecanismos preventivos que reducen la probabilidad de ocurrencia de estos riesgos.

1.3 Objetivo General

Implementar un Sistema Institucional de Transparencia y Ética Empresarial basado en la gestión integral de riesgos de corrupción, soborno, fraude y conflictos de interés, mediante la adopción de políticas, controles, procedimientos, mecanismos de prevención, monitoreo y mejora continua que fortalezcan la integridad institucional y la confianza ciudadana.

1.4 Objetivos específicos

El Programa busca:

- Consolidar una cultura organizacional basada en la ética pública.
- Fortalecer la transparencia institucional.
- Identificar riesgos de corrupción.
- Administrar riesgos de fraude.
- Prevenir el soborno.
- Gestionar conflictos de interés.
- Fortalecer el autocontrol.
- Mejorar la debida diligencia sobre terceros.
- Promover la denuncia segura.
- Garantizar la protección del denunciante.
- Fortalecer la supervisión contractual.
- Integrar el PTEE con MIPG.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 4 de 64

- Fortalecer el Sistema de Control Interno.
- Implementar mecanismos de mejora continua.

1.5 Alcance

El presente Programa aplica a:

- Junta Directiva.
- Gerente.
- Subgerencias.
- Servidores públicos.
- Trabajadores oficiales.
- Contratistas.
- Supervisores.
- Interventores.
- Proveedores.
- Consultores.
- Prestadores externos.
- Pasantes.
- Estudiantes en práctica.
- Cooperantes.
- Donantes.
- Aliados estratégicos. Cualquier tercero que mantenga relaciones jurídicas o comerciales con el Hospital.

Su cumplimiento es obligatorio en todos los procesos institucionales, incluidos los estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.

1.6 Principios orientadores

La implementación del Programa se fundamenta en los siguientes principios:

- Legalidad.
- Integridad.
- Buena fe.
- Transparencia.
- Moralidad administrativa.
- Publicidad.
- Responsabilidad.
- Economía.
- Eficacia.
- Eficiencia.
- Imparcialidad.
- Participación.
- Rendición permanente de cuentas.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 5 de 64

- Debida diligencia.
- Gestión basada en riesgos.
- Cero tolerancia frente a la corrupción.

1.7 Objetivos estratégicos del Programa

Durante la vigencia 2026–2028 el Hospital orientará el Programa hacia seis ejes estratégicos:

1. Fortalecimiento del liderazgo ético y del compromiso de la Alta Dirección.
2. Gestión integral de riesgos de corrupción, fraude, soborno y conflictos de interés.
3. Transparencia y apertura institucional.
4. Cultura organizacional basada en la integridad.
5. Fortalecimiento de la supervisión, monitoreo y auditoría.
6. Mejoramiento continuo del sistema de cumplimiento.

CAPÍTULO II

MARCO NORMATIVO

2.1 Fundamento Constitucional

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial encuentra su fundamento en la Constitución Política de Colombia, la cual establece que la función administrativa debe desarrollarse al servicio de los intereses generales y con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad.

En consecuencia, todos los servidores públicos del Hospital San Rafael E.S.E. tienen el deber de orientar sus actuaciones al interés general, administrar adecuadamente los recursos públicos y garantizar la transparencia en el ejercicio de sus funciones.

Los artículos 2, 6, 83, 90, 122, 123, 124, 209, 267, 268 y 269 de la Constitución constituyen el soporte constitucional del presente Programa.

2.2 Marco Legal

El Programa se desarrolla en cumplimiento de las siguientes disposiciones:

Constitución Política de Colombia: Principios de la función administrativa.

Ley 87 de 1993. Sistema de Control Interno.

Ley 80 de 1993. Contratación Estatal.

Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 489 de 1998. Organización de la Administración Pública.

Ley 734 de 2002. Código Disciplinario Único, como antecedente histórico.

Ley 1437 de 2011. Código de Procedimiento Administrativo.

Ley 1474 de 2011. Estatuto Anticorrupción. Introduce mecanismos para prevenir, investigar y sancionar la corrupción.

Ley 1712 de 2014. Ley de Transparencia.

Decreto 1081 de 2015. Reglamentario del Sector Presidencia.

Decreto 1083 de 2015. Sector Función Pública.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 6 de 64

Decreto 1499 de 2017. Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Ley 1778 de 2016. Responsabilidad administrativa por soborno transnacional.

Ley 1952 de 2019. Código General Disciplinario.

Ley 2013 de 2019. Declaración de Bienes y Rentas.

Ley 2195 de 2022. Fortalece la lucha contra la corrupción e incorpora el artículo 34-7 a la Ley 1474 de 2011, estableciendo la obligación de adoptar Programas de Transparencia y Ética Empresarial que incluyan mecanismos y normas internas de auditoría.

Circular Externa 202215100000053-5 de la Superintendencia Nacional de Salud. Establece lineamientos sectoriales sobre Programas de Transparencia y Ética Empresarial para las entidades vigiladas.

Decreto 0849 de 2026. Reglamenta los lineamientos mínimos que deberán observar las autoridades de inspección, vigilancia y control para la definición de los contenidos de los Programas de Transparencia y Ética Empresarial. El Decreto define el PTEE como un conjunto de políticas, métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, control, evaluación y mejoramiento continuo orientados a fomentar una cultura de cumplimiento, prevenir la corrupción y gestionar los riesgos asociados.

2.3 Articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial constituye un instrumento transversal del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y se articula especialmente con las siguientes políticas:

- Gestión Estratégica del Talento Humano.
 - Integridad.
 - Planeación Institucional.
 - Gestión Presupuestal.
 - Compras y Contratación Pública.
 - Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción.
 - Participación Ciudadana.
 - Servicio al Ciudadano.
 - Gestión Documental.
 - Control Interno.
 - Gestión del Conocimiento.
- Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional.

Esta integración garantiza que el PTEE no opere como un instrumento aislado, sino como parte del Sistema Institucional de Gestión.

2.4 Articulación con el Sistema Institucional de Control Interno

El PTEE se integrará con el Sistema de Control Interno mediante:

- Evaluación independiente.
- Auditorías internas.
- Seguimiento periódico.
- Planes de mejoramiento.
- Evaluación de controles.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 7 de 64

- Administración de riesgos.
- Monitoreo de indicadores.
- Evaluación de la eficacia del Programa.

De conformidad con el Decreto 0849 de 2026, la Oficina de Control Interno deberá incorporar dentro del Plan Anual de Auditoría la verificación del cumplimiento y eficacia del Programa.

CAPÍTULO III

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DEL PTEE

3.1 Política Institucional de Transparencia y Ética Empresarial

El Hospital San Rafael E.S.E. declara como política institucional que todas sus actuaciones deberán desarrollarse bajo criterios de integridad, transparencia, legalidad, eficiencia y responsabilidad, promoviendo una cultura organizacional de cero tolerancia frente a cualquier manifestación de corrupción, fraude, soborno, conflicto de interés o conducta contraria a la ética pública.

La Alta Dirección se compromete a proporcionar los recursos humanos, técnicos, tecnológicos y financieros necesarios para garantizar la adecuada implementación, operación, seguimiento y mejora continua del Programa.

3.2 Compromiso de la Alta Dirección

La Junta Directiva y la Gerencia manifiestan su compromiso expreso con el Programa mediante:

- Liderazgo visible.
- Ejemplo ético.
- Asignación de recursos.
- Aprobación de políticas.
- Seguimiento permanente.
- Evaluación periódica.
- Promoción de la cultura de cumplimiento.
- Rendición de cuentas sobre el funcionamiento del PTEE.

Este compromiso deberá evidenciarse en las decisiones institucionales, la asignación presupuestal y la incorporación del Programa dentro del direccionamiento estratégico del Hospital.

3.3 Principios Rectores del Programa

Las actuaciones derivadas del PTEE estarán orientadas por los siguientes principios:

- Integridad.
- Transparencia.
- Legalidad.
- Probidad.
- Honestidad.
- Responsabilidad.
- Imparcialidad.
- Objetividad.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 2 de 64

- Buena fe.
- Debida diligencia.
- Gestión basada en riesgos.
- Prevención.
- Mejora continua.
- Protección del interés público.

3.4 Objetivos Estratégicos del Programa

El Programa se implementará bajo seis objetivos estratégicos:

1. Consolidar una cultura institucional de integridad y cumplimiento.
2. Fortalecer la gestión preventiva de riesgos de corrupción.
3. Garantizar transparencia en la contratación y administración de recursos públicos.
4. Implementar mecanismos efectivos para la detección y gestión de conflictos de interés.
5. Fortalecer los mecanismos de denuncia, investigación y protección al denunciante.
6. Mejorar continuamente el desempeño institucional mediante auditorías, indicadores y evaluación permanente.

3.5 Modelo Institucional de Cumplimiento

El Hospital adoptará un modelo de cumplimiento basado en el ciclo de mejora continua (PHVA):

Planear: identificar riesgos, definir políticas y establecer controles.

Hacer: implementar procedimientos, capacitar al personal y ejecutar controles.

Verificar: realizar seguimiento, monitoreo, indicadores y auditorías internas.

Actuar: implementar acciones correctivas, preventivas y de mejora, fortaleciendo continuamente el Programa.

CAPÍTULO IV

GOBIERNO DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL (PTEE)

4.1 Modelo de Gobernanza

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial del Hospital San Rafael E.S.E. se desarrollará bajo un modelo de gobernanza que garantice liderazgo institucional, independencia funcional, articulación con el Sistema Institucional de Control Interno y mejora continua.

El modelo de gobernanza tendrá como propósito:

- Garantizar el compromiso de la Alta Dirección.
- Definir claramente las responsabilidades de cada nivel organizacional.
- Fortalecer la gestión preventiva de riesgos.
- Asegurar la independencia del seguimiento y la evaluación.
- Promover la cultura organizacional de integridad.
- Garantizar la trazabilidad de las decisiones.
- Facilitar la rendición de cuentas.

La estructura de gobierno del Programa estará conformada por:

- Junta Directiva.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 2 de 64

- Gerencia.
- Subgerencia Científica
- Subgerencia Administrativa y Financiera
- Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
- Oficina Asesora de Planeación.
- Oficina Asesora de Calidad.
- Oficina de Control Interno.
- Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
- Líderes de proceso.
- Supervisores e interventores.
- Servidores públicos.
- Contratistas.
- Proveedores y terceros.

4.2 Junta Directiva

La Junta Directiva constituye la máxima instancia de direccionamiento estratégico del Programa.

Son responsabilidades de la Junta Directiva:

1. Aprobar el Programa de Transparencia y Ética Empresarial.
2. Aprobar sus modificaciones.
3. Aprobar la política institucional de transparencia.
4. Aprobar la política antisoborno.
5. Aprobar la política antifraude.
6. Aprobar la política de conflictos de interés.
7. Verificar anualmente el estado del Programa.
8. Solicitar informes de seguimiento.
9. Promover una cultura de integridad.
10. Exigir el cumplimiento de las obligaciones derivadas del Programa.
11. Verificar que existan recursos suficientes para su implementación.
12. Hacer seguimiento al mapa institucional de riesgos de corrupción.
13. Analizar los resultados de auditoría relacionados con el Programa.
14. Promover acciones de mejora institucional.

4.3 Gerente

El Gerente es el principal responsable de la implementación del Programa.

Le corresponde:

- Liderar el Programa.
- Garantizar recursos.
- Expedir actos administrativos.
- Designar responsables.
- Promover la cultura ética.
- Ordenar investigaciones administrativas cuando corresponda.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 3 de 64

- Aprobar el Plan Anual de Implementación.
- Presentar informes a la Junta Directiva.
- Garantizar la actualización del Programa.
- Promover la articulación con MIPG.

4.4 Comité Institucional de Gestión y Desempeño

El Comité Institucional de Gestión y Desempeño será la instancia encargada de coordinar la implementación del Programa.

Además de las funciones previstas en el Decreto 1499 de 2017, tendrá las siguientes responsabilidades:

- Aprobar el plan operativo anual del PTEE.
- Revisar periódicamente el estado del Programa.
- Priorizar acciones de mejora.
- Revisar indicadores.
- Evaluar los resultados de la gestión del riesgo.
- Revisar los informes de auditoría.
- Recomendar actualizaciones.
- Hacer seguimiento al cronograma de implementación.
- Promover la articulación con las políticas de MIPG.

