

# PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE – ESE HUEM



**Elaboro:**


Profesional Esp Apoyo Planeación

**Reviso:**

Asesor de planeación y calidad

**Aprobó:**

Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 2 de 80

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION.....	3
2. OBJETIVO .....	4
2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	4
3. ALCANCE .....	5
4. RESPONSABLE .....	6
5. CAMPO DE APLICACIÓN .....	8
6. ACTUALIZACION.....	9
7. NORMATIVIDAD .....	11
8. DEFINICIONES (SI APLICA).....	14
9. CONTENIDO GENERAL.....	23
10. CONTROL DE CAMBIOS.....	80

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

## 1. INTRODUCCION

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz es una institución que ha acompañado por décadas a la comunidad norte santandereana en sus momentos más vulnerables: el dolor, la urgencia, la esperanza de recuperación y el deseo profundo de bienestar. Como entidad pública del sector salud, su razón de ser está estrechamente ligada a la confianza que la ciudadanía deposita en sus servicios, en sus profesionales y en cada decisión administrativa que permite sostener la atención hospitalaria. Esa confianza se construye día a día a través de actuaciones éticas, decisiones transparentes y un compromiso permanente con el uso adecuado de los recursos que pertenecen a toda la sociedad.

En este contexto, la transparencia no es únicamente un requisito legal; es un deber moral que acompaña el sentido humanitario de la labor hospitalaria. Las personas que llegan a la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, pacientes, familias, proveedores, estudiantes, trabajadores y aliados institucionales, esperan encontrar un entorno donde prevalezca el respeto, la justicia, la claridad en las actuaciones y la certeza de que cada proceso administrativo contribuye al bienestar colectivo. La ética, por tanto, se convierte en una extensión natural de la atención humanizada en salud.

Reconociendo este compromiso, la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz adopta el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) como un instrumento integral que articula principios, acciones preventivas y mecanismos de control orientados a reducir los riesgos asociados a la corrupción, el fraude, el soborno transnacional, el lavado de activos y otras conductas que amenazan la integridad pública. El PTEE representa una oportunidad para consolidar un modelo de gestión más abierto, responsable y cercano a la ciudadanía, donde cada área y cada funcionario pueda comprender su rol en la protección del recurso público y en la defensa de la misión hospitalaria.

Este programa se enmarca en los lineamientos nacionales de transparencia y anticorrupción, pero su espíritu va más allá del cumplimiento normativo. Se concibe como una política dinámica que se transforma con las necesidades de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, con los retos del entorno fronterizo y con las expectativas de una comunidad que exige instituciones sólidas y confiables. Al fortalecer la cultura organizacional, el PTEE promueve escenarios de participación, fomenta la rendición de cuentas y refuerza la capacidad de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz para tomar decisiones asertivas, íntegras y orientadas al interés general.

Por consiguiente el PTEE reafirma la convicción de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz de que la transparencia y la ética no son anexos administrativos, sino pilares esenciales para garantizar una atención digna, segura y humanizada, y para preservar la legitimidad y sostenibilidad de la institución en el tiempo.

**Elaboro:**


Profesional Esp Apoyo Planeación

**Reviso:**

Asesor de planeación y calidad

**Aprobó:**

Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 4 de 80

## 2. OBJETIVO


EL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL – PTEE, Busca Fortalecer la integridad institucional de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz mediante un sistema vivo de transparencia y ética que refleje el compromiso profundo de la institución con la dignidad de las personas y el valor de lo público. Este sistema, inspirado en los principios humanos que guían la atención en salud y respaldado por marcos normativos como la Ley 1474 de 2011, la Ley 1778 de 2016, la Ley 2195 de 2022, la Circular Externa SIARC de la Superintendencia Nacional de Salud y las Recomendaciones del GAFI, busca anticipar y gestionar los riesgos que puedan poner en peligro la confianza que la comunidad deposita en la institución. A través de acciones preventivas, decisiones justas y mecanismos claros de vigilancia, la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz procura proteger cada recurso que administra, garantizar que ningún acto de corrupción, fraude, soborno transnacional o lavado de activos afecte su misionalidad, y asegurar que cada proceso, desde lo asistencial hasta lo administrativo, esté orientado al bienestar, la seguridad y la calidad de quienes acuden a la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz buscando cuidado, respeto y humanidad.

Este Programa se considera como un soporte esencial y una herramienta para la debida diligencia del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz. En esencia busca promover la transparencia, la ética y la integridad en todas las actividades y operaciones de la entidad, asegurando el cumplimiento normativo y regulaciones correspondientes, así como la prevención de los riesgos asociados a prácticas indebidas o fraudulentas.

### 2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fomentar en todos los niveles de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz una cultura de integridad viva, donde cada servidor público, sin distinción de rol, reconozca que su conducta influye en la confianza social y en la calidad del cuidado, comprendiendo que el recurso público es un bien colectivo cuya adecuada administración impacta directamente el bienestar y la dignidad de los pacientes.
- Establecer procedimientos rigurosos para la identificación, valoración y control de riesgos éticos y administrativos, aplicando los lineamientos de la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022, la Circular SIARC y las recomendaciones del GAFI, de manera que la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz pueda anticiparse a amenazas que comprometan la transparencia o la prestación segura de los servicios en salud.
- Implementar procesos de debida diligencia fortalecidos y humanizados, que permitan conocer a profundidad la idoneidad, trayectoria y comportamiento ético de proveedores, contratistas y aliados estratégicos, asegurando que las relaciones institucionales se construyan sobre principios de responsabilidad, legalidad y beneficio para la comunidad.
- Desarrollar mecanismos de denuncia confiable, accesible y, que garanticen la confidencialidad del denunciante, el respeto a su dignidad y la no represalia, generando

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 5 de 80

<p>un entorno seguro para expresar inquietudes éticas o alertas sobre comportamientos contrarios al interés público.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ampliar y consolidar la transparencia activa de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, divulgando información clara, oportuna y comprensible sobre la gestión administrativa, el uso de recursos, los procesos de contratación y los resultados en salud, favoreciendo el control social y el fortalecimiento de la confianza ciudadana.</li> <li>➤ Fortalecer los sistemas de control interno mediante la articulación efectiva de las tres líneas de defensa, de modo que la supervisión, la auditoría y el aseguramiento independiente funcionen como mecanismos coordinados que protejan el patrimonio público y garanticen la integridad institucional.</li> <li>➤ Asegurar que el PTEE evolucione al ritmo de las necesidades de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz y los cambios del entorno, integrándolo con los sistemas de gestión existentes e incorporando ajustes derivados de nuevas normas, riesgos emergentes, auditorías, evaluaciones externas o transformaciones misionales de la institución.</li> <li>➤ Promover entornos laborales éticos y saludables, en los que la comunicación respetuosa, la corresponsabilidad y el sentido de servicio permitan que la transparencia y la moral pública se traduzcan en mejores experiencias para los pacientes y en mayor bienestar para el talento humano.</li> </ul>
--

<h3>3. ALCANCE</h3>
<p>El Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz se aplica a todos los niveles, dependencias, actores y procesos institucionales, en cumplimiento de las obligaciones de integridad y transparencia establecidas en la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), la Ley 1778 de 2016 (responsabilidad de personas jurídicas por soborno transnacional), la Ley 2195 de 2022 (medidas de transparencia y lucha contra la corrupción), y la Circular Externa SIARC de la Superintendencia Nacional de Salud, que exige a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) adoptar sistemas preventivos de gestión del riesgo de corrupción, fraude, lavado de activos y financiación del terrorismo.</p> <p>En consecuencia, el alcance del PTEE es integral, vinculante y obligatorio para todos los sujetos que intervienen directa o indirectamente en la actividad pública hospitalaria, sin excepción, tal como lo ordenan los artículos 3, 4, 5, 73 y 74 de la Ley 1474 de 2011, los artículos 4 y 6 de la Ley 2195 de 2022 y las disposiciones del Sistema Integral de Administración de Riesgos de Cumplimiento (SIARC).</p>

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

#### 4. RESPONSABLE

La adecuada implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz exige la participación articulada de todas las instancias institucionales.