El Comité se reunirá como mínimo una vez por trimestre.

4.5 Oficina Asesora de Planeación

Será la dependencia coordinadora del Programa.

Sus funciones serán:

- Coordinar la implementación institucional.
- Administrar el cronograma.
- Consolidar indicadores.
- Actualizar el documento.
- Coordinar la administración del riesgo.
- Elaborar informes semestrales.
- Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento.
- Coordinar capacitaciones.
- Apoyar técnicamente a los procesos.

4.5 Oficina Asesora de Calidad

Será la dependencia coordinadora del Programa.

Será responsables de:

- Normalizar el documento.
- Identificar riesgos.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 4 de 64

- Actualizar controles.
- Gestionar planes de tratamiento.
- Reportar eventos de riesgo.
- Promover la cultura ética.
- Capacitar a su equipo.
- Verificar el cumplimiento de políticas.
- Reportar conflictos de interés.

4.6 Oficina Asesora de Control Interno

La Oficina Asesora de Control Interno ejercerá evaluación independiente del Programa.

Sus responsabilidades comprenden:

- Evaluar el diseño del Programa.
- Evaluar la implementación.
- Verificar el cumplimiento normativo.
- Verificar la eficacia de los controles.
- Realizar auditorías.
- Emitir recomendaciones.
- Hacer seguimiento a los planes de mejoramiento.
- Informar a la Alta Dirección.

De conformidad con el Decreto 0849 de 2026, la verificación del cumplimiento y la eficacia del PTEE deberán incorporarse al Plan Anual de Auditoría.

4.7 Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Este Comité ejercerá seguimiento estratégico al funcionamiento del Programa.

Entre otras funciones:

- Analizar informes de auditoría.
- Revisar la evolución de riesgos.
- Aprobar planes de mejoramiento.
- Verificar el cierre de hallazgos.
- Hacer seguimiento a recomendaciones de organismos de control.

4.8 Líderes de Proceso

Cada líder será responsable de:

- Identificar riesgos.
- Actualizar controles.
- Gestionar planes de tratamiento.
- Reportar eventos de riesgo.
- Promover la cultura ética.
- Capacitar a su equipo.
- Verificar el cumplimiento de políticas.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 5 de 64

- Reportar conflictos de interés.

4.9 Supervisores e Interventores

Los supervisores tendrán responsabilidades específicas dentro del PTEE.

Entre ellas:

- Verificar cumplimiento contractual.
- Detectar riesgos de fraude.
- Identificar posibles conflictos de interés.
- Vigilar la ejecución financiera.
- Reportar incumplimientos.
- Documentar hallazgos.
- Promover transparencia contractual.
- Aplicar procedimientos de debida diligencia durante la ejecución del contrato.

4.10 Servidores Públicos

Todos los servidores públicos deberán:

- Actuar conforme al Código de Integridad.
- Declarar conflictos de interés.
- Reportar actos irregulares.
- Proteger la información institucional.
- Participar en capacitaciones.
- Cumplir las políticas del Programa.
- Cooperar con auditorías.
- Promover la cultura de integridad.

El incumplimiento dará lugar a las actuaciones disciplinarias correspondientes.

4.11 Contratistas

Todo contratista deberá:

- Conocer el Programa.
- Suscribir compromiso de cumplimiento.
- Declarar conflictos de interés.
- Informar cambios relevantes durante la ejecución contractual.
- Permitir procesos de verificación.
- Colaborar en auditorías cuando sean requeridos.
- Abstenerse de ofrecer beneficios indebidos a servidores públicos.

4.12 Proveedores y demás terceros

Los terceros vinculados con el Hospital deberán observar los principios de integridad y transparencia previstos en este Programa.

Cuando la naturaleza del contrato o el análisis de riesgos lo justifiquen, el Hospital podrá exigir:

- Declaración de beneficiario final.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 6 de 64

- Verificación de antecedentes.
- Consulta en listas restrictivas.
- Certificación de inexistencia de sanciones por corrupción.
- Compromiso de cumplimiento ético.
- Declaración de ausencia de conflictos de interés

4.13 Las tres líneas de defensa del PTEE

Con el fin de fortalecer el sistema de control y asegurar una adecuada segregación de funciones, el Programa adoptará el modelo de las **Tres Líneas de Defensa**, recomendado por el Instituto de Auditores Internos (IIA) y coherente con el enfoque de gestión pública basado en riesgos:

Línea de defensa	Responsables	Función principal
Primera línea	Gerencia, líderes de proceso, supervisores y servidores públicos	Identificar, administrar y controlar los riesgos en la operación diaria.
Segunda línea	Oficina Asesora de Planeación, responsables del PTEE, Gestión del Riesgo, Talento Humano y Jurídica	Diseñar políticas, asesorar, monitorear el cumplimiento y coordinar la gestión del Programa.
Tercera línea	Oficina de Control Interno	Realizar evaluación independiente sobre el diseño, implementación y eficacia del PTEE, formulando recomendaciones para su mejora continua.

Este modelo fortalece la rendición de cuentas, evita duplicidades y mejora la capacidad institucional para prevenir hechos de corrupción.

4.14 Matriz RACI del Programa

Actividad	Junta Directiva	Gerente	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Planeación	Líderes de Proceso	Control Interno
Aprobar el PTEE	A	C	C	R	I	I
Actualizar el PTEE	I	A	C	R	C	I
Identificar riesgos	I	C	C	C	R	I

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Etica Empresarial	Página 7 de 64

Actividad	Junta Directiva	Gerente	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Planeación	Líderes de Proceso	Control Interno
Aprobar el mapa de riesgos	A	R	C	C	I	I
Ejecutar controles	I	C	I	C	R	I
Monitorear indicadores	I	C	A	R	C	I
Realizar auditorías	I	I	I	I	C	R
Formular planes de mejoramiento	I	A	C	R	R	C

Convenciones:

- **R (Responsible):** Ejecuta la actividad.
- **A (Accountable):** Tiene la responsabilidad final y toma decisiones.
- **C (Consulted):** Es consultado antes de decidir.
- **I (Informed):** Debe ser informado sobre los resultados.

CAPÍTULO V

GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, FRAUDE, SOBORNO Y CONFLICTOS DE INTERÉS

5.1 Política Institucional de Administración del Riesgo

El Hospital San Rafael E.S.E. adopta una política de administración integral de riesgos basada en la prevención, mediante la cual se compromete a identificar, analizar, valorar, tratar, monitorear y evaluar permanentemente aquellos eventos que puedan afectar el cumplimiento de su misión institucional, la prestación de los servicios de salud, la adecuada administración de los recursos públicos y la confianza de los grupos de interés.

La gestión del riesgo constituye una responsabilidad permanente de todos los servidores públicos, contratistas y terceros vinculados con la institución y forma parte del Sistema Institucional de Gestión y del Sistema de Control Interno.

La administración del riesgo se desarrollará bajo los principios de:

- Prevención.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 8 de 64

- Proporcionalidad.
- Integralidad.
- Autocontrol.
- Responsabilidad.
- Transparencia.
- Mejora continua.
- Trazabilidad.
- Evidencia documental.
- Gestión basada en riesgos.
-

5.2 Objetivos de la Gestión del Riesgo

El Hospital implementará la gestión del riesgo con los siguientes propósitos:

- Proteger los recursos públicos.
- Proteger la prestación del servicio de salud.
- Fortalecer la confianza ciudadana.
- Reducir la probabilidad de hechos de corrupción.
- Mejorar la toma de decisiones.
- Fortalecer el control interno.
- Incrementar la transparencia.
- Disminuir pérdidas económicas.
- Garantizar el cumplimiento normativo.
- Mejorar continuamente los procesos institucionales.

5.3 Alcance

La gestión del riesgo será obligatoria para:

- Procesos estratégicos.
- Procesos misionales.
- Procesos de apoyo.
- Procesos de evaluación.

Comprenderá todas las sedes del Hospital, puestos de salud, convenios, contratos, alianzas estratégicas y cualquier actividad desarrollada por la institución.

5.4 Categorías de Riesgos del PTEE

Para efectos del Programa, el Hospital administrará como mínimo las siguientes categorías:

A. Riesgos de corrupción

Conductas encaminadas al aprovechamiento indebido del cargo o de la función pública para obtener beneficios particulares.

Ejemplos:

- direccionamiento contractual;
- manipulación de estudios previos;

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 9 de 64

- pago de servicios no prestados;
- favorecimiento de proveedores;
- falsificación documental;
- uso indebido de bienes públicos.

B. Riesgos de fraude

Acciones u omisiones dirigidas a obtener ventajas económicas mediante engaño.

Ejemplos:

- doble facturación;
- alteración de historias clínicas;
- fraude en incapacidades;
- fraude contable;
- fraude financiero;
- apropiación de recursos.

C. Riesgos de soborno

Ofrecimiento, entrega, solicitud o aceptación de cualquier beneficio para obtener ventajas indebidas.

Incluye:

- dinero;
- regalos;
- viajes;
- hospedajes;
- favores;
- comisiones;
- beneficios laborales.

D. Riesgos de conflicto de interés

Situaciones en las cuales los intereses particulares pueden afectar la objetividad en la toma de decisiones.

E. Riesgos de opacidad

Prácticas que limitan la publicidad, trazabilidad y transparencia de las actuaciones administrativas.

F. Riesgos reputacionales

Eventos que afectan la imagen institucional.

G. Riesgos de incumplimiento

Incumplimiento de:

- leyes;
- decretos;
- reglamentos;
- políticas internas;

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Etica Empresarial	Página 10 de 64

- procedimientos.

H. Riesgos asociados a terceros

Relacionados con:

- proveedores;
- contratistas;
- operadores;
- cooperantes;
- aliados.

5.5 Metodología Institucional para la Gestión del Riesgo

El Hospital adoptará la siguiente metodología:

ETAPA 1

Contexto

Cada líder deberá analizar:

- contexto interno;
- contexto externo;
- grupos de interés;
- procesos críticos;
- objetivos.

ETAPA 2

Identificación

Para cada proceso deberán identificarse:

Evento
↓
Causas
↓
Consecuencias
↓
Controles existentes
↓
Riesgo residual

Las fuentes de identificación incluirán:

- auditorías;
- hallazgos;
- denuncias;
- PQRSD;
- investigaciones disciplinarias;

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Etica Empresarial	Página 11 de 64

- investigaciones fiscales;
- procesos judiciales;
- análisis de prensa;
- informes de organismos de control.

ETAPA 3

Análisis

Cada riesgo será analizado considerando:

Probabilidad
 Impacto
 Velocidad de ocurrencia
 Frecuencia
 Controles existentes
 Vulnerabilidad

ETAPA 4

Valoración

Se clasificará el riesgo en:

- Bajo.
- Moderado.
- Alto.
- Extremo.

La valoración se realizará antes y después de aplicar los controles existentes, permitiendo determinar el riesgo residual.

ETAPA 5

Tratamiento

Dependiendo del nivel del riesgo, el Hospital podrá:

Aceptar.
 Reducir.
 Compartir.
 Evitar.
 Eliminar.

Cada riesgo contará con un plan de tratamiento que definirá responsables, actividades, recursos, plazos e indicadores.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 12 de 64

ETAPA 6

Monitoreo

Los líderes de proceso revisarán trimestralmente el estado de los riesgos y reportarán a la Oficina Asesora de Planeación los cambios en su valoración, controles y acciones implementadas.

ETAPA 7

Mejora Continua

La administración del riesgo será objeto de evaluación permanente mediante auditorías internas, indicadores, planes de mejoramiento y revisión anual del mapa institucional de riesgos.

5.6 Apetito y Tolerancia al Riesgo

El Hospital define el siguiente criterio institucional:

Nivel de Riesgo	Apetito Institucional	Tratamiento
Bajo	Aceptable	Monitoreo
Moderado	Bajo	Plan de tratamiento y seguimiento
Alto	No aceptable	Controles adicionales y seguimiento mensual
Extremo	Cero tolerancia	Intervención inmediata por la Gerencia

Los riesgos clasificados como **Altos** o **Extremos** deberán informarse al Comité Institucional de Gestión y Desempeño y a la Gerencia para la adopción de medidas correctivas.

5.7 Factores de Riesgo Institucional

Los principales factores que pueden incrementar la exposición del Hospital son:

- Alta contratación de bienes y servicios.
- Manejo de recursos públicos.
- Compras de medicamentos e insumos.
- Contratación de talento humano.
- Administración de inventarios.
- Gestión de caja menor.
- Gestión documental.
- Sistemas de información.
- Acceso a historias clínicas.
- Donaciones.
- Convenios interadministrativos.
- Interacción permanente con usuarios y proveedores.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 13 de 64

5.8 Señales de Alerta (Red Flags)

Con el propósito de fortalecer la detección temprana de eventos de corrupción, fraude y soborno, el Hospital adoptará un sistema de señales de alerta que deberán ser analizadas por los líderes de proceso y reportadas oportunamente.

Se consideran, entre otras, las siguientes:

Contratación

- Estudios previos idénticos para objetos diferentes.
- Especificaciones técnicas dirigidas a un único proveedor.
- Fraccionamiento de contratos.
- Incrementos injustificados en el valor contractual.
- Adiciones sucesivas sin soporte técnico.
- Cambios frecuentes del supervisor.

Tesorería y Contabilidad

- Pagos duplicados.
- Transferencias a cuentas diferentes de las registradas.
- Modificaciones extemporáneas de datos bancarios.
- Conciliaciones bancarias con diferencias recurrentes.
- Comprobantes sin soportes.

Talento Humano

- Novedades de nómina sin acto administrativo.
- Horas extras reiteradas sin justificación.
- Vinculación de familiares sin verificar posibles conflictos de interés.
- Incompatibilidades o inhabilidades no declaradas.

Almacén y Farmacia

- Diferencias recurrentes entre inventario físico y sistema.
- Medicamentos de alto costo sin trazabilidad.
- Pérdidas reiteradas de insumos.
- Ajustes manuales frecuentes en inventarios.

Atención al Usuario

- Quejas reiteradas por cobros indebidos.
- Preferencias injustificadas en asignación de citas.
- Alteración del orden de atención.
- Solicitudes de beneficios personales por parte de servidores públicos.

Estas señales no constituyen prueba de irregularidad, pero sí generan la obligación de verificar los hechos y adoptar medidas preventivas cuando corresponda.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 14 de 64

CAPÍTULO VI

MATRIZ INSTITUCIONAL DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, FRAUDE, SOBORNO Y CONFLICTOS DE INTERÉS

6.1 Objetivo

La Matriz Institucional de Riesgos del Programa de Transparencia y Ética Empresarial tiene como finalidad identificar, valorar, controlar y monitorear los riesgos que puedan afectar la transparencia, la ética pública, el cumplimiento normativo y la adecuada administración de los recursos públicos del Hospital San Rafael E.S.E.

La matriz constituye un instrumento dinámico que deberá revisarse como mínimo una vez al año o cuando se presenten cambios relevantes en el contexto institucional, modificaciones normativas, resultados de auditorías, investigaciones o materialización de riesgos.

6.2 Estructura de la Matriz

Cada riesgo contendrá, como mínimo:

- Código.
- Proceso.
- Objetivo del proceso.
- Riesgo.
- Causas.
- Consecuencias.
- Tipo de riesgo.
- Probabilidad.
- Impacto.
- Nivel de riesgo inherente.
- Controles existentes.
- Riesgo residual.
- Acciones de tratamiento.
- Responsable.
- Indicadores.
- Frecuencia de seguimiento.
- Evidencias.

MATRIZ INSTITUCIONAL DE RIESGOS

PROCESO DE CONTRATACIÓN

Riesgo RC-01: Direccionamiento de procesos contractuales para favorecer un proveedor específico.

Causas

- Estudios previos deficientes.
- Especificaciones técnicas direccionadas.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Etica Empresarial	Página 15 de 64

- Presión externa.
- Conflictos de interés no declarados.

Consecuencias

- Hallazgos fiscales.
- Investigaciones disciplinarias.
- Detrimento patrimonial.
- Pérdida de confianza institucional.

Controles

- Comité de Contratación.
- Revisión jurídica.
- Publicidad.
- Supervisión.

Tratamiento

- Revisión independiente de estudios previos.
- Lista de verificación obligatoria.
- Declaración de conflicto de interés.

Responsable: Contratación.

Riesgo RC-02: Fraccionamiento de contratos para evadir procedimientos de selección.

Controles

- Verificación del Plan Anual de Adquisiciones.
- Revisión presupuestal.
- Control Jurídico.

Indicador: Número de contratos fraccionados detectados. Meta: 1

Riesgo RC-03: Modificación injustificada de contratos.

Riesgo RC-04: Sobrecostos en adquisiciones.

Riesgo RC-05: Recepción de dádivas por parte de supervisores.

Riesgo RC-06: Manipulación de evaluaciones de ofertas.

PROCESO FINANCIERO

Riesgo RF-01: Pagos por bienes o servicios no recibidos.

Controles

- Certificación de supervisión.
- Acta de recibido.
- Verificación presupuestal.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 16 de 64

Riesgo RF-02: Pago duplicado.

Riesgo RF-03: Alteración de cuentas bancarias de proveedores.

Riesgo RF-04: Uso indebido de caja menor.

Riesgo RF-05: Manipulación de conciliaciones bancarias.

Riesgo RF-06: Ocultamiento de información financiera.

TALENTO HUMANO

Riesgo RH-01: Nombramientos con conflicto de interés.

Riesgo RH-02: Favorecimiento en procesos de selección.

Riesgo RH-03: Pago de horas extras inexistentes.

Riesgo RH-04: Alteración de novedades de nómina.

Riesgo RH-05: Falsificación documental en hojas de vida.

Riesgo RH-06: Capacitaciones ficticias.

ALMACÉN

Riesgo RA-01: Hurto de medicamentos.

Riesgo RA-02: Salida de insumos sin autorización.

Riesgo RA-03: Alteración de inventarios.

Riesgo RA-04: Vencimiento de medicamentos por mala rotación.

Riesgo RA-05: Pérdida de equipos biomédicos.

FARMACIA

Riesgo RFM-01: Entrega de medicamentos sin soporte.

Riesgo RFM-02: Manipulación de inventarios.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 17 de 64

Riesgo RFM-03: Sustracción de medicamentos de control especial.

Riesgo RFM-04: Fraude en dispensación.

FACTURACIÓN

Riesgo RFA-01: Facturación de servicios no prestados.

Riesgo RFA-02: Duplicidad de facturación.

Riesgo RFA-03: Alteración de RIPS.

Riesgo RFA-04: Manipulación de glosas.

CARTERA

Riesgo RCAR-01: Ocultamiento de recaudos.

Riesgo RCAR-02: Manipulación de acuerdos de pago.

Riesgo RCAR-03: Favorecimiento indebido a deudores.

SISTEMAS

Riesgo RS-01: Acceso no autorizado a historias clínicas.

Riesgo RS-02: Manipulación de bases de datos.

Riesgo RS-03: Filtración de información reservada.

Riesgo RS-04: Suplantación de identidad digital.

Riesgo RS-05: Ataques informáticos.

ATENCIÓN AL USUARIO

Riesgo RU-01: Cobros indebidos.

Riesgo RU-02: Favorecimiento en asignación de citas.

Riesgo RU-03: Ocultamiento de PQRSD.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 18 de 64

Riesgo RU-04: Alteración del orden de atención.

GESTIÓN DOCUMENTAL

Riesgo RD-01: Destrucción de documentos.

Riesgo RD-02: Alteración de expedientes.

Riesgo RD-03: Pérdida de documentos contractuales.

ALTA DIRECCIÓN

Riesgo RAD-01: Conflictos de interés no declarados.

Riesgo RAD-02: Incumplimiento del Programa.

Riesgo RAD-03: Falta de seguimiento por la Alta Dirección.

CONTROL INTERNO

Riesgo RCI-01: No realizar auditorías al Programa.

Riesgo RCI-02: No efectuar seguimiento a planes de mejoramiento.

6.3 Riesgos Emergentes

Además de los riesgos tradicionales, el Hospital administrará los siguientes riesgos emergentes:

Inteligencia Artificial

- Manipulación de información mediante IA.
- Elaboración de documentos falsos.
- Suplantación mediante contenido generado por IA.
- Uso no autorizado de herramientas de IA con datos institucionales.

Ciberseguridad

- Ransomware.
- Phishing.
- Robo de credenciales.
- Ataques a la infraestructura tecnológica.

Protección de Datos

- Filtración de historias clínicas.
- Acceso indebido a datos sensibles.
- Incumplimiento de la Ley 1581 de 2012.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 19 de 64

- Divulgación no autorizada de información reservada.

Riesgos ESG (Ambientales, Sociales y de Gobernanza)

- Incumplimiento de obligaciones ambientales.
- Deficiente gestión de residuos hospitalarios.
- Prácticas discriminatorias.
- Afectación de derechos de usuarios.
- Falencias en el gobierno corporativo.

6.4 Mapa Institucional de Calor del Riesgo

Como herramienta de priorización, el Hospital clasificará los riesgos según su nivel de impacto y probabilidad:

Nivel	Color	Criterio	Acción requerida
Extremo	Rojo	Riesgo crítico que compromete recursos públicos o la continuidad del servicio	Intervención inmediata por la Gerencia y seguimiento mensual.
Alto	Naranja	Riesgo significativo con alta probabilidad o impacto	Plan de tratamiento prioritario y seguimiento trimestral.
Moderado	Amarillo	Riesgo controlable con efectos limitados	Fortalecimiento de controles y seguimiento semestral.
Bajo	Verde	Riesgo residual aceptable	Monitoreo anual y mantenimiento de controles.

La representación gráfica del mapa de calor hará parte de los anexos del Programa y será utilizada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño para priorizar acciones y recursos.

6.5 Integración con la Gestión Institucional del Riesgo

La matriz del PTEE no operará de manera independiente. Se integrará con:

- La Política de Administración del Riesgo del Hospital.
- El Mapa Institucional de Riesgos.
- El Sistema de Control Interno.
- El Programa Anual de Auditoría.
- El Plan Estratégico Institucional.
- El Plan de Acción Institucional.
- El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, o el instrumento que haga sus veces.
- El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), cuando los riesgos afecten la calidad y seguridad de la atención.

Esta integración evitará duplicidades, facilitará el seguimiento y permitirá que los riesgos de transparencia y ética empresarial formen parte del modelo integral de gestión del Hospital.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 20 de 64

CAPÍTULO VII

SISTEMA INSTITUCIONAL DE DEBIDA DILIGENCIA

7.1 Objetivo

El Sistema Institucional de Debita Diligencia tiene por objeto establecer el conjunto de políticas, procedimientos, controles y mecanismos destinados a conocer, evaluar, verificar y monitorear a las personas naturales y jurídicas que mantengan relaciones contractuales, comerciales, asistenciales, académicas o de cooperación con el Hospital San Rafael E.S.E., con el fin de prevenir riesgos de corrupción, fraude, soborno, conflictos de interés, opacidad y demás conductas que puedan afectar la integridad institucional.

La Debita Diligencia constituye un mecanismo preventivo orientado a garantizar que las relaciones con terceros se desarrollen bajo principios de legalidad, transparencia, integridad, responsabilidad y buena fe.

7.2 Alcance

El presente Sistema será obligatorio para todas las relaciones institucionales con:

- Proveedores de bienes.
- Prestadores de servicios.
- Contratistas.
- Consultores.
- Interventores.
- Supervisores externos.
- Operadores logísticos.
- Cooperantes nacionales e internacionales.
- Donantes.
- Patrocinadores.
- Instituciones de educación superior.
- Entidades financieras.
- Organizaciones sin ánimo de lucro.
- Personas jurídicas privadas.
- Personas naturales contratistas.
- Consorcios.
- Uniones temporales.
- Aliados estratégicos.

Demás terceros vinculados con el Hospital.