En cumplimiento de los principios de coordinación, responsabilidad y control establecidos en los artículos 6, 121 y 209 de la Constitución Política de Colombia, así como en la Ley 87 de 1993 (Control Interno), la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022 y la Circular Externa SIARC de la Superintendencia Nacional de Salud, se definen los siguientes responsables:

- **Junta Directiva:** Como máximo órgano de dirección institucional conforme al artículo 70 de la Ley 489 de 1998, es responsable de Aprobar el PTEE y sus actualizaciones. Velar porque las políticas de integridad hagan parte de la planeación institucional. Supervisar los informes en los tiempos establecidos sobre riesgos de corrupción, fraude y LA/FT. Exigir correctivos cuando se identifiquen incumplimientos o debilidades de control.
- **Gerente:** Conforme al artículo 195 de la Ley 100 de 1993 y al régimen de administración pública, el Gerente es el principal responsable de garantizar la ejecución del PTEE. Liderar la implementación del Programa con enfoque preventivo y humanizado. Sus funciones son, Liderar la implementación del Programa con enfoque preventivo y humanizado. Asegurar que todas las áreas cumplan los lineamientos del PTEE. Asignar recursos humanos, técnicos y financieros para su funcionamiento. Emitir directrices internas, circulares y decisiones administrativas al administrador SIARC necesarias para su aplicación. Asegurar que todas las áreas cumplan los lineamientos del PTEE.
- **Comité de Gestión y Desempeño:** Según el artículo 2.2.22.3.8 del Decreto 1499 de 2017, este comité tiene la responsabilidad de: Transversalizar el PTEE al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Hacer seguimiento sistemático al avance del programa y a la gestión de riesgos. Aprobar el plan de acción de transparencia y las estrategias de integridad. Analizar alertas tempranas y orientar la toma de decisiones preventivas. Evaluar el desempeño institucional en materia de ética pública y cumplimiento. Coordinar a las dependencias para asegurar coherencia entre planeación, control y transparencia. Desde un enfoque humanizado, este comité debe velar porque el sentido ético y el buen uso de los recursos públicos estén presentes en toda política, proceso y decisión administrativa.
- **Comité de Control Interno:** De acuerdo con la Ley 87 de 1993, la Oficina de Control Interno debe: Evaluar la eficacia del PTEE y de los controles asociados. Emitir recomendaciones y alertas para la toma de decisiones. Verificar el cumplimiento del Modelo de las Tres Líneas de Defensa. Garantizar independencia técnica en la evaluación de riesgos y hallazgos.

**Elaboró:**

Profesional Esp Apoyo Planeación

**Revisó:**


Asesor de planeación y calidad

**Aprobó:**

Comité Gestión y desempeño

- Oficial de Cumplimiento – Administrador SIARC: Con fundamento en la Circular Externa SIARC, esta figura es indispensable en el sector salud sus funciones son: Coordinar la ejecución técnica del PTEE y hacer acompañamiento transversal del Sistema Integral de Administración de Riesgos. Identifica, evalúa y monitorea riesgos de corrupción, fraude, LA/FT y soborno. Supervisa la debida diligencia de proveedores, contratistas y aliados. Presenta informes periódicos al Comité Institucional de Gestión y Desempeño a la Gerencia y a la Junta Directiva según los tiempos establecidos para ello. Mantiene actualizadas las matrices de riesgo y controles asociados al SIARC.
- Oficina Jurídica: Fundamentada en la Ley 80 de 1993, la Ley 1474 de 2011 y la Ley 1778 de 2016, esta dependencia: Realiza acompañamiento jurídico en decisiones relacionadas con integridad. Asesora procesos contractuales para evitar conflictos de interés o riesgos legales. Soporta procesos disciplinarios y actúa ante denuncias y presuntas irregularidades. Emite conceptos frente a casos que involucren ética pública o transparencia administrativa.
- Talento Humano: En línea con la Ley 734 de 2002 y la Ley 2195 de 2022, este proceso: Incorpora criterios de integridad en procesos de selección, inducción y desempeño. Gestiona la declaración y seguimiento de conflictos de interés. Desarrolla programas de formación en ética pública y transparencia. Fomenta entornos laborales respetuosos, seguros y coherentes con el PTEE.
- Todos los colaboradores de la E.S.E. HUEM: Todos los servidores del HUEM, sin distinción, tienen la obligación legal de actuar conforme a los principios de moralidad, eficacia, imparcialidad y transparencia (art. 209 C.P.).  
Deben:
  - Conocer y cumplir las políticas del PTEE.
  - Reportar de manera confidencial cualquier irregularidad.
  - Abstenerse de conductas que comprometan la integridad institucional.
  - Registrar información veraz y completa en los procesos que administran.
- Contratistas, proveedores y terceros: Conforme a los artículos 2 y 3 de la Ley 1778 de 2016 y la Circular SIARC:
  - Están obligados a cumplir las políticas de transparencia del HUEM.
  - Deben someterse a procesos de debida diligencia y verificación.
  - Tienen prohibido ofrecer beneficios indebidos a funcionarios.
  - Son responsables del buen uso de los recursos institucionales durante la ejecución contractual.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 8 de 80

## 5. CAMPO DE APLICACIÓN

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz constituye un instrumento de carácter obligatorio para todas las personas, procesos y relaciones institucionales que participan en la gestión pública hospitalaria. Su aplicación responde a los principios de moralidad, eficacia, responsabilidad y transparencia previstos en los artículos 6, 123 y 209 de la Constitución Política de Colombia, y desarrolla las obligaciones en materia de integridad establecidas en la Ley 87 de 1993, la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022, la Ley 1778 de 2016, la Ley 1438 de 2011, así como en la Circular Externa SIARC emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.

El campo de aplicación del PTEE es amplio y transversal, pues reconoce que la integridad no solo se refleja en los procesos administrativos o contractuales, sino también en los actos cotidianos que conforman la interacción humana en un hospital. Bajo este enfoque.

El PTEE es vinculante para:


- Los servidores públicos de planta, provisionales y de libre nombramiento.
- El personal asistencial que atiende directamente a los pacientes en sus distintos niveles de complejidad.
- Los colaboradores administrativos, financieros, jurídicos, técnicos y operativos.
- El talento humano vinculado mediante contratos de prestación de servicios u otras figuras legales.

Este campo de aplicación se fundamenta en la responsabilidad individual prevista en el artículo 6 de la Constitución y en el deber ético del servidor público consagrado en la Ley 734 de 2002. La integridad, en este sentido, se concibe como una actitud permanente de servicio, respeto y honestidad frente a la comunidad.

Respecto a la aplicación a terceros con relación contractual o asociada el programa también se extiende a todos los actores externos que, por razón contractual, comercial, académica o de cooperación, participan en actividades relacionadas con la E.S.E. HUEM. Esto incluye:

- Proveedores, contratistas y subcontratistas.
- Empresas transportadoras de pacientes, insumos o equipos biomédicos.
- Universidades, centros de formación y organizaciones sociales vinculadas mediante convenios de docencia-servicio.
- Entidades públicas territoriales, EPS, organizaciones internacionales y demás instituciones que interactúan con el hospital.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	<b>DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA</b>	<b>CODIGO: PE-PG-005</b>
		<b>VERSION: 3</b>
	<b>PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE</b>	<b>FECHA: DIC 2025</b>
		<b>Página 9 de 80</b>

Esta extensión encuentra sustento jurídico en las obligaciones de debida diligencia establecidas en la Ley 1778 de 2016 y en las exigencias del Sistema Integral de Administración de Riesgos de Cumplimiento (SIARC), que imponen a las IPS protegerse frente a riesgos de corrupción, fraude, lavado de activos o prácticas indebidas derivadas de terceros.

De igual forma el PTEE abarca la totalidad de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo que sostienen la operación del hospital, entre ellos:

Este alcance se fundamenta en los principios de buen gobierno señalados por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y en las exigencias de trazabilidad establecidas por la Ley 1474 de 2011.