7.3 Principios de la Debita Diligencia

La Debita Diligencia se desarrollará bajo los siguientes principios:

- Legalidad.
- Transparencia.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 21 de 64

- Proporcionalidad.
- Gestión basada en riesgos.
- Buena fe.
- Objetividad.
- Confidencialidad.
- Trazabilidad.
- No discriminación.
- Mejora continua.
- Prevención

7.4 Objetivos Específicos

El Sistema permitirá:

- Conocer adecuadamente a las contrapartes.
- Identificar riesgos antes de contratar.
- Detectar conflictos de interés.
- Verificar antecedentes.
- Identificar beneficiarios finales cuando corresponda.
- Fortalecer la transparencia contractual.
- Reducir riesgos reputacionales.
- Evitar relaciones con terceros sancionados por corrupción.
- Fortalecer la confianza institucional.
- Cumplir los estándares del Programa de Transparencia y Ética Empresarial.

7.5 Enfoque Basado en Riesgos

La intensidad de la Debida Diligencia dependerá del nivel de riesgo asociado a cada tercero.

Para tal efecto el Hospital clasificará las contrapartes en cuatro categorías.

Nivel	Clasificación	Tipo de revisión
I	Riesgo Bajo	Debida diligencia simplificada
II	Riesgo Medio	Debida diligencia estándar
III	Riesgo Alto	Debida diligencia reforzada
IV	Riesgo Crítico	Debida diligencia intensificada con aprobación de la Gerencia

La clasificación considerará, entre otros criterios:

- Valor económico del contrato.
- Objeto contractual.
- Duración.
- Complejidad técnica.
- Acceso a recursos públicos.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 22 de 64

- Acceso a información reservada.
- Interacción con pacientes.
- Riesgo reputacional.
- Hallazgos previos.

Antecedentes disciplinarios, fiscales o penales.

7.6 Procedimiento General de Debida Diligencia

La Debida Diligencia comprenderá las siguientes etapas:

Etapas 1. Identificación de la contraparte

El responsable del proceso deberá recopilar la información básica del tercero:

- Nombre o razón social.
- NIT o documento de identidad.
- Representante legal.
- Dirección.
- Correo electrónico.
- Teléfono.
- Actividad económica.
- Objeto social.
- Certificado de existencia y representación legal (cuando aplique).
- Registro Único Tributario (RUT).

Etapas 2. Verificación documental

Se verificará la autenticidad y vigencia de la documentación presentada.

Como mínimo se revisarán:

- Cámara de Comercio.
- RUT.
- Certificaciones tributarias.
- Certificaciones bancarias.
- Certificaciones laborales cuando corresponda.

Documentos habilitantes para contratar.

Etapas 3. Consulta de antecedentes

Previo a la contratación deberán verificarse, cuando resulte aplicable:

- Antecedentes disciplinarios.
- Antecedentes fiscales.
- Antecedentes judiciales.
- Registro Nacional de Medidas Correctivas.
- Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM), cuando la normatividad lo exija.
- Inhabilidades e incompatibilidades.
- Sanciones contractuales.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 23 de 64

- Registro Nacional de Abogados Sancionados (si aplica al objeto contractual).
- Otras bases de datos oficiales que resulten pertinentes.

Las consultas deberán conservarse como soporte del expediente contractual.

7.7 Identificación del Beneficiario Final

Cuando la naturaleza del negocio jurídico lo amerite, especialmente en contratos de alto impacto económico, convenios de cooperación o relaciones con personas jurídicas complejas, el Hospital podrá requerir la identificación del beneficiario final, entendiendo por tal la persona natural que ejerce el control efectivo o recibe el beneficio económico principal de la operación.

Esta información se utilizará exclusivamente para fines de prevención de riesgos y será tratada conforme a la legislación sobre protección de datos personales.

7.8 Declaración de Integridad

Todo contratista, proveedor o tercero clasificado con riesgo medio, alto o crítico deberá suscribir una Declaración de Integridad mediante la cual manifieste, bajo gravedad de juramento, entre otros aspectos, que:

- No ha sido condenado por delitos contra la administración pública.
- No ha ofrecido ni ofrecerá sobornos.
- No entregará dádivas o beneficios indebidos a servidores públicos del Hospital.
- Actuará conforme a la legislación colombiana y a las políticas institucionales.
- Informará oportunamente cualquier conflicto de interés que surja durante la ejecución del contrato.

7.9 Declaración de Conflictos de Interés

Antes de la suscripción del contrato, y durante su ejecución cuando sobrevengan nuevas circunstancias, el tercero deberá declarar la existencia o inexistencia de conflictos de interés.

La declaración comprenderá, entre otros aspectos:

- Vínculos familiares con servidores públicos del Hospital.
- Relaciones comerciales que puedan comprometer la imparcialidad.
- Participación en sociedades relacionadas con el objeto contractual.
- Intereses económicos concurrentes.
- Cualquier otra situación que pueda afectar la objetividad o independencia.

La omisión de información o la declaración falsa podrá dar lugar a las acciones administrativas, contractuales o legales correspondientes.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	

Página 24 de 64

7.10 Evaluación del Riesgo de la Contraparte

Con base en la información recopilada, el líder del proceso efectuará una valoración integral considerando, como mínimo, los siguientes factores:

Factor	Criterio de evaluación
Riesgo legal	Existencia de sanciones, procesos o inhabilidades.
Riesgo reputacional	Información pública negativa, antecedentes relevantes.
Riesgo financiero	Solvencia y capacidad económica.
Riesgo operativo	Capacidad técnica y experiencia.
Riesgo de integridad	Existencia de conflictos de interés o incumplimientos previos.
Riesgo contractual	Complejidad, duración y valor del contrato.

La valoración determinará el nivel de Debida Diligencia aplicable y las medidas de control adicionales que deban implementarse.

7.11 Debida Diligencia Reforzada

Cuando una contraparte sea clasificada con riesgo alto o crítico, el Hospital implementará controles adicionales, entre ellos:

- Revisión jurídica especializada.
- Concepto de la Oficina Asesora de Planeación.
- Concepto del Comité de Contratación cuando corresponda.
- Verificación ampliada de antecedentes.
- Validación de referencias comerciales.
- Análisis de capacidad financiera.
- Revisión del historial contractual con entidades públicas.
- Aprobación expresa de la Gerencia antes de la celebración del contrato.

7.12 Monitoreo Continuo

La Debida Diligencia no finalizará con la celebración del contrato. Durante la ejecución contractual se realizará seguimiento para verificar:

- Cambios en la representación legal.
- Modificaciones en la composición societaria, cuando sean relevantes.
- Aparición de sanciones o inhabilidades.
- Materialización de conflictos de interés.
- Incumplimientos contractuales.
- Hallazgos de auditoría.
- Denuncias o investigaciones relacionadas con la contraparte.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 25 de 64

Cuando se identifiquen cambios que incrementen el nivel de riesgo, el Hospital actualizará la evaluación y podrá adoptar medidas preventivas, correctivas o, si es del caso, las acciones contractuales previstas en la ley y en el contrato.

7.13 Conservación de la Información

Toda la documentación generada en el proceso de Debida Diligencia formará parte del expediente contractual y deberá conservarse conforme a las Tablas de Retención Documental del Hospital y a las disposiciones sobre gestión documental, garantizando la confidencialidad, integridad, disponibilidad y trazabilidad de la información.

Política Institucional de Debida Diligencia

El Hospital San Rafael E.S.E. declara que ninguna relación contractual, comercial, académica o de cooperación podrá establecerse o mantenerse cuando existan evidencias suficientes de riesgos inaceptables de corrupción, fraude, soborno, conflictos de interés, inhabilidades, incompatibilidades o cualquier otra circunstancia que comprometa la legalidad, la transparencia o la integridad institucional. Todas las decisiones derivadas de la Debida Diligencia deberán ser proporcionales al nivel de riesgo identificado, estar debidamente documentadas y ser objeto de seguimiento y mejora continua, garantizando el equilibrio entre la prevención de riesgos y la eficiencia de la gestión pública.

CAPÍTULO VIII

SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

8.1 Objetivo

Establecer el conjunto de políticas, procedimientos, responsabilidades, controles y mecanismos institucionales para identificar, declarar, evaluar, gestionar, monitorear y registrar los conflictos de interés que puedan presentarse en el Hospital San Rafael E.S.E., con el fin de garantizar la transparencia, la imparcialidad, la objetividad y la prevalencia del interés general sobre cualquier interés particular.

Este Sistema hace parte integral del Programa de Transparencia y Ética Empresarial y se articula con el Código de Integridad, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Sistema Institucional de Control Interno y la Política de Administración del Riesgo.

8.2 Alcance

El Sistema será de obligatorio cumplimiento para:

- Miembros de la Junta Directiva.
- Gerente.
- Subgerentes.
- Jefes de Oficina.
- Líderes de proceso.
- Servidores públicos.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 26 de 64

- Trabajadores oficiales.
- Contratistas.
- Supervisores e interventores.
- Integrantes de comités institucionales.
- Evaluadores de ofertas.

Personal que intervenga en procesos de contratación, selección de personal, supervisión contractual, manejo financiero, adquisición de bienes y cualquier decisión administrativa susceptible de generar un conflicto de interés.

8.3 Política Institucional de Gestión de Conflictos de Interés

El Hospital San Rafael E.S.E. declara que todas las actuaciones de sus servidores públicos, contratistas y demás colaboradores deberán orientarse exclusivamente al interés público, actuando con independencia, objetividad, imparcialidad y transparencia.

Ninguna persona podrá participar en decisiones, actuaciones administrativas, contractuales, financieras, asistenciales o de supervisión cuando exista un interés personal, familiar, económico, político, profesional o de cualquier otra naturaleza que pueda comprometer o aparentar comprometer la objetividad de su actuación.

La declaración oportuna de un conflicto de interés constituye una obligación ética y administrativa. La omisión de dicha declaración, la entrega de información falsa o la participación en actuaciones estando incurso en un conflicto de interés podrá dar lugar a las acciones disciplinarias, fiscales, contractuales o penales a que haya lugar.

El Hospital adoptará una política de **cero represalias** frente a quienes declaren de buena fe un conflicto de interés, entendiendo que la identificación temprana fortalece la integridad institucional.

8.4 Principios

La gestión de conflictos de interés se regirá por los siguientes principios:

- Primacía del interés general.
- Transparencia.
- Imparcialidad.
- Independencia.
- Buena fe.
- Objetividad.
- Prevención.
- Responsabilidad.
- Confidencialidad.
- Oportunidad.
- Trazabilidad.
- Publicidad, cuando la ley lo permita.
- Debido proceso.
- Mejora continua.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 27 de 64

8.5 Definiciones

Conflicto de interés

Situación en la cual los intereses personales, familiares, económicos, profesionales, políticos o de cualquier otra índole de un servidor público, contratista o colaborador pueden influir, influir aparentemente o comprometer la imparcialidad de una decisión o actuación institucional.

Conflicto real

Existe cuando el interés particular afecta efectivamente la decisión o actuación.

Conflicto potencial

Existe cuando, dadas las circunstancias, el conflicto aún no se ha materializado, pero podría presentarse razonablemente.

Conflicto aparente

Se presenta cuando, aun sin existir un conflicto real, un tercero razonable podría percibir que la independencia o imparcialidad de la actuación está comprometida.

Interés privado

Todo beneficio económico, patrimonial, profesional, familiar, político o de otra naturaleza que favorezca al servidor público, contratista o a personas con quienes tenga vínculos relevantes.

8.6 Tipología de los Conflictos de Interés

El Hospital reconoce, entre otros, los siguientes tipos:

A. Económicos

- Participación accionaria.
- Inversiones.
- Intereses financieros.
- Comisiones.
- Bonificaciones.

B. Familiares

- Cónyuge.
- Compañero permanente.
- Padres.
- Hijos.
- Hermanos.
- Abuelos.
- Nietos.
- Suegros.
- Cuñados.

Otros parientes dentro de los grados previstos en la normativa aplicable.

C. Contractuales

- Participación en empresas contratistas.
- Asesorías privadas relacionadas con el objeto institucional.
- Subcontratación con familiares o personas vinculadas.

D. Profesionales

- Ejercicio simultáneo de actividades incompatibles.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 28 de 64

- Asesorías externas que comprometan la independencia.
- Docencia o consultorías que interfieran con las funciones del cargo.

E. Políticos

- Participación en decisiones que favorezcan intereses políticos particulares.
- Influencia indebida derivada de relaciones con autoridades o dirigentes.

F. Institucionales

- Participación en decisiones sobre procesos en los que el servidor tuvo intervención previa con un interés diferente.
- Actuaciones en beneficio de dependencias o proyectos bajo su responsabilidad sin la debida objetividad.

8.7 Situaciones que Deben Declararse

Sin perjuicio de otras que puedan presentarse, deberán declararse:

- Participación en la evaluación de ofertas cuando exista relación con un proponente.
- Supervisión de contratos celebrados con familiares o personas vinculadas.
- Participación en procesos de selección de personal cuando exista relación de parentesco o afinidad.
- Decisiones sobre pagos, reconocimientos o beneficios que favorezcan a personas con vínculos personales.
- Recepción de regalos, invitaciones, hospitalidades o beneficios que puedan afectar la independencia.
- Intervención en decisiones sobre empresas en las que se tenga participación económica.
- Cualquier circunstancia que pueda generar una percepción razonable de falta de imparcialidad.

8.8 Obligaciones de los Servidores Públicos y Contratistas

Todos los sujetos obligados deberán:

- Identificar oportunamente posibles conflictos de interés.
- Declararlos de manera completa y veraz.
- Abstenerse de intervenir mientras se decide el trámite correspondiente.
- Actualizar la declaración cuando cambien las circunstancias.
- Cooperar con las verificaciones institucionales.
- Mantener la confidencialidad de la información obtenida durante el proceso.

8.9 Procedimiento para la Declaración y Gestión de Conflictos de Interés

Etapas 1. Identificación

El servidor público o contratista deberá evaluar de manera permanente si existe alguna circunstancia que pueda afectar su imparcialidad.

Etapas 2. Declaración

Cuando identifique un posible conflicto, diligenciará el **Formato Institucional de Declaración de Conflictos de Interés**, que deberá contener, como mínimo:

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 29 de 64

- Datos del declarante.
- Cargo o contrato.
- Dependencia.
- Descripción de la situación.
- Personas involucradas.
- Tipo de conflicto.
- Fecha de ocurrencia.
- Actuaciones relacionadas.
- Manifestación bajo gravedad de juramento.

Firma

La declaración deberá presentarse:

- Al momento de la posesión o suscripción del contrato.
- Anualmente, como actualización.
- Antes de participar en decisiones susceptibles de generar conflicto.
- Inmediatamente cuando sobrevenga una nueva situación.

Etapa 3. Recepción y Registro

La Oficina Asesora de Planeación, como coordinadora del PTEE, recibirá la declaración y la incorporará en el **Registro Institucional de Conflictos de Interés**, asignándole un número consecutivo y garantizando la reserva de la información.

Etapa 4. Evaluación

El Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con apoyo de la Oficina Jurídica cuando corresponda, analizará:

- La naturaleza del conflicto.
- Su impacto.
- El nivel de riesgo.
- Las funciones comprometidas.
- Las medidas de mitigación aplicables.

Etapa 5. Decisión

Como resultado de la evaluación, podrá adoptarse alguna de las siguientes medidas:

- Autorizar la continuidad de la actuación por inexistencia de conflicto.
- Ordenar la abstención del servidor o contratista.
- Designar un reemplazo para la actuación específica.
- Redistribuir funciones.
- Implementar controles adicionales.
- Recomendar la terminación o modificación del vínculo contractual cuando la situación lo amerite.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 30 de 64

Etapa 6. Seguimiento

La Oficina Asesora de Planeación verificará el cumplimiento de las medidas adoptadas y mantendrá actualizado el registro institucional.

8.10 Registro Institucional de Conflictos de Interés

El Hospital administrará un registro único que contendrá, como mínimo:

- Número consecutivo.
- Fecha de recepción.
- Nombre del declarante.
- Cargo o calidad.
- Dependencia.
- Tipo de conflicto.
- Nivel de riesgo.
- Estado del trámite.
- Medidas adoptadas.
- Fecha de cierre.

Observaciones. El registro será de acceso restringido y estará sujeto a las normas sobre protección de datos personales y reserva de la información.

8.11 Impedimentos y Recusaciones

Cuando un servidor público considere que se encuentra incurso en una causal que comprometa su imparcialidad, deberá declararse impedido antes de intervenir en la actuación correspondiente.

Cualquier interesado podrá presentar recusación debidamente motivada cuando considere que existe un conflicto de interés que no haya sido declarado.

Las solicitudes de impedimento y recusación serán resueltas conforme al marco jurídico aplicable y a los procedimientos internos del Hospital, garantizando el debido proceso, la imparcialidad y la oportunidad en la decisión.

8.12 Seguimiento y Control

La Oficina Asesora de Planeación elaborará un informe semestral que incluirá:

- Número de declaraciones recibidas.
- Tipología de los conflictos identificados.
- Medidas adoptadas.
- Estado de los casos.
- Riesgos recurrentes.
- Recomendaciones de mejora.

La Oficina Asesora de Control Interno verificará, en el marco de sus auditorías, el cumplimiento de la política y la eficacia de los controles implementados.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 31 de 64

ANEXOS DEL SISTEMA

Se incorporarán como anexos normalizados del Programa los siguientes formatos:

Anexo 1. Declaración de Conflictos de Interés

Campos mínimos:

- Identificación del declarante.
- Cargo o contrato.
- Dependencia.
- Descripción del conflicto.
- Personas relacionadas.
- Fecha de ocurrencia.
- Actuaciones comprometidas.
- Medidas propuestas por el declarante.
- Declaración bajo gravedad de juramento.
- Firma y fecha.

Anexo 2. Matriz de Evaluación de Conflictos de Interés

Código	Tipo de conflicto	Probabilidad	Impacto	Nivel de riesgo	Medidas de tratamiento	Responsable	Estado
--------	-------------------	--------------	---------	-----------------	------------------------	-------------	--------

Anexo 3. Registro Institucional de Conflictos de Interés

Formato de control con consecutivo, trazabilidad y estado de cada caso.

Anexo 4. Acta de Evaluación de Conflictos de Interés

Documento para registrar el análisis, las consideraciones y la decisión adoptada por la instancia competente.

Anexo 5. Declaración Anual de Ausencia de Conflictos de Interés

Formato que deberán diligenciar anualmente los servidores públicos y, cuando corresponda, los contratistas con responsabilidades críticas.

Anexo 6. Lista de Verificación para Procesos Contractuales

Instrumento de control previo para que supervisores y responsables de contratación validen la inexistencia de conflictos de interés antes de iniciar el proceso, durante la evaluación de ofertas y en la ejecución contractual.

Este Sistema Integral proporciona un marco preventivo, documentado y auditable para gestionar los conflictos de interés, fortaleciendo la integridad institucional y la confianza en las decisiones del Hospital, en armonía con los principios del PTEE y las obligaciones derivadas del marco normativo vigente.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 32 de 64

CAPÍTULO IX

SISTEMA INTEGRAL ANTISOBORNO, ANTIFRAUDE Y ANTICORRUPCIÓN

9.1 Objetivo

Establecer las políticas, procedimientos, controles y mecanismos institucionales destinados a prevenir, detectar, investigar y responder oportunamente frente a hechos de corrupción, fraude, soborno, apropiación indebida de recursos públicos, enriquecimiento ilícito, tráfico de influencias y cualquier conducta que comprometa la integridad institucional del Hospital San Rafael E.S.E.

9.2 Política Institucional de Cero Tolerancia

El Hospital San Rafael E.S.E. adopta una política de **Cero Tolerancia frente a la Corrupción**, mediante la cual manifiesta su compromiso de prevenir, detectar y sancionar cualquier conducta que atente contra la legalidad, la ética pública, la transparencia, la moralidad administrativa y el patrimonio público.

En consecuencia:

- Ningún servidor público podrá solicitar, recibir, ofrecer o aceptar beneficios indebidos.
- Ningún contratista podrá ofrecer incentivos para obtener ventajas.
- Ningún proveedor podrá entregar regalos o comisiones para influir en decisiones institucionales.
- Ningún tercero podrá utilizar su relación con el Hospital para obtener beneficios particulares.
- Esta política aplica sin excepción a todos los niveles de la organización.

9.3 Alcance

Comprende todas las actividades relacionadas con:

- Contratación.
- Compras.
- Tesorería.
- Presupuesto.
- Contabilidad.
- Facturación.
- Cartera.
- Talento Humano.
- Farmacia.
- Almacén.
- Activos fijos.
- Sistemas de información.
- Atención al usuario.
- Convenios.
- Donaciones.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Etica Empresarial	Página 33 de 64

- Cooperación.
- Investigación.
- Docencia.
- Gestión documental.

9.4 Conductas Prohibidas

Se consideran expresamente prohibidas, entre otras, las siguientes conductas:

Corrupción

- Favorecer particulares.
- Alterar procesos administrativos.
- Utilizar recursos públicos para beneficio privado.
- Omitir controles deliberadamente.
- Desviar recursos.

Soborno

Está prohibido:

- Ofrecer dinero.
- Solicitar dinero.
- Entregar regalos.
- Recibir comisiones.
- Aceptar viajes.
- Recibir hospedajes.
- Solicitar beneficios personales.
- Obtener ventajas contractuales.

Fraude

Constituyen fraude, entre otras:

- Alteración documental.
- Falsificación de firmas.
- Facturación ficticia.
- Pagos inexistentes.
- Nóminas falsas.
- Manipulación de inventarios.
- Apropiación de medicamentos.
- Manipulación contable.

Tráfico de Influencias

Está prohibido utilizar:

- Relaciones políticas.
- Relaciones familiares.
- Relaciones económicas.
- Cargos públicos.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 34 de 64

- Influencias indebidas.
Para obtener decisiones favorables.

Enriquecimiento Ilícito

Ningún servidor podrá obtener incremento patrimonial derivado del ejercicio de sus funciones.

9.5 Regalos, Hospitalidades y Beneficios

Política General

Los servidores públicos deberán abstenerse de solicitar o aceptar regalos, beneficios, favores, descuentos, invitaciones, hospitalidades o cualquier otro tipo de ventaja que pueda afectar, o aparentar afectar, la independencia y objetividad de sus decisiones.

Se permitirá únicamente

Material institucional de carácter promocional cuyo valor sea mínimo y que no genere obligación alguna.

Por ejemplo:

- Agendas institucionales;
- Lapiceros;
- Calendarios;
- Material académico entregado en eventos abiertos.

Siempre que no busquen influir en decisiones institucionales.

Está prohibido recibir

- dinero;
- bonos;
- tarjetas regalo;
- electrodomésticos;
- equipos tecnológicos;
- joyas;
- viajes;
- hospedajes;
- alimentación de lujo;
- entradas a espectáculos;
- descuentos exclusivos;
- préstamos personales;
- cualquier beneficio económico relacionado con decisiones institucionales.

9.6 Donaciones

Toda donación deberá cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- acto administrativo cuando corresponda;
- evaluación jurídica;

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 35 de 64

- concepto técnico;
- registro contable;
- incorporación patrimonial;
- verificación de origen lícito;
- ausencia de conflictos de interés;
- publicidad.

No podrán aceptarse donaciones condicionadas al favorecimiento de proveedores, contratistas o terceros.

9.7 Patrocinios

Los patrocinios para actividades científicas, académicas o institucionales deberán:

- responder a objetivos institucionales;
- encontrarse debidamente autorizados;
- ser transparentes;
- quedar documentados;
- no comprometer la independencia del Hospital.

9.8 Gastos de Viaje

El Hospital únicamente reconocerá gastos de viaje conforme a la normativa vigente y a las autorizaciones institucionales.

Los proveedores o contratistas no podrán financiar desplazamientos, alojamiento, alimentación o cualquier otro gasto de servidores públicos cuando ello pueda comprometer su independencia.

9.9 Pagos de Facilitación

Se prohíben expresamente los denominados **pagos de facilitación**, entendidos como pagos, dádivas o beneficios entregados para acelerar trámites administrativos, obtener autorizaciones, agilizar procesos o influir indebidamente en decisiones.