El PTEE tiene un carácter integral y no restrictivo, se aplica a todas las personas que participan en la gestión Institucional, a todos los procesos administrativos y asistenciales, y a toda relación contractual o institución aliada que pueda generar riesgos para la integridad de la E.S.E. HUEM. Su implementación busca garantizar que cada decisión, desde las más cotidianas hasta las más estratégicas, pueda justificarse ética, jurídica y administrativamente, contribuyendo al cuidado responsable de los recursos públicos y a la dignidad de los pacientes.

## 6. ACTUALIZACION

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz es un instrumento dinámico que debe ajustarse de manera periódica para responder a los cambios normativos, a los riesgos emergentes del sector salud y a la evolución del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Por esta razón, el proceso de actualización del PTEE se concibe como un ejercicio continuo y responsable, orientado por los principios de mejora permanente, integridad pública y cuidado del recurso estatal, consagrados en los artículos 6, 123 y 209 de la Constitución Política.

El PTEE será actualizado cuando existan cambios normativos que impliquen nuevas obligaciones de transparencia, integridad o gestión del riesgo (Leyes 1474/2011, 2195/2022, Circular SIARC, etc.).


El CONPES 4042, las evaluaciones GAFI o los informes de riesgo nacionales modifiquen la comprensión de amenazas de corrupción, fraude, LA/FT y soborno.

Se identifiquen nuevos riesgos institucionales, especialmente asociados a contratación pública, manejo de insumos críticos, donaciones, facturación, tecnología u operaciones extramurales.

Los procesos asistenciales o administrativos sufran cambios operativos o estructurales que afecten los controles vigentes.

Los entes de control emitan recomendaciones o hallazgos que impliquen ajustes al programa.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 10 de 80

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) actualice sus lineamientos o instrumentos.

Aunque el PTEE puede modificarse en cualquier momento cuando lo demande la normatividad o los riesgos emergentes, su revisión formal será:

- Semestral, conforme a lo recomendado por la Circular Externa SIARC.
- Anual, como parte de la evaluación integral del MIPG (Decreto 1499 de 2017).
- Extraordinaria, cuando existan alertas institucionales, fallos disciplinarios, investigaciones fiscales o cambios estructurales en procesos críticos de la E.S.E. HUEM.

La revisión, evaluación, ajustes y actualización del Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE, deben quedar documentados en ACTA DEL Comité de Gestión y Desempeño, y dando cumplimiento al procedimiento establecido:

- Identificación del cambio normativo o del riesgo emergente, realizada por el Oficial de Cumplimiento.
- Revisión jurídica, a cargo de la Oficina Jurídica, con referencia a leyes, decretos, circulares y documentos CONPES.
- Evaluación técnica, realizada por las áreas implicadas.
- Presentación del informe al CIGD, con la justificación del ajuste.
- Aprobación del Comité, mediante acta formal y con registro en el MIPG.
- Socialización interna, garantizando que todos los funcionarios conozcan los cambios.
- Publicación externa, cuando aplique, en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 (Transparencia y Acceso a la Información).

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

## 7. NORMATIVIDAD

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz se fundamenta en un marco normativo amplio, que integra disposiciones nacionales e internacionales orientadas a fortalecer la integridad pública, prevenir la corrupción y asegurar la adecuada gestión del riesgo en entidades que administran recursos del Estado. Dicho marco no solo establece obligaciones jurídicas, sino que también orienta el comportamiento ético de las instituciones y sus funcionarios, garantizando que la gestión hospitalaria responda a principios de honestidad, responsabilidad y respeto por la dignidad humana.

### INTERNACIONAL:

**FCPA - Foreign Corrupt Practices Act of 1977** – Ley de Prácticas corruptas en el extranjero. Emitida por el Congreso de los Estados Unidos luego del escándalo de Watergate. (Interceptación ilegal de comunicaciones del entonces Gobierno de Richard Nixon contra los demócratas.

**Declaración de las Naciones Unidas contra la Corrupción y el soborno** en las transacciones comerciales internacionales – 17-12-1997 entrada en vigor 15-02-1999; suplemento 166 de 15-12-2005, establece el deber de los estados en prevenir prácticas corruptas, no solamente en el sector público, sino también en el privado.

### Recomendaciones del Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI/FATF)

- Lavado de activos (LA).
- Financiación del terrorismo (FT).
- Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (FPADM).
- Soborno y corrupción asociada.

La E.S.E. HUEM adopta el enfoque basado en riesgo recomendado por GAFI, aplicándolo a proveedores, contratistas, donaciones y gestión financiera.

### Evaluaciones mutuas GAFI / GAFILAT

- Orientan al país sobre riesgos emergentes y estándares internacionales de cumplimiento.
- Los hallazgos de estas evaluaciones permiten ajustar controles del PTEE de manera actualizada.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

## CONPES 4042 de 2021 – Política Nacional ALA/CFT/FPADM

- Diagnostica las amenazas de corrupción y LA/FT en Colombia.
- Define políticas estatales para mitigarlas.
- Exige mejorar la supervisión, coordinación y calidad de la información financiera.
- Recomienda a entidades adoptar sistemas fuertes de integridad y gestión del riesgo.

### NACIONAL

#### Constitución Política de Colombia - 1991

**Ley 599 del 2000** – Código Penal

**Ley 850 del 2003** – Se reglamentan las veedurías ciudadanas

**Ley 1474 de 2011** – Estatuto Anticorrupción

**Decreto 4632 de 2011** “Por medio del cual se reglamenta la Ley 1474 de 2011 en lo que se refiere a la Comisión Nacional para las Moralización y la Comisión Nacional Ciudadana para la lucha contra la Corrupción y se dictan otras disposiciones”


**Convención de la OCDE – 2012-** ratificada por la República de Colombia por medio de la Ley 1573 de 2012, para combatir el cohecho de servidores públicos extranjeros en transacciones comerciales internacionales del 23 de mayo de 1997, igualmente establece la obligatoriedad y necesidad de crear códigos de conducta en el sector privado como una manera de prevenir la corrupción.

**Ley 1712 de 2014:** Se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional.

**Ley 1762 de 2015:** Ley de Lavado de Activos

**Decreto 1081 de 2015:** “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República”

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 13 de 80

**Ley 1778 de 2016** – Responsabilidad de las personas Jurídicas por actos de corrupción transnacional.

**Circular 003 de 2018** expedida por la Superintendencia Nacional de Salud – por la cual se imparten “Instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y buen gobierno IPS C1 y C2.

**Ley 2014 de 2019** – Por medio de la cual se regulan las sanciones para condenados por corrupción y delitos contra la administración pública, así como la cesión unilateral administrativa del contrato por actos de corrupción y se dictan otras disposiciones.

**Circular Externa 20211700000004-5 del 2021:** Emitida por La Superintendencia Nacional de Salud, “*Por la cual imparte instrucciones generales relativas al Código de Conducta y de buen gobierno organizacional, El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos*”, La circular fija lineamientos generales (criterios, parámetros y recomendaciones) que se deben tener en cuenta para diseñar, implementar y poner en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas para cada uno de los Riesgos Priorizados por la Superintendencia Nacional de Salud.

**Ley 2195 de enero 18 de 2022:** Orientada a promover la cultura de la legalidad e integridad y recuperar la confianza ciudadana, “Por medio de la cual se adoptan medidas en Materia de Transparencia y Prevención y Lucha contra la Corrupción y se dictan otras disposiciones” en el artículo 9°, adicionó el artículo 34-7 de la Ley 1474 de 2011, Artículo 34-7 **PROGRAMAS DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL.**


**Resolución N° 002020 de 31-08-2023** Por medio de la cual se implementa la Política de Ética Empresarial de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz.

**Resolución N° 002021 de 31-08-2023** Por medio de la cual se implementa la Política de Protección al Denunciante de Corrupción Empresarial.

**Circular Externa SIARC – Superintendencia Nacional de Salud**

Regula el Sistema Integral de Administración de Riesgos de Cumplimiento (SIARC) para las IPS.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 14 de 80

Establece lineamientos para prevenir riesgos de corrupción, fraude, lavado de activos, financiación del terrorismo y soborno al interior de instituciones de salud.