9.10 Señales de Alerta de Corrupción

Se consideran señales de alerta, entre otras:

Contratación

- un solo oferente reiteradamente;
- estudios previos idénticos;
- adiciones sucesivas;
- modificaciones injustificadas;
- contratistas repetitivos;
- urgencias injustificadas.

Tesorería

- pagos duplicados;
- cuentas bancarias modificadas;

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 36 de 64

- pagos sin soportes;
diferencias bancarias.

Talento Humano

- hojas de vida incompletas;
- títulos sin verificar;
- contrataciones reiteradas de familiares;
- pagos extraordinarios.

Almacén

- pérdidas frecuentes;
- inventarios negativos;
- ajustes manuales permanentes.

Farmacia

- medicamentos sin trazabilidad;
- diferencias entre inventario físico y sistema;
- pérdidas reiteradas.

Facturación

- servicios inexistentes;
- RIPS alterados;
- glosas reiteradas;
- devoluciones inusuales.

9.11 Obligación de Reportar

Todo servidor público, contratista o tercero que conozca hechos que puedan constituir actos de corrupción, fraude o soborno deberá reportarlos de manera inmediata a través de los canales institucionales.

La omisión injustificada del reporte podrá constituir incumplimiento de los deberes funcionales o contractuales.

9.12 Protección al Reportante

El Hospital garantizará:

- confidencialidad;
- reserva de identidad cuando proceda;
- protección frente a represalias;
- tratamiento objetivo de la información;
- debido proceso para las personas involucradas;
- prohibición de cualquier forma de retaliación.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 37 de 64

9.13 Investigación Interna

Cuando se reciba un reporte, se desarrollará el siguiente procedimiento:

Recepción del reporte.
↓
Registro.
↓
Clasificación del riesgo.
↓
Análisis preliminar.
↓
Verificación de información.
↓
Conformación del expediente.
↓
Evaluación jurídica y técnica.
↓
Informe de resultados.
↓
Recomendaciones.
↓
Plan de mejoramiento o traslado a la autoridad competente.

9.14 Medidas Correctivas

Cuando se evidencie una irregularidad podrán adoptarse, según la naturaleza del caso:

- fortalecimiento de controles;
- capacitación específica;
- modificación de procedimientos;
- cambio de responsables;
- suspensión de actividades comprometidas;
- revisión contractual;
- terminación del contrato cuando proceda;
- denuncia ante autoridades competentes;
- inicio de acciones disciplinarias, fiscales, administrativas o penales.

9.15 Indicadores del Sistema

El seguimiento al Sistema se realizará mediante indicadores como:

Indicador	Fórmula	Meta anual
Declaraciones de conflicto de interés presentadas	Declaraciones recibidas / Sujetos obligados × 100	≥ 95 %

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 38 de 64

Indicador	Fórmula	Meta anual
Procesos de debida diligencia ejecutados	Contrapartes evaluadas / Contrapartes obligadas × 100	100 %
Reportes atendidos oportunamente	Reportes tramitados en el plazo / Reportes recibidos × 100	≥ 95 %
Servidores capacitados en integridad	Servidores capacitados / Total de servidores × 100	100 %
Riesgos del PTEE con plan de tratamiento vigente	Riesgos con plan / Total de riesgos × 100	100 %
Acciones de mejora implementadas	Acciones ejecutadas / Acciones programadas × 100	≥ 90 %

9.16 Responsabilidades

Actor	Responsabilidad
Junta Directiva	Aprobar la política institucional y hacer seguimiento estratégico.
Gerencia	Liderar la implementación y asignar recursos.
Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Coordinar el funcionamiento del Sistema y evaluar su desempeño.
Oficina Asesora de Planeación	Administrar el PTEE, consolidar indicadores y coordinar el seguimiento.
Oficina de Control Interno	Evaluar la eficacia del Sistema mediante auditorías independientes.
Líderes de proceso	Implementar controles y gestionar los riesgos bajo su responsabilidad.
Servidores públicos y contratistas	Cumplir las políticas, reportar irregularidades y participar en las actividades de capacitación.

Anexos del Capítulo IX

Como parte integral del Programa se incorporarán los siguientes formatos normalizados:

1. **Formato de Registro de Regalos, Hospitalidades y Beneficios Recibidos.**
2. **Formato de Reporte de Presuntos Actos de Corrupción, Fraude o Soborno.**
3. **Formato de Análisis Preliminar de Reportes.**
4. **Acta de Investigación Interna.**
5. **Plan de Acción y Mejoramiento por Materialización de Riesgos.**
6. **Lista de Verificación para la Evaluación de Señales de Alerta.**
7. **Matriz de Seguimiento de Casos e Indicadores del Sistema.**

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 39 de 64

CAPÍTULO X

SISTEMA INSTITUCIONAL DE DENUNCIAS, PROTECCIÓN AL DENUNCIANTE Y GESTIÓN DE REPORTES

10.1 Objetivo

Establecer el Sistema Institucional de Recepción, Gestión, Investigación y Seguimiento de Denuncias del Hospital San Rafael E.S.E., garantizando mecanismos seguros, accesibles, confidenciales y eficaces para el reporte de presuntos actos de corrupción, fraude, soborno, conflictos de interés, irregularidades administrativas, incumplimientos normativos y demás conductas que puedan afectar la integridad institucional.

El Sistema tiene como propósito fortalecer la cultura de transparencia, promover el reporte oportuno de irregularidades, proteger a quienes actúen de buena fe y asegurar una respuesta institucional basada en los principios de legalidad, objetividad, confidencialidad, debido proceso y mejora continua.

10.2 Alcance

El Sistema aplica a todas las denuncias relacionadas con actuaciones desarrolladas por:

- Miembros de la Junta Directiva.
- Gerente.
- Servidores públicos.
- Trabajadores oficiales.
- Contratistas.
- Supervisores e interventores.
- Proveedores.
- Prestadores de servicios.
- Cooperantes.
- Pasantés.
- Estudiantes en práctica.

Cualquier tercero que mantenga relaciones con el Hospital.

También podrán presentar denuncias:

- Usuarios.
- Familiares de usuarios.
- Ciudadanía en general.
- Veedurías ciudadanas.
- Organismos de control.
- Entidades públicas.
- Organizaciones sociales

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 40 de 64

10.3 Política Institucional de Denuncias

El Hospital San Rafael E.S.E. garantiza que toda persona podrá presentar denuncias sobre presuntos actos contrarios a la transparencia, la ética pública o el cumplimiento normativo, sin sufrir represalias por haber actuado de buena fe.

La institución promoverá una cultura organizacional basada en la confianza, la transparencia y la responsabilidad compartida, reconociendo que el reporte oportuno de irregularidades constituye un mecanismo esencial para la prevención de la corrupción y el fortalecimiento institucional.

No se admitirán represalias, discriminación, intimidación, amenazas o cualquier otra actuación que afecte a quien formule una denuncia de buena fe.

Las denuncias deberán tramitarse con estricto respeto por el debido proceso, la presunción de inocencia, la reserva de la información y los derechos de todas las personas involucradas.

10.4 Principios del Sistema

La gestión de denuncias se desarrollará conforme a los siguientes principios:

- Buena fe.
- Confidencialidad.
- Reserva.
- Protección al denunciante.
- Imparcialidad.
- Objetividad.
- Celeridad.
- Debido proceso.
- Trazabilidad.
- Transparencia.
- Proporcionalidad.
- Independencia.
- No retaliación.
- Mejora continua.

10.5 Canales Institucionales de Denuncia

El Hospital dispondrá de múltiples canales para facilitar el reporte de irregularidades.

Canales internos

- Correo electrónico institucional exclusivo para denuncias.
- Formulario electrónico en la página web institucional.
- Buzón físico de integridad ubicado en la sede principal.
- Radicación presencial en la Oficina de Planeación o dependencia designada.
- Línea telefónica institucional.
- Reporte directo al superior jerárquico.
- Reporte a la Oficina de Control Interno cuando corresponda.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 41 de 64

Canales externos

Se informará a los denunciantes sobre la posibilidad de acudir a las autoridades competentes, entre ellas:

- Procuraduría General de la Nación.
- Fiscalía General de la Nación.
- Contraloría General o Contraloría Territorial.
- Superintendencia Nacional de Salud.
- Personería Municipal.
- Defensoría del Pueblo, cuando corresponda.

10.6 Tipología de Denuncias

Las denuncias podrán clasificarse en:

- Corrupción.
- Soborno.
- Fraude.
- Conflictos de interés.
- Favorecimiento indebido.
- Tráfico de influencias.
- Uso indebido de recursos públicos.
- Falsedad documental.
- Manipulación contractual.
- Acoso laboral con incidencia en la integridad institucional.
- Incumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Empresarial.
- Incumplimiento del Código de Integridad.
- Otras conductas que comprometan la transparencia institucional.

10.7 Recepción de la Denuncia

Toda denuncia recibida será registrada en el **Sistema Institucional de Gestión de Denuncias**, asignándole un número único de identificación.

Como mínimo deberá registrarse:

- Fecha y hora de recepción.
 - Canal utilizado.
 - Tipo de denuncia.
 - Identificación del denunciante (cuando no sea anónima).
 - Dependencia involucrada.
 - Personas presuntamente involucradas.
 - Descripción de los hechos.
 - Evidencias aportadas.
- Nivel preliminar de riesgo.

 HOSPITAL SAN RAFAEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EL CERRILLO - VALLE DE LA CAJICA NIT. 894380148-2	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 42 de 64

Las denuncias anónimas serán admitidas siempre que contengan información suficiente que permita realizar una verificación razonable.

10.8 Clasificación Inicial

Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción, la dependencia responsable realizará un análisis preliminar para determinar:

- Competencia del Hospital.
- Naturaleza de los hechos.
- Riesgo institucional.
- Necesidad de medidas urgentes.
- Autoridad competente para el trámite.

La denuncia se clasificará en uno de los siguientes niveles:

Nivel	Descripción	Tiempo máximo de respuesta inicial
Bajo	Hechos con impacto limitado	15 días hábiles
Medio	Riesgo moderado para la institución	10 días hábiles
Alto	Posible afectación significativa al patrimonio, la prestación del servicio o la confianza pública	5 días hábiles
Crítico	Riesgo grave, hechos con posible relevancia disciplinaria, fiscal o penal	Atención inmediata y traslado a la autoridad competente cuando corresponda

10.9 Procedimiento para la Gestión de Denuncias

Etapa 1. Recepción

Recepción por cualquiera de los canales institucionales.

Etapa 2. Registro

Asignación de número único y apertura del expediente.

Etapa 3. Clasificación

Determinación de competencia, nivel de riesgo y urgencia.

Etapa 4. Análisis Preliminar

Revisión de la información disponible, verificación de soportes y determinación de la procedencia.

Etapa 5. Investigación Interna

Cuando proceda, se conformará un equipo investigador que recopilará información, realizará entrevistas, analizará documentos y elaborará un informe técnico.

Etapa 6. Decisión

La autoridad competente adoptará las medidas correspondientes, tales como:

- Archivo motivado.
- Recomendaciones de mejora.
- Acciones preventivas.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 43 de 64

- Remisión a Control Interno.
- Remisión a Control Disciplinario Interno o a la autoridad competente.
- Traslado a organismos de control o autoridades judiciales.

Etapas 7. Seguimiento

Se verificará el cumplimiento de las acciones adoptadas y el cierre efectivo del caso.

Etapas 8. Cierre

El expediente se cerrará una vez ejecutadas las acciones definidas y documentado el resultado.

10.10 Protección al Denunciante

El Hospital adoptará las siguientes medidas de protección:

- Reserva de la identidad cuando sea solicitada o proceda conforme a la ley.
- Tratamiento confidencial de la información.
- Restricción del acceso al expediente.
- Prohibición de represalias laborales o contractuales.
- Seguimiento a posibles actos de retaliación.
- Medidas de protección cuando se identifique un riesgo para el denunciante.

No se considerarán represalias las decisiones administrativas o disciplinarias adoptadas por causas objetivas, debidamente motivadas y ajenas a la presentación de la denuncia.

10.11 Derechos del Denunciado

La gestión de denuncias garantizará:

- Presunción de inocencia.
- Derecho de defensa.
- Derecho de contradicción.
- Debido proceso.
- Confidencialidad de la investigación.
- Decisiones motivadas.
- Tratamiento respetuoso y objetivo.

10.12 Articulación Institucional

El Sistema se articulará con:

- Programa de Transparencia y Ética Empresarial.
- Sistema Institucional de Control Interno.
- Política de Administración del Riesgo.
- Código de Integridad.
- Sistema de Gestión Documental.
- Gestión de PQRS (cuando la naturaleza del caso corresponda).
- Procesos disciplinarios internos.
- Gestión contractual.
- Planes de Mejoramiento Institucional.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 44 de 64

La coordinación entre estas instancias permitirá evitar duplicidades, garantizar la trazabilidad de las actuaciones y fortalecer la capacidad institucional para prevenir la materialización de riesgos.

10.13 Conservación de la Información

Los expedientes de denuncia deberán:

- Incorporarse al sistema de gestión documental del Hospital.
- Mantenerse bajo reserva cuando corresponda.
- Conservarse conforme a las Tablas de Retención Documental.
- Garantizar la integridad y autenticidad de los documentos.
- Contar con controles de acceso y trazabilidad.

10.14 Indicadores del Sistema

Indicador	Fórmula	Meta
Denuncias registradas oportunamente	Denuncias registradas / Denuncias recibidas × 100	100 %
Clasificación inicial dentro del plazo	Casos clasificados en término / Casos recibidos × 100	≥ 95 %
Investigaciones concluidas	Investigaciones cerradas / Investigaciones iniciadas × 100	≥ 90 %
Traslados a autoridades realizados oportunamente	Traslados efectuados en término / Traslados requeridos × 100	100 %
Casos con plan de mejoramiento implementado	Casos con acciones ejecutadas / Casos que requerían acciones × 100	≥ 90 %
Reportes reiterativos por la misma causa	Número de reportes repetitivos	Tendencia decreciente
Denuncias con presunta represalia verificadas	Casos confirmados	0

10.15 Responsabilidades

Actor	Responsabilidad
Junta Directiva	Conocer informes consolidados y hacer seguimiento estratégico al funcionamiento del Sistema.
Gerencia	Garantizar recursos, designar responsables y asegurar la implementación de las decisiones institucionales.
Oficina Asesora de Planeación	Administrar el Sistema de Denuncias, coordinar el registro, seguimiento e informes del PTEE.
Oficina de Control Interno	Evaluar periódicamente la eficacia del Sistema mediante auditorías independientes y formular recomendaciones.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 45 de 64

Actor	Responsabilidad
Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Analizar tendencias, revisar indicadores y promover acciones de mejora.
Líderes de proceso	Implementar las acciones correctivas y preventivas derivadas de las investigaciones.
Servidores públicos y contratistas	Reportar oportunamente las irregularidades conocidas y colaborar con las investigaciones cuando sean requeridos.

10.16 Mejora Continua

El Sistema será objeto de evaluación permanente mediante:

- Auditorías internas.
- Seguimiento a indicadores.
- Revisión anual de procedimientos.
- Análisis de causas raíz de los casos cerrados.
- Evaluación de la eficacia de las medidas adoptadas.
- Actualización de políticas y formatos cuando existan cambios normativos o institucionales.
- Socialización de lecciones aprendidas, preservando la confidencialidad de las personas involucradas.

ANEXOS DEL CAPÍTULO X

Se incorporarán como anexos normalizados:

1. **Formato de Recepción y Registro de Denuncias.**
2. **Formato de Clasificación Inicial del Reporte.**
3. **Lista de Verificación para la Admisibilidad de Denuncias.**
4. **Guía para la Gestión de Evidencias Documentales y Digitales.**
5. **Formato de Seguimiento de Investigaciones.**
6. **Acta de Cierre de Caso.**
7. **Registro Consolidado de Denuncias.**
8. **Matriz de Lecciones Aprendidas y Acciones de Mejora.**

CAPÍTULO XI

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN, CULTURA DE INTEGRIDAD Y GESTIÓN DEL CAMBIO

11.1 Objetivo

Fortalecer la cultura institucional de transparencia, integridad, legalidad y cumplimiento mediante un programa permanente de formación, sensibilización, comunicación, apropiación y gestión del cambio organizacional, orientado a prevenir actos de corrupción, fraude, soborno, conflictos de interés y demás riesgos asociados a la gestión pública.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 46 de 64

El Programa busca que la ética pública no sea únicamente un conjunto de normas, sino un valor incorporado al comportamiento cotidiano de todos los colaboradores del Hospital.

11.2 Objetivos Específicos

El Programa tiene como objetivos:

- Promover una cultura organizacional basada en la integridad.
- Fortalecer el conocimiento del PTEE.
- Sensibilizar sobre los riesgos de corrupción y fraude.
- Capacitar en gestión de conflictos de interés.
- Difundir el Código de Integridad.
- Promover el uso de los canales de denuncia.
- Fortalecer el autocontrol y la autorregulación.
- Desarrollar competencias en gestión del riesgo.
- Promover el liderazgo ético.
- Evaluar periódicamente la apropiación de los contenidos.

11.3 Principios

Las actividades de capacitación se desarrollarán bajo los principios de:

- Universalidad.
- Continuidad.
- Pertinencia.
- Participación.
- Aprendizaje permanente.
- Enfoque preventivo.
- Innovación.
- Accesibilidad.
- Evaluación.
- Mejora continua.

1.4 Población Objetivo

El Programa será obligatorio para:

- Miembros de Junta Directiva.
- Gerente.
- Subgerentes.
- Jefes de Oficina.
- Líderes de proceso.
- Servidores públicos.
- Trabajadores oficiales.
- Contratistas.
- Supervisores e interventores.
- Personal en misión.
- Practicantes.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 47 de 64

Pasantes.

Asimismo, podrán participar proveedores, aliados estratégicos y demás terceros cuando la naturaleza de su relación con el Hospital lo justifique.

11.5 Ejes Temáticos

El plan de formación comprenderá, como mínimo, los siguientes módulos:

Módulo I. Integridad Pública

- Valores del servicio público.
- Código de Integridad.
- Principios constitucionales.
- Cultura organizacional.

Módulo II. Programa de Transparencia y Ética Empresarial

- Objetivos del PTEE.
- Responsabilidades.
- Estructura del Programa.
- Obligaciones institucionales.

Módulo III. Gestión del Riesgo

- Identificación de riesgos.
- Valoración.
- Tratamiento.
- Controles.
- Señales de alerta.

Módulo IV. Conflictos de Interés

- Tipologías.
- Declaración.
- Tratamiento.
- Casos prácticos.

Módulo V. Anticorrupción

- Corrupción administrativa.
- Fraude.
- Soborno.
- Tráfico de influencias.
- Peculado.
- Concusión.
- Cohecho.

Módulo VI. Debida Diligencia

- Conocimiento de contrapartes.
- Beneficiario final.
- Verificación de antecedentes.
- Gestión documental.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 48 de 64

Módulo VII. Canales de Denuncia

- Cómo denunciar.
- Protección al denunciante.
- Confidencialidad.
- Gestión de reportes.

Módulo VIII. Transparencia Contractual

- Supervisión.
- Ética contractual.
- Integridad en la contratación.
- Riesgos frecuentes.

Módulo IX. Protección de Datos

- Habeas Data.
- Reserva de la información.
- Gestión documental.
- Seguridad digital.

Módulo X. Inteligencia Artificial y Ética

- Uso responsable de herramientas de IA.
- Protección de información institucional.
- Riesgos asociados a contenidos generados por IA.
- Buenas prácticas para servidores públicos.

11.6 Estrategias de Formación

El Hospital implementará diversas modalidades para facilitar el acceso y la apropiación de los contenidos:

- Inducción institucional.
- Reinducción anual.
- Cursos virtuales.
- Talleres presenciales.
- Seminarios.
- Conferencias.
- Estudios de caso.
- Simulaciones.
- Boletines institucionales.
- Cápsulas informativas.
- Infografías.
- Material audiovisual.
- Autoevaluaciones.

11.7 Gestión del Cambio

Con el fin de asegurar la implementación efectiva del Programa, el Hospital desarrollará una estrategia de gestión del cambio basada en:

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 49 de 64

Sensibilización

Comunicar el propósito del PTEE y los beneficios de su implementación.

Participación

Involucrar a los servidores públicos y contratistas en la construcción y mejora del Programa.

Comunicación

Difundir periódicamente políticas, procedimientos, campañas y resultados.

Liderazgo

Fortalecer el compromiso de la Alta Dirección y de los líderes de proceso como promotores de la integridad.

Reconocimiento

Promover buenas prácticas y destacar iniciativas que fortalezcan la cultura ética.

11.8 Plan Anual de Capacitación

La Oficina de Talento Humano, en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación, elaborará un plan anual que contendrá, como mínimo:

Actividad	Público objetivo	Responsable	Periodicidad	Meta
Inducción al PTEE	Personal de ingreso	Talento Humano	Al ingreso	100 %
Reinducción institucional	Todo el personal	Talento Humano	Anual	100 %
Taller sobre conflictos de interés	Servidores y contratistas	Planeación	Semestral	≥ 90 % de asistencia
Capacitación en debida diligencia	Personal de contratación	Jurídica y Planeación	Anual	100 %
Formación en gestión del riesgo	Líderes de proceso	Planeación	Semestral	100 %
Simulación de gestión de denuncias	Comité PTEE y responsables	Planeación	Anual	1 ejercicio anual
Actualización normativa	Directivos y líderes	Jurídica	Cuando haya cambios normativos	100 % de los responsables

11.9 Estrategia de Comunicaciones

Para fortalecer la apropiación del Programa, se implementarán acciones como:

- Campañas institucionales de integridad.
- Publicación de boletines electrónicos.
- Difusión de mensajes en la intranet y carteleras.
- Socialización de indicadores del PTEE.
- Divulgación de los canales de denuncia.
- Material gráfico sobre conflictos de interés y prevención de la corrupción.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 50 de 64

11.10 Evaluación del Aprendizaje

Cada actividad de formación incluirá mecanismos para evaluar su efectividad, entre ellos:

- Pruebas de conocimiento antes y después de la capacitación.
- Encuestas de satisfacción.
- Estudios de caso.
- Evaluaciones prácticas.
- Seguimiento a la aplicación de los conocimientos en el puesto de trabajo.

Los resultados servirán para ajustar el Plan Anual de Capacitación.

11.11 Indicadores del Programa de Capacitación

Indicador	Fórmula	Meta
Cobertura de capacitación	Personas capacitadas / Personas programadas × 100	100 %
Cumplimiento del plan anual	Actividades ejecutadas / Actividades programadas × 100	≥ 95 %
Aprobación de evaluaciones	Participantes que aprueban / Participantes evaluados × 100	≥ 90 %
Satisfacción de los participantes	Promedio de calificación de encuestas	≥ 4,5 / 5
Actualización de contenidos	Módulos revisados y actualizados / Total de módulos × 100	100 % anual

11.12 Responsabilidades

Dependencia	Responsabilidad
Junta Directiva	Promover la cultura de integridad y conocer los resultados del Programa.
Gerencia	Aprobar el Plan Anual de Capacitación y garantizar los recursos necesarios.
Oficina Asesora de Planeación	Coordinar el componente de formación del PTEE y evaluar su impacto.
Talento Humano	Diseñar, ejecutar y registrar las actividades de capacitación.
Líderes de proceso	Facilitar la participación del personal y promover la aplicación de los conocimientos.
Oficina de Control Interno	Verificar, mediante auditorías, el cumplimiento y la eficacia del Programa de Capacitación.

ANEXOS DEL CAPÍTULO XI

1. Formato de Asistencia a Capacitaciones.
2. Plan Anual de Capacitación en Integridad y Transparencia.
3. Formato de Evaluación de Conocimientos.
4. Encuesta de Satisfacción de Actividades de Formación.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 51 de 64

5. Registro Histórico de Capacitaciones.
6. Matriz de Competencias en Integridad y Ética Empresarial.
7. Cronograma Anual de Sensibilización y Comunicaciones.
8. Informe Anual de Resultados del Programa de Capacitación.