Es la norma sectorial más importante para el PTEE, pues exige matrices, alertas, controles, capacitación y supervisión permanente del riesgo.

### **Decreto 1499 de 2017 – Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)**

Articula las políticas de integridad, gestión del riesgo, talento humano, control interno y transparencia.

Establece el rol del Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) como la instancia responsable de coordinar, supervisar y aprobar los ajustes operativos del Programa, garantizando su articulación con el MIPG y su eficacia en la gestión del riesgo de corrupción, fraude y LA/FT..


## **8. DEFINICIONES**

**Comunidad Hospitalaria:** Comunidad plural, y corresponde al tejido relacional de todas las personas implicadas directa o indirectamente con la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, Formados por tanto por: Empleados, colabores, contratistas, usuarios, proveedores, miembros de Junta Directiva, aliados en convenios para prestación de servicios de salud, personal en formación, personas naturales o jurídicas independiente del vínculo que tengan con la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, y, a quienes aplica el presente Programa de Transparencia y Ética Empresarial.

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

**Fraude:** Cualquier acto ilegal caracterizado por engaño, ocultamiento o violación de confianza. Estos actos no requieren la aplicación de amenaza de violencia o de fuerza física. Los fraudes son perpetrados por individuos y por organizaciones para obtener dinero, bienes o servicios, para evitar pagos o pérdidas de servicios, o para asegurarse Ventajas personales o de negocio.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño


	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 15 de 80

**Opacidad:** Falta de Claridad o transparencia, en las operaciones, acciones, transacciones y demás actividades de **La E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ.**

**Corrupción:** Se entiende por tal el empleo de la función, el cargo, o los elementos de trabajo de los destinatarios del presente manual, con el fin de satisfacer intereses particulares, sin importar si la conducta en concreto constituye o no un delito sancionado por la Ley Penal, y sin que sea necesaria para la cualificación como acto de corrupción la existencia de un Perjuicio patrimonial para **La E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ.** Según la UNODC (siglas en inglés para Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito), la corrupción incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario público, pero no es limitado a ello. La corrupción también puede ocurrir en los casos de nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada para fines personales y la compra y venta de las decisiones judiciales, entre varias otras prácticas.

**Lavado de Activos:** Delito que comete toda persona que busca dar Apariencia de legalidad a bienes o dinero provenientes de alguna de las actividades descritas en el artículo 323 del Código Penal. El que adquiera, resguarde, invierta, transporte, transforme, almacene, conserve, custodie o administre bienes que tengan su origen mediato o inmediato en actividades de tráfico de migrantes, trata de personas, extorsión, enriquecimiento ilícito, secuestro extorsivo, rebelión, tráfico de armas, tráfico de menores de edad, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas, tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias sicotrópicas, delitos contra el sistema financiero, delitos contra la administración pública, contrabando, contrabando de hidrocarburos o sus derivados, fraude aduanero o favorecimiento y facilitación del contrabando, favorecimiento de contrabando de hidrocarburos o sus derivados, en cualquiera de sus formas, o vinculados con el producto de delitos ejecutados bajo concierto para delinquir, o les dé a los bienes provenientes de dichas actividades apariencia de legalidad o los legalice, oculte o encubra la verdadera naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento o derecho sobre tales bienes o realice cualquier otro acto para ocultar o encubrir su origen ilícito, incurrirá por esa sola conducta, en prisión de diez (10) a treinta (30) años y multa de mil (1.000) a cincuenta mil (50.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 16 de 80

**Soborno:** Intercambios de valor monetarios (por ejemplo, dinero o regalos) o no monetarios (por ejemplo, Ofertas de trabajo, promesas de negocio), hacia cualquier persona, con el objetivo de influenciar indebidamente para que la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz o un tercero pueda obtener, retener o incrementar negocios, u obtener algún otro beneficio de forma ilícita. Un soborno puede adoptar muchas formas. Si bien los casos con frecuencia incluyen pagos en efectivo (a veces disfrazados como “honorarios de consultoría” o “comisiones” dadas a través de intermediarios), otras han incluido gastos de viajes y regalos costosos.

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


**Alertas Tempranas:** Las alertas tempranas son manifestaciones iniciales, ya sean indicios, patrones inusuales, inconsistencias documentales, comportamientos atípicos o variaciones en los procesos, que sugieren la posible presencia de riesgos que puedan comprometer la integridad institucional. Estas señales no constituyen, por sí mismas, prueba de una irregularidad, pero sí representan un elemento de juicio que debe motivar la verificación inmediata por parte del hospital.

Su función principal es anticipar la materialización de riesgos asociados a corrupción, fraude, conflictos de interés, soborno, lavado de activos, financiación del terrorismo o cualquier práctica que afecte la transparencia y la correcta administración del recurso público. Una alerta temprana permite activar mecanismos preventivos, ajustar controles, revisar procedimientos y adoptar decisiones oportunas que protejan tanto a la institución como a los usuarios del servicio de salud.

Más que un componente técnico del sistema de riesgos, las alertas tempranas constituyen un compromiso ético con el cuidado del patrimonio público y con la seguridad de los pacientes, pues permiten identificar situaciones que, de no tratarse adecuadamente, podrían afectar la calidad del servicio, la confianza ciudadana o la sostenibilidad del hospital.

**Buen Gobierno:** El buen gobierno es el marco de principios, normas y prácticas que orientan el ejercicio de la función pública hacia la protección del interés general, el

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 17 de 80

respeto por la dignidad humana y la administración responsable de los recursos del Estado. Implica que las decisiones institucionales se adopten conforme a los principios constitucionales de moralidad, eficacia, economía, imparcialidad y transparencia establecidos en los artículos 2 y 209 de la Constitución Política, y que la gestión pública se realice bajo criterios de integridad, participación, rendición de cuentas y control social.


En el contexto del sector salud, el buen gobierno supone que la dirección de la institución actúe de forma ética, técnica y responsable, garantizando que la prestación de los servicios se oriente al bienestar de los pacientes y al uso adecuado del recurso público. Este concepto integra lineamientos derivados del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017), de la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), de la Ley 2195 de 2022 (medidas de integridad), y de la Ley 1438 de 2011 (reforma del sistema de salud).

El buen gobierno también comprende la creación de entornos de confianza, la adecuada gobernanza institucional, la toma de decisiones basada en evidencia, la transparencia activa en la información pública y el cumplimiento de las responsabilidades que exige el ordenamiento jurídico. Por tanto, no es solo un estándar administrativo, sino un compromiso ético que vincula a directivos, funcionarios y terceros a actuar con rectitud, equidad y responsabilidad frente a la ciudadanía y frente a los pacientes que confían en la institución.

**Canal de Denuncias:** El canal de denuncias es un mecanismo institucional formal, seguro y confidencial mediante el cual servidores públicos, contratistas, proveedores, usuarios o cualquier ciudadano pueden reportar, de buena fe, hechos, comportamientos, irregularidades o señales de alerta que puedan comprometer la integridad, la transparencia o el correcto funcionamiento de la E.S.E. hospital Universitario Erasmo Meoz. Este canal constituye un pilar del Sistema de Integridad Pública y responde a obligaciones establecidas en la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022, la Ley 1712 de 2014, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG) y la Circular Externa SIARC de la Superintendencia Nacional de Salud.

El canal debe garantizar condiciones de confidencialidad, protección de la identidad, no represalia y respeto por la dignidad del denunciante, asegurando que toda comunicación sea tramitada de manera objetiva, imparcial y oportuna. Asimismo, permite activar procedimientos de verificación, investigación, seguimiento y control que

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 18 de 80

contribuyen a la prevención de riesgos de corrupción, fraude, soborno, conflictos de interés, lavado de activos, financiación del terrorismo o cualquier vulneración de la función administrativa.