CAPÍTULO XII

SEGUIMIENTO, MONITOREO, AUDITORÍA, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DEL PTEE

12.1 Objetivo

Establecer el sistema institucional para el seguimiento, monitoreo, evaluación, auditoría y mejora continua del Programa de Transparencia y Ética Empresarial, con el propósito de verificar su grado de implementación, eficacia, eficiencia y efectividad, garantizando el cumplimiento de los objetivos institucionales, la gestión adecuada de los riesgos y el fortalecimiento permanente de la cultura de integridad.

El sistema de seguimiento permitirá identificar oportunidades de mejora, fortalecer los controles institucionales y adoptar decisiones oportunas basadas en evidencia.

12.2 Principios

Las actividades de seguimiento y evaluación se desarrollarán conforme a los siguientes principios:

- Objetividad.
- Independencia.
- Oportunidad.
- Integridad.
- Transparencia.
- Mejora continua.
- Gestión basada en riesgos.
- Evidencia objetiva.
- Responsabilidad.
- Trazabilidad.

12.3 Esquema Institucional de Seguimiento

El seguimiento del Programa se desarrollará en tres niveles:

Primer Nivel – Autocontrol

Responsables:

- Líderes de proceso.
- Supervisores.
- Servidores públicos.

Funciones:

- Verificar el cumplimiento de las actividades.
- Monitorear controles.
- Reportar novedades.
- Gestionar riesgos.

Periodicidad: **Mensual**

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 52 de 64

Segundo Nivel – Seguimiento Institucional

Responsables

- Oficina Asesora de Planeación.
- Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Funciones

- Consolidar indicadores.
- Revisar el avance del Programa.
- Evaluar planes de acción.
- Analizar riesgos emergentes.
- Formular recomendaciones.

Periodicidad: **Trimestral**

Tercer Nivel – Evaluación Independiente

Responsable: **Oficina de Control Interno**

Funciones

- Auditorías.
- Evaluaciones independientes.
- Seguimiento a planes de mejoramiento.
- Verificación del cumplimiento normativo.
- Evaluación de eficacia del PTEE.

Periodicidad: **Anual**, sin perjuicio de auditorías extraordinarias.

12.4 Indicadores Estratégicos

El Programa contará con un tablero institucional de indicadores.

Indicadores de Implementación

Indicador	Meta
Cumplimiento del cronograma del PTEE	≥95 %
Políticas implementadas	100 %
Procedimientos implementados	100 %
Formatos implementados	100 %

Indicadores de Gestión

Indicador	Meta
Riesgos actualizados	100 %
Planes de tratamiento ejecutados	≥90 %
Debidas diligencias realizadas	100 %
Declaraciones de conflicto de interés recibidas	≥95 %

Indicadores de Resultado

Indicador	Meta
Disminución de riesgos materializados	Tendencia decreciente

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 53 de 64

Indicador	Meta
Disminución de reincidencia	Tendencia decreciente
Cumplimiento de acciones de mejora	≥90 %
Satisfacción de los grupos de interés	≥90 %

Indicadores de Impacto

Indicador	Meta
Fortalecimiento de la cultura ética	Tendencia creciente
Percepción de transparencia	Tendencia creciente
Disminución de hallazgos relacionados con integridad	Tendencia decreciente
Cumplimiento del PTEE en auditorías	100 %

12.5 Auditoría Interna

La Oficina Asesora de Control Interno incorporará anualmente dentro del Plan Anual de Auditoría una evaluación específica del Programa de Transparencia y Ética Empresarial, verificando su diseño, implementación, eficacia y grado de cumplimiento, conforme a los lineamientos previstos por el Decreto 0849 de 2026.

La auditoría incluirá, como mínimo:

- Evaluación del marco normativo.
- Verificación del cumplimiento de políticas.
- Revisión de la gestión del riesgo.
- Evaluación de la debida diligencia.
- Revisión de los conflictos de interés.
- Evaluación de los canales de denuncia.
- Seguimiento a investigaciones internas.
- Revisión de indicadores.
- Evaluación del plan de capacitación.
- Verificación del cumplimiento de planes de mejoramiento.

12.6 Autoevaluación del Programa

La Oficina Asesora de Planeación coordinará una autoevaluación anual del PTEE utilizando una lista de chequeo basada en los lineamientos del Decreto 0849 de 2026, con el fin de:

- Identificar brechas de implementación.
- Priorizar acciones de mejora.
- Preparar la entidad para auditorías internas y externas.
- Actualizar el Programa cuando sea necesario.

12.7 Planes de Mejoramiento

Cuando las auditorías, evaluaciones o seguimientos identifiquen hallazgos, se formularán planes de mejoramiento que deberán contener:

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 54 de 64

- Hallazgo identificado.
- Causa raíz.
- Acción correctiva.
- Acción preventiva.
- Responsable.
- Recursos requeridos.
- Fecha de inicio.
- Fecha de terminación.
- Indicador de cumplimiento.
- Evidencia de cierre.

12.8 Revisión por la Alta Dirección

La Gerencia presentará anualmente a la Junta Directiva un informe integral sobre el desempeño del PTEE, que incluirá:

- Estado de implementación.
- Riesgos materializados.
- Resultados de auditorías.
- Cumplimiento de indicadores.
- Ejecución del plan de capacitación.
- Gestión de denuncias.
- Conflictos de interés declarados.
- Debidas diligencias realizadas.
- Acciones de mejora.
- Recomendaciones para la siguiente vigencia.

La Junta Directiva analizará el informe y adoptará las decisiones necesarias para fortalecer el Programa.

12.9 Mejora Continua

El Hospital aplicará el ciclo PHVA como metodología de mejora continua:

- **Planear:** definir objetivos, riesgos y controles.
- **Hacer:** implementar las actividades del Programa.
- **Verificar:** medir resultados mediante indicadores y auditorías.
- **Actuar:** adoptar acciones correctivas, preventivas y de mejora.

12.10 Gestión Documental

Todos los registros, informes, actas, formatos y evidencias generados en el marco del PTEE harán parte del Sistema de Gestión Documental del Hospital y se conservarán conforme a las Tablas de Retención Documental, garantizando autenticidad, integridad, disponibilidad y confidencialidad.

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 55 de 64

CAPÍTULO XIII

ADOPCIÓN, DIVULGACIÓN, ACTUALIZACIÓN, VIGENCIA Y CONTROL DOCUMENTAL

13.1 Adopción

El presente Programa de Transparencia y Ética Empresarial será adoptado mediante Resolución expedida por la Gerencia, previa aprobación de la Junta Directiva del Hospital San Rafael E.S.E. de El Cerrito.

La Resolución deberá señalar:

- Objeto del Programa.
- Alcance.
- Responsables.
- Fecha de entrada en vigencia.
- Derogatorias, cuando existan.
- Obligatoriedad de su cumplimiento.

13.2 Divulgación

La Oficina Asesora de Planeación, con apoyo de Talento Humano, garantizará la divulgación del Programa mediante:

- Publicación en la intranet institucional.
- Disponibilidad en la página web, cuando corresponda.
- Socialización con servidores públicos y contratistas.
- Inducción y reintroducción.
- Jornadas de capacitación.
- Campañas institucionales.

13.3 Obligatoriedad

El cumplimiento del presente Programa será obligatorio para:

- Miembros de Junta Directiva.
- Gerencia.
- Servidores públicos.
- Trabajadores oficiales.
- Contratistas.
- Supervisores.
- Interventores.
- Proveedores, cuando así se establezca contractualmente.
- Demás terceros vinculados con el Hospital.

El incumplimiento de las disposiciones contenidas en el Programa dará lugar a las actuaciones administrativas, disciplinarias, contractuales, fiscales o penales que correspondan, respetando el debido proceso.

13.4 Actualización

El Programa deberá revisarse como mínimo una vez al año o cuando ocurra cualquiera de las siguientes circunstancias:

	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Ética Empresarial	Página 56 de 64

- Expedición de nuevas normas.
- Cambios en la estructura organizacional.
- Materialización de riesgos significativos.
- Hallazgos de auditoría que evidencien deficiencias.
- Cambios en los procesos institucionales.
- Recomendaciones de organismos de control.
- Decisión de la Junta Directiva o de la Gerencia.

Las actualizaciones serán aprobadas por la Junta Directiva y formalizadas mediante el acto administrativo correspondiente.

13.5 Custodia del Programa

La versión oficial del PTEE será administrada por la Oficina Asesora de Planeación, que será responsable de:

- Mantener el documento actualizado.
- Controlar las versiones.
- Conservar los registros asociados.
- Coordinar la distribución de copias controladas.
- Garantizar el acceso a la versión vigente.

13.6 Interpretación

Las dudas relacionadas con la interpretación del Programa serán resueltas por la Gerencia, con concepto técnico de la Oficina Asesora de Planeación y, cuando sea necesario, del Asesor Jurídico externo, procurando la armonización con la normatividad vigente y los principios de transparencia, integridad y buena administración.

13.7 Derogatorias

A partir de la entrada en vigencia del presente Programa quedan derogadas todas las disposiciones internas que le sean contrarias, sin perjuicio de la vigencia de las políticas y procedimientos que resulten compatibles con este documento.

13.8 Vigencia

El presente Programa regirá a partir de la fecha de expedición de la Resolución de adopción y tendrá vigencia indefinida, sujeto a las revisiones y actualizaciones previstas en este capítulo.

DISPOSICIÓN FINAL

La implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial constituye un compromiso institucional permanente del Hospital San Rafael E.S.E. de El Cerrito con la integridad pública, la transparencia, la prevención de la corrupción, la gestión de riesgos y la mejora continua, promoviendo una administración orientada al servicio de la ciudadanía y al cumplimiento de los principios de la función administrativa.

 HOSPITAL SAN RAFAEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EL CERRITO - VALLE DE LA CAJICA NIT. 891.380.105-2	Macroproceso: Procesos Estratégicos	Código: GER-PG-001
	Proceso: Gestión Estratégica	Versión: 02
	Subproceso: N/A	Fecha emisión: 03/09/2025
	Tipo de documento: Programa	Fecha modificación: 03/08/2026
	Nombre del documento: Programa de Transparencia y Etica Empresarial	Página 57 de 64

 HOSPITAL SAN RAFAEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EL CERRITO - VALLE DE LA CAJICA NIT. 891.380.105-2	Macroproceso: Procesos Estratégicos		Código: GE-FO-003
	Proceso: Gestión de Calidad		Versión: 01
	Subproceso: N/A		Fecha emisión: 06/09/2024
	Tipo de documento: Formato		Fecha modificación: DD/MM/AAAA
	Nombre del documento: Hoja de control de documentos		Página: 1 de 1
Información del documento			
Tipo de documento:	Programa		Sello de vigencia
Nombre del documento:	Programa de Transparencia y Etica Empresarial		 HOSPITAL SAN RAFAEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EL CERRITO - VALLE DE LA CAJICA NIT. 891.380.105-2 COPIA CONTROLADA
Macroproceso:	Procesos Estratégicos		
Proceso:	Gestión Estratégica		
Subproceso:	N/A		
Control de cambios			
Fecha de creación o actualización	Versión N°	Descripción del cambio	
03/08/202	02	Actualización integral conforme al Decreto 0849 de 2026	
Control de última versión			
Elaborado por:	Fernando Cárdenas Piedrahita	Contratista Asesor de Gerencia	ORIGINAL FIRMADO
	Nombres y Apellidos	Cargo	
	Fecha elaboración: 03/08/2026		Firma
Editado por:	Jesús David Viera Carvajal	Contratista Auxiliar Administrativo	ORIGINAL FIRMADO
	Nombres y Apellidos	Cargo	
	Fecha edición: 03/08/2026		Firma
Revisado por:	David E. Conde Escobar	Jefe Oficina Asesora de Planeación	ORIGINAL FIRMADO
	Nombres y Apellidos	Cargo	
	Fecha revisión: 03/08/2026		Firma
Aprobado por:	Junta Directiva	Presidente	ACUERDO No. 11 DE 11/08/2026
	Nombres y Apellidos	Cargo	ORIGINAL FIRMADO
	Fecha aprobación: 11/08/2026		Firma
Carrera 13 N° 11-51 - Tel: (602) 2565290			
E-mail: hsanrafael1913@gmail.com			