Además de ser un instrumento jurídico y operativo, el canal de denuncias cumple una función ética fundamental: fortalece la confianza de la ciudadanía, promueve el valor del reporte responsable y facilita que el hospital detecte tempranamente conductas que podrían afectar el uso adecuado del recurso público o la seguridad de los pacientes. Su adecuada gestión refleja el compromiso institucional con un entorno seguro, íntegro y transparente tanto para quienes trabajan en la entidad como para quienes reciben sus servicios.

**Programa de Transparencia y Ética Pública PTEE:** El Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) es el marco institucional que establece los principios, políticas, procedimientos y controles orientados a proteger la integridad del Hospital Universitario Erasmo Meoz y asegurar que la gestión pública se realice conforme a los valores constitucionales de moralidad, eficacia, responsabilidad y transparencia. Su finalidad es prevenir, detectar, gestionar y mitigar riesgos asociados a prácticas indebidas, tales como corrupción administrativa, fraude interno o externo, conflictos de interés, soborno nacional o transnacional, lavado de activos, financiación del terrorismo y cualquier conducta que pueda comprometer la confianza ciudadana o el uso adecuado de los recursos públicos.

Este programa articula las exigencias normativas de la Ley 1474 de 2011, la Ley 1778 de 2016, la Ley 2195 de 2022, la Ley 1712 de 2014, la Ley 87 de 1993, así como los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017) y de la Circular Externa SIARC expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. Su diseño está alineado con estándares internacionales de integridad y prevención de riesgos, incluyendo las recomendaciones del GAFI/FATF y las orientaciones del CONPES 4042 de 2021 sobre la política nacional ALA/CFT/FPADM.

El PTEE constituye un instrumento vivo, adaptable y de actualización permanente, que integra mecanismos de debida diligencia, alertas tempranas, canales de denuncia, seguimiento a riesgos, controles internos, formación ética y evaluación continua. Además, se proyecta como una herramienta de gobernanza que fortalece la cultura institucional, fomenta comportamientos coherentes con el servicio público y contribuye a garantizar que cada actuación administrativa o asistencial del hospital pueda ser

<b>Elaboro:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 19 de 80

explicada, documentada y justificada dentro de un marco de legalidad y respeto por la dignidad humana.

**Transparencia Activa:** La transparencia activa es la obligación que tiene toda entidad pública de divulgar, de manera anticipada y accesible, información completa, veraz y comprensible sobre su gestión, sin necesidad de que medie una solicitud ciudadana. Constituye una manifestación concreta del derecho fundamental de acceso a la información pública y desarrolla los mandatos establecidos en la Ley 1712 de 2014, el Decreto 103 de 2015, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017) y los principios constitucionales de publicidad, moralidad y responsabilidad administrativa.


Este tipo de transparencia exige que la institución publique, de forma periódica y actualizada, información relacionada con la contratación pública, la ejecución presupuestal, los planes institucionales, los indicadores de gestión, los resultados en salud, los trámites, los servicios ofrecidos, la normatividad aplicable, las decisiones de interés general y cualquier dato que contribuya al control social, la rendición de cuentas y el fortalecimiento de la confianza ciudadana.

La transparencia activa no se limita a la exhibición de documentos: implica adoptar formatos comprensibles, accesibles para personas con diversidad funcional, actualizada con criterios de oportunidad y coherente con las necesidades de la población usuaria. En la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, esta práctica adquiere un sentido profundamente humanizado, pues garantiza que las personas comprendan cómo se administran los recursos destinados a su atención, cómo se toman las decisiones institucionales y cuáles son los compromisos asumidos en materia de calidad, integridad y buen gobierno.

En este sentido, la transparencia activa se convierte en una estrategia esencial para prevenir riesgos de corrupción, favorecer la participación ciudadana, fortalecer el control social y construir una relación honesta y respetuosa entre el hospital y la comunidad que confía en sus servicios.

**Transparencia Pasiva:** La transparencia pasiva es el derecho que tiene toda persona, sin distinción alguna, a solicitar y obtener información pública que repose en una entidad del Estado, de manera oportuna, veraz, comprensible y completa. Este derecho está consagrado en la Constitución Política, desarrollado por la Ley 1755 de 2015, que

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 20 de 80

regula el derecho fundamental de petición, y complementado por la Ley 1712 de 2014 sobre acceso a la información pública. En conjunto, estas normas obligan a las entidades a responder solicitudes dentro de los plazos legales, a entregar información en formatos accesibles y a justificar cualquier restricción conforme a los límites previstos por la ley.


La transparencia pasiva implica que el hospital debe contar con procedimientos claros y responsables para recibir, registrar, analizar y responder solicitudes de información, garantizando siempre un trato respetuoso hacia la persona solicitante y protegiendo datos sensibles o información clasificada según la normativa vigente. En el sector salud, esta obligación adquiere un sentido especial, pues muchas de las solicitudes involucran información de carácter asistencial, presupuestal o administrativo, cuyo manejo requiere rigor jurídico, criterios de confidencialidad y un enfoque centrado en la dignidad humana.

Además, este tipo de transparencia contribuye a fortalecer el control social, la legitimidad de la institución y la confianza ciudadana, al permitir que cualquier persona conozca cómo se administran los recursos públicos, cómo se toman las decisiones y cuáles son los resultados de la gestión hospitalaria. La transparencia pasiva, por tanto, no es solamente un trámite administrativo, sino un mecanismo que reafirma la relación entre el hospital y la comunidad, promoviendo una cultura de apertura, respeto, rendición de cuentas y buen gobierno.

**Usuario:** Se entiende por usuario la persona que accede, de manera directa o indirecta, a los servicios de salud ofrecidos por la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, en calidad de paciente, acompañante, familiar o representante. En el ámbito del sector salud, el término comprende a cualquier individuo que solicita, recibe o participa en la prestación del servicio, conforme a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la Ley 100 de 1993, la Ley 1438 de 2011, la Resolución 229 de 2020 y la normatividad del Ministerio de Salud y Protección Social.

Desde el punto de vista jurídico, el usuario es titular del derecho fundamental a la salud, el cual incluye garantías asociadas a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del servicio. En consecuencia, la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz debe proteger su dignidad, la confidencialidad de su información clínica (según la Ley 23 de 1981 y la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales), su seguridad

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 21 de 80

en la atención y su derecho a recibir información clara, comprensible y suficiente para tomar decisiones informadas.

La categoría de usuario también implica un reconocimiento humanizado: cada persona que llega a la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz lo hace en un contexto de vulnerabilidad física, emocional o social, por lo que el trato digno, la comunicación respetuosa, la protección de sus derechos y la garantía de un entorno seguro no son solo obligaciones normativas, sino compromisos éticos y de buen gobierno institucional. En este sentido, el usuario es el centro del sistema de salud y debe estar en el núcleo de cualquier política de integridad, transparencia o gestión del riesgo de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz.

**Trazabilidad:** La trazabilidad es la capacidad institucional de identificar, documentar y reconstruir de forma íntegra, ordenada y verificable cada una de las decisiones, actuaciones, autorizaciones, transacciones y registros que componen un proceso administrativo o asistencial dentro del hospital. Este concepto implica que toda actividad deje un rastro claro, preciso y accesible, permitiendo conocer quién realizó una acción, en qué momento, bajo qué criterios y con qué soportes documentales, garantizando así la integridad del proceso y el adecuado funcionamiento del control interno.

La trazabilidad constituye un elemento esencial del Sistema de Control Interno (Ley 87 de 1993) y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017), al permitir la supervisión, auditoría, revisión y detección oportuna de inconsistencias o irregularidades. En el ámbito de la salud, este principio se complementa con obligaciones sectoriales relacionadas con la seguridad del paciente, la calidad del servicio, la gestión documental, la protección de datos personales (Ley 1581 de 2012) y la adecuada custodia de la historia clínica (Ley 23 de 1981).

Además de su dimensión técnica, la trazabilidad tiene un sentido ético fundamental que garantiza que la información institucional sea confiable, que las actuaciones públicas puedan ser explicadas y justificadas, y que la ciudadanía pueda ejercer control sobre el uso del recurso público. La trazabilidad se convierte en un mecanismo que protege al paciente, respalda a los funcionarios, reduce riesgos de corrupción o fraude, y fortalece la transparencia en todos los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

**Valor Público:** El valor público es el impacto positivo y sostenible que genera una institución al contribuir de manera efectiva al bienestar colectivo, mediante la administración responsable, transparente y eficiente de los recursos públicos. Este concepto se fundamenta en los principios constitucionales de interés general, moralidad administrativa, eficacia y participación ciudadana, y constituye el propósito superior de toda entidad pública, incluido la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz.

Crear valor público implica que las decisiones institucionales, los procesos administrativos, la gestión del talento humano y la prestación de los servicios de salud se orienten a producir resultados que mejoren la calidad de vida de las personas, fortalezcan la confianza social, garanticen la transparencia en el uso del recurso público y aporten a la legitimidad del Estado. En el hospital, esto se refleja en una atención segura, humanizada y oportuna; en la disponibilidad de insumos críticos; en la rendición de cuentas clara y permanente; y en el manejo íntegro y eficiente del patrimonio institucional.

Desde una perspectiva de gobernanza, el valor público integra principios del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017), la Ley 1474 de 2011, la Ley 1751 de 2015 (derecho fundamental a la salud), y las obligaciones de transparencia y ética derivadas de la Ley 1712 de 2014 y la Ley 2195 de 2022. En este marco, producir valor público no se reduce a cumplir indicadores; significa actuar con integridad, escuchar a los usuarios, generar confianza en la comunidad y garantizar que cada recurso invertido tenga un retorno social tangible.

En síntesis, el valor público es la razón de ser del hospital como institución estatal: representa la capacidad de transformar recursos en bienestar, decisiones en confianza y gestión en resultados que dignifican a la comunidad y honran la función pública.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

## 9. CONTENIDO GENERAL

La Junta Directiva y la Alta Gerencia de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, en ejercicio de sus responsabilidades constitucionales y legales, expresan un compromiso institucional pleno con la integridad pública y la cultura de la legalidad. Su dirección estratégica reconoce que la prevención de la corrupción, el fraude, el soborno, incluido el transnacional, la opacidad administrativa y los riesgos asociados al lavado de activos y financiación del terrorismo constituye un deber ineludible para asegurar la correcta administración del recurso público y la protección de la confianza ciudadana.

Este compromiso se materializa en la adopción del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), concebido como un sistema estructurado e integral que articula políticas, metodologías, herramientas de control, procedimientos y responsabilidades, conforme a lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022, la Ley 1778 de 2016, el Decreto 1499 de 2017, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los elementos definidos por la Circular Externa SIARC de la Superintendencia Nacional de Salud.

El PTEE reúne un conjunto de componentes técnicos y operativos que permiten anticipar, gestionar y mitigar riesgos institucionales, fortaleciendo la conducta ética de todos los actores relacionados con la misión hospitalaria. Cada componente responde a estándares nacionales e internacionales, incluyendo las recomendaciones del GAFI/FATF y los lineamientos de la política ALA/CFT del CONPES 4042 de 2021, y se integra de manera transversal a los procesos asistenciales, administrativos, contractuales y financieros del hospital.

En este sentido, los componentes del PTEE no constituyen un simple catálogo de obligaciones normativas: representan la arquitectura organizacional que soporta la integridad institucional, orienta la toma de decisiones con enfoque de riesgo, garantiza la trazabilidad y transparencia de las actuaciones públicas, y fomenta una cultura de servicio basada en la dignidad humana, la confianza y el buen gobierno. A partir de esta estructura, la E.S.E. HUEM consolida un entorno organizacional seguro, confiable y coherente con su responsabilidad social como hospital universitario de referencia regional.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

## COMPONENTES DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE

- Metodología de identificación y gestión de riesgos
- Procedimiento de conflicto de intereses
- Código de Ética
- Canales de denuncia
- Políticas de transparencia y ética
- Sistema documental
- Plan de auditorías y control interno
- Debida diligencia con terceros
- Gestión integral del riesgo de corrupción y LA/FT
- Estrategias de transparencia y acceso a la información
- Redes interinstitucionales
- Formación y cultura ética
- Monitoreo, seguimiento y reportes
- Actualización permanente del programa
- Articulación con SIARC y MIPG

## METODOLOGÍA DE IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS

La gestión del riesgo constituye uno de los pilares centrales del Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz. En cumplimiento de las obligaciones establecidas por la Circular Externa SIARC, la Ley 2195 de 2022, la Ley 1474 de 2011, el Decreto 1499 de 2017 y los estándares del GAFI/FATF, la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz adopta una metodología formal y estructurada para identificar, analizar, evaluar, controlar, tratar y monitorear los riesgos que puedan comprometer la integridad institucional.

Esta metodología no se limita a una verificación documental o a un ejercicio administrativo aislado; representa un proceso continuo, transversal y articulado con todas las áreas, que permite anticipar amenazas relacionadas con corrupción, fraude, lavado de activos, financiación del terrorismo, conflictos de interés, soborno transnacional, fallas de control, errores operativos y otras vulnerabilidades propias del sector salud teniendo en cuenta la transversalización con el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo y las herramientas establecidas dentro del mismo según normatividad vigente, como lo es la línea ética..

**Elaboró:**

Profesional Esp Apoyo Planeación

**Revisó:**

Asesor de planeación y calidad

**Aprobó:**

Comité Gestión y desempeño

## IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS:

La identificación de riesgos es la fase inicial y fundamental del sistema de administración de riesgos del PTEE, mediante la cual la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz reconoce, analiza y documenta los eventos, condiciones o situaciones, de origen interno o externo, que pueden comprometer la integridad institucional, alterar el funcionamiento regular de los procesos o generar afectaciones al uso adecuado de los recursos públicos. Esta etapa se desarrolla conforme a los lineamientos de la Circular Externa SIARC, la Ley 2195 de 2022, la Ley 1474 de 2011, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017) y las metodologías basadas en riesgo recomendadas por el GAFI/FATF y adoptadas por el Estado colombiano a través del CONPES 4042 de 2021.

### Mapeo integral de procesos institucionales

La identificación inicia con un análisis exhaustivo de todos los procesos misionales, estratégicos y de apoyo de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz. Lo que implica:

- Describir las actividades, responsables, insumos y productos de cada proceso.
- Determinar su importancia para la misión asistencial, administrativa o contractual.
- Localizar puntos sensibles donde el error humano, la omisión o la mala práctica puedan generar riesgos de corrupción, fraude o LA/FT.

Este ejercicio permite construir una “radiografía institucional” que sirve como base para la gestión integral del riesgo.

### Análisis técnico de flujos de información y toma de decisiones

Cada proceso se examina desde la perspectiva de cómo circula la información, qué actores intervienen y qué decisiones se adoptan. Se debe evaluar:

- Flujo documental y digital.
- Actividades que impliquen manejo de recursos públicos, contratación o compras.
- Contacto entre actores internos y externos.
- Actividades susceptibles de manipulación, retraso, distorsión o falsificación de información.

**Elaboro:**

Profesional Esp Apoyo Planeación

**Reviso:**

Asesor de planeación y calidad

**Aprobó:**

Comité Gestión y desempeño

Esta revisión técnica permite identificar vulnerabilidades estructurales que pueden dar origen a riesgos institucionales.

### Identificación de señales de alerta sectoriales y específicas

la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz analiza señales de alerta provenientes de las siguientes fuentes o entes de control:

- SIARC – Supersalud para riesgos de corrupción, fraude, lavado de activos y financiación del terrorismo.
- MIPG para riesgos de integridad, conflictos de interés y fallas de control.
- GAFI/FATF para riesgos derivados de operaciones financieras, relacionamiento con terceros y vulnerabilidades propias de entidades estatales.
- CONPES 4042 para amenazas nacionales en materia ALA/CFT/FPADM.

Las señales de alerta sirven como indicadores tempranos que orientan la identificación de riesgos antes de que se materialicen.

### Análisis de riesgos específicos del sector salud

La identificación contempla riesgos propios del ámbito hospitalario, tales como:

- Gestión de insumos críticos y medicamentos.
- Adquisición de tecnologías biomédicas y activos de alto valor.
- Donaciones, transferencias y convenios docencia–servicio.
- Facturación, auditoría de cuentas y relación contractual con EPS.
- Referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Manipulación de información clínica o administrativa.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

- Relación con proveedores, contratistas y terceros con alta exposición a corrupción o conflicto de interés.

Cada uno de estos ámbitos presenta dinámicas particulares que deben considerarse en la identificación inicial del riesgo.

### Consideración de factores internos y externos

La identificación integra factores internos (estructura organizacional, capacidad técnica, talento humano, cultura institucional) y factores externos (entorno regulatorio, presiones sociales, actores territoriales, riesgos macroeconómicos, delictivos), con el fin de evaluar cómo interactúan para generar posibles escenarios de riesgo.

### Documentación y trazabilidad del proceso

Toda identificación debe quedar documentada y trazable, de modo que cualquier auditoría interna, externa o de la Superintendencia pueda reconstruir:

- Qué riesgo fue identificado,
- Por qué se considera relevante,
- Qué señales de alerta lo sustentan,
- Qué área es responsable de su gestión.
- Este principio asegura transparencia, permite la actualización periódica y constituye soporte clave para la rendición de cuentas.
- Sentido institucional de la identificación del riesgo

Identificar el riesgo no es solo un ejercicio técnico; es un compromiso ético con la misión pública de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz. Significa anticiparse a situaciones que podrían afectar la vida, la salud, la seguridad del paciente o la confianza de la ciudadanía. En ese sentido, la identificación de riesgos se convierte en la base para una gestión honesta, preventiva y sostenible, coherente con la responsabilidad de una entidad que administra recursos del Estado y presta un servicio esencial a la comunidad.

Elaboro:

Profesional Esp Apoyo Planeación

Reviso:

Asesor de planeación y calidad

Aprobó:

Comité Gestión y desempeño

## MEDICIÓN Y ANALISIS DEL RIESGO

La fase de medición y análisis del riesgo constituye un proceso sistemático mediante el cual el hospital determina la magnitud, naturaleza y relevancia de los riesgos previamente identificados. Esta etapa permite comprender de manera objetiva la posibilidad de ocurrencia de un evento y las consecuencias que podría generar sobre la integridad institucional, el servicio asistencial, el patrimonio público y la confianza de los usuarios.

Su desarrollo se fundamenta en los lineamientos de la Circular Externa SIARC, el componente de Gestión del Riesgo del MIPG (Decreto 1499 de 2017), los parámetros establecidos en la Ley 2195 de 2022, las recomendaciones técnicas del GAFI/FATF, y las directrices del CONPES 4042 de 2021 respecto al enfoque basado en riesgo.

### Evaluación de la probabilidad y del impacto

El análisis inicia valorando la probabilidad de materialización del riesgo y la severidad de sus consecuencias. Para ello se utilizan:

- Escalas calificadas construidas por la entidad, alineadas con las categorías del SIARC y del MIPG.
- Criterios objetivos y verificables, como frecuencia histórica, recurrencia de incidentes, vulnerabilidades operativas, exposición a terceros y cambios normativos.
- Análisis de escenarios, que considera tanto situaciones ordinarias como eventos excepcionales o de alta criticidad.


Este proceso permite dimensionar cuán factible es que el riesgo ocurra y qué tan grave sería su impacto para la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz.

### Identificación de amenazas y vulnerabilidades

Se examinan los factores que pueden favorecer o detonar la ocurrencia del riesgo, entre ellos:

- Características propias del proceso (complejidad, discrecionalidad, participación de múltiples actores).

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 29 de 80

- Debilidades de control interno o brechas en procedimientos.
- Factores externos, como presiones indebidas, entorno territorial o riesgos sectoriales del sistema de salud.
- Vulnerabilidades asociadas al talento humano, relaciones con terceros, tecnología, manejo de información o infraestructura.

Este análisis se apoya en señales de alerta definidas por SIARC, en metodologías de riesgo recomendadas por GAFI, y en instrumentos de control derivados de la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción).

### Determinación del nivel de exposición al riesgo

Con base en la probabilidad, el impacto y los factores de vulnerabilidad, se calcula el nivel de exposición, el cual refleja el grado de amenaza real para la institución. Este nivel se clasifica en rangos (bajo, medio, alto o crítico), definidos por escalas institucionales que permiten:

- Priorizar los riesgos más relevantes.
- Establecer dónde se requieren controles adicionales o correctivos inmediatos.
- Asignar recursos, responsabilidades y tiempos de intervención.


La exposición al riesgo se expresa en la Matriz de Riesgos del PTEE, articulada con la matriz del SIARC y con la matriz de riesgos institucional del MIPG.

### Valoración del riesgo residual

El riesgo residual es aquel que permanece después de aplicar los controles actuales. Para calcularlo, se evalúa:

- El diseño, suficiencia y eficacia de los controles existentes.
- La frecuencia con que se ejecutan y el grado de cumplimiento real.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 30 de 80

- La capacidad del control para prevenir, detectar o corregir desviaciones.
- Los vacíos que puedan quedar después de su ejecución.

Este análisis permite determinar si los controles actuales son adecuados o si el riesgo continúa siendo significativo y requiere nuevas medidas, ajustes o intervenciones correctivas.

### **Integración con las matrices y sistemas institucionales**

Toda la medición y análisis del riesgo se incorpora en:

- La Matriz de Riesgos del PTEE, siguiendo la estructura exigida por SIARC.
- La Matriz de Riesgos del MIPG, asegurando coherencia con la gestión institucional.
- Los planes de tratamiento del riesgo, definidos por la Gerencia, el CIGD y el Oficial de Cumplimiento.

De esta manera, el proceso de medición no se convierte en un ejercicio aislado, sino en un insumo estratégico para la toma de decisiones, la planificación institucional y el fortalecimiento del control interno (Ley 87 de 1993).

Medir y analizar el riesgo permite la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz anticiparse a situaciones que podrían comprometer la calidad de la atención, la protección de la vida y la integridad del recurso público. Más que una obligación normativa, esta fase refleja el compromiso de la entidad con un gobierno responsable, un servicio transparente y un funcionamiento ético que responda a la confianza de la comunidad.

### **CONTROL DEL RIESGO**

El control del riesgo es la fase en la que la entidad adopta y verifica las medidas destinadas a prevenir, reducir o contener la probabilidad de materialización de los riesgos previamente identificados. Esta etapa constituye un componente esencial del Programa de Transparencia y Ética Empresarial, conforme a los lineamientos de la Circular Externa SIARC, la Ley 2195 de 2022, la Ley 1474 de 2011, la Ley 87 de 1993

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

sobre control interno, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG) y las directrices internacionales del GAFI/FATF.

En el contexto de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, el control del riesgo se concibe como un conjunto de acciones deliberadas, verificables y trazables que buscan fortalecer la integridad institucional y garantizar que las actividades que administran recursos públicos, servicios clínicos, operaciones financieras, procesos contractuales o flujos de información se ejecuten dentro de un marco jurídico, ético y seguro.

### **Diseño y aplicación de controles preventivos, detectivos y correctivos**

El control se estructura mediante la definición de medidas que actúan en distintos momentos del proceso:

**a) Controles preventivos:** Su finalidad es evitar que el riesgo se materialice. Estos controles incluyen:

- Procedimientos documentados y actualizados para compras, contratación, donaciones, inventarios y gestión asistencial.
- Segregación de funciones y prohibición de concentrar decisiones críticas en un solo funcionario.
- Listas de verificación, autorizaciones jerárquicas y validaciones previas al trámite.
- Reglas claras para el manejo de conflictos de interés y actividades incompatibles.

**b) Controles Detectivos:** Permiten identificar oportunamente irregularidades, anomalías o señales de alerta:

- Revisión por pares, cruces de información, auditorías concurrentes.
- Sistemas de información que generan registros automáticos y reportes de riesgo.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

- Mecanismos para reportar operaciones inusuales o sospechosas, alineados con SIARC.
- Verificación periódica de indicadores de integridad y de cumplimiento de protocolos.

**c) Controles correctivos:** Actúan cuando se evidencia una desviación o vulnerabilidad:

- Ajustes procedimentales inmediatos.
- Acciones disciplinarias, contractuales, fiscales o penales según corresponda.
- Restablecimiento del control mediante medidas verificables.
- Retroalimentación al sistema para evitar recurrencia.


### Controles documentales, tecnológicos y operativos

El control abarca diferentes dimensiones

- **Documental:** manuales, instructivos, resoluciones, actas, matrices y soportes requeridos por el sistema de gestión documental (Ley 594 de 2000).
- **Tecnológica:** validaciones automáticas, trazabilidad de usuarios, restricciones de acceso, registro de operaciones y autenticación digital.
- **Operativa:** supervisión permanente, rondas de control interno, doble verificación en tareas sensibles, control del inventario físico y digital.
- **Administrativa:** Cumplimiento de procedimientos, tiempos, responsables y flujos de aprobación.

Estos controles están sujetos a revisión continua por la Oficina de Control Interno y el Oficial de Cumplimiento SIARC.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 33 de 80

### Debida diligencia Ampliada/Reforzada

Para minimizar el riesgo asociado a terceros, (proveedores, contratistas, aliados, donantes o entidades educativas) la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz aplica medidas de debida diligencia reforzada conforme a:

- Ley 2195 de 2022 (prevención del riesgo de corrupción y lavado de activos).
- Ley 1778 de 2016 (soborno transnacional).
- CONPES 4042 y estándares GAFI (enfoque basado en riesgo).
- Circular SIARC (listas restrictivas, comportamiento reputacional, documentación probatoria).

Incluye la validación de antecedentes disciplinarios, fiscales, penales, financieros y administrativos, así como la consulta obligatoria de listas restrictivas nacionales e internacionales de igual forma la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz establece el formato de conocimiento de la contraparte donde mediante el uso de esta herramienta se garantiza el cumplimiento de la debida diligencia ampliada.

### Segregación de funciones y doble actor

El control del riesgo exige las siguientes observaciones:

- Que Ninguna persona concentre la totalidad de un proceso, especialmente cuando administra recursos públicos o decisiones de alto impacto.
- Que Se utilice el principio de revisión por doble actor, que garantice que procesos críticos tengan una validación independiente.
- Impedimento al acceso no autorizado a sistemas o documentación sensible.

Este criterio está alineado con el modelo de control interno (Ley 87 de 1993) y con los lineamientos de las primeras y segundas líneas de defensa.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

### Transparencia operativa en los procesos sensibles

Los controles incluyen prácticas que aseguran transparencia en los diferentes procesos en especial en los siguientes:

- Contratación administrativa y compras institucionales.(GABYS)
- Recepción y registro de insumos, inventarios y medicamentos.
- Manejo de historias clínicas e información confidencial.  
Donaciones, convenios y transferencias.

Estos procesos requieren evidencias claras, soportes verificables y mecanismos que aseguren trazabilidad para auditorías internas y externas.


### Articulación con las líneas de defensa

Conforme al modelo adoptado por la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz se articula con:

- **Primera línea de defensa:** Responsables directos de ejecutar los procesos, líderes, coordinadores y todo su equipo de trabajo de todos los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, cumplir los protocolos y prevenir irregularidades.
- **Segunda línea de defensa:** Oficial de Cumplimiento, encargado de supervisar, evaluar y fortalecer los controles.
- **Tercera línea de defensa:** Oficina de Control interno, encargados de verificar de manera independiente la eficacia de todo el sistema.

El control del riesgo no es un trámite operativo, es la garantía de que la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz protege el patrimonio público, salvaguarda la dignidad de los usuarios y actúa con transparencia en cada decisión. Su aplicación rigurosa contribuye a fortalecer la confianza ciudadana, reducir vulnerabilidades, evitar actos de corrupción y consolidar una cultura ética sostenible.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 35 de 80

## TRATAMIENTO DEL RIESGO

El tratamiento del riesgo constituye la fase en la que la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz define e implementa las acciones necesarias para intervenir los riesgos priorizados, con el fin de disminuir su probabilidad de ocurrencia, reducir su impacto, corregir vulnerabilidades o, cuando corresponda, transferir o aceptar riesgos residuales de acuerdo con criterios institucionales previamente establecidos. Esta etapa se fundamenta en los requisitos establecidos por la Circular Externa SIARC, los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017), la normativa disciplinaria y contractual aplicable (Ley 734 de 2002, Ley 1474 de 2011, Ley 2195 de 2022), así como en las recomendaciones del GAFI/FATF y del CONPES 4042 de 2021.

El tratamiento no se limita a reaccionar frente a incidentes concretos, sino que constituye un proceso proactivo orientado a fortalecer la integridad institucional, proteger el recurso público y garantizar el funcionamiento ético, seguro y transparente de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz.

### Selección de la estrategia de tratamiento

En función del nivel de exposición, la naturaleza del riesgo y los controles existentes, la entidad evalúa cuatro alternativas estratégicas:

- **Reducir o mitigar el riesgo:** Consiste en adoptar acciones concretas para bajar la probabilidad o el impacto del riesgo. Dichas acciones son:
  - Optimización de procedimientos.
  - Mayor segregación de funciones.
  - Reforzamiento de controles tecnológicos y documentales.
  - Ajustes en turnos, responsabilidades o flujos de aprobación.
- **Transferir el riesgo:** Se presenta cuando la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz delega parte de la gestión del riesgo en un tercero, manteniendo la supervisión institucional. Ejemplos:
  - Seguros institucionales.
  - Cláusulas contractuales específicas.
  - Garantías, pólizas o retenciones.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

- **Eliminar el riesgo:** Implica suprimir la actividad, práctica o procedimiento que origina el riesgo cuando no es viable mitigarlo adecuadamente. Esta opción requiere análisis jurídico y autorización de niveles directivos.
- **Aceptar el riesgo:** Es procedente cuando, después de aplicar controles razonables, el riesgo residual se considera tolerable. La aceptación debe ser:
  - Documentada,
  - Riesgo bajo o moderado,
  - Aprobada por la autoridad competente,
  - Coherente con el marco normativo y las políticas del hospital.

### Diseño de acciones de intervención

Una vez definida la estrategia, se formulan acciones específicas, entre las cuales se incluyen:

#### Acciones preventivas

- Revisión y actualización de manuales, procedimientos y protocolos (Decreto 1083 de 2015).
- Fortalecimiento de la gestión documental, trazabilidad y registros.
- Mejoras en procesos de contratación, compras, inventarios y gestión clínica.

#### Acciones de desarrollo de capacidades

- Programas de capacitación focalizada para áreas de alta exposición.
- Entrenamiento en integridad, gestión del riesgo, ética y SIARC.
- Sensibilización sobre conflictos de interés, trato digno y seguridad del paciente.

#### Acciones disciplinarias, fiscales, contractuales o penales

Cuando se identifican anomalías con indicios de irregularidad, la institución debe activar las rutas legales correspondientes.

- Traslado inmediato a Oficina de Control Interno o Control Disciplinario Interno.
- Notificación a organismos de control (PGN, CGR).
- Traslado a Fiscalía cuando corresponda.
- Activación de cláusulas contractuales para incumplimientos.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

Estas actuaciones se fundamentan en la Ley 734 de 2002, la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022 y el Estatuto Contractual.

### Acciones correctivas y de mejora continua

- Ajustes de procedimientos y controles.
- Incorporación de nuevas tecnologías o registros.
- Rediseño de matrices de riesgo.
- Mejoras en la capacidad de supervisión.

### Formalización del tratamiento del riesgo

Todo tratamiento debe quedar debidamente soportado mediante documentos controlados que cumplan con las políticas institucionales y con la normativa de los entes externos de control, de igual forma deberá cumplir con:

- Los requisitos de SIARC.
- El sistema de gestión documental institucional.
- Las exigencias del Decreto 1083 de 2015 en materia de actos administrativos.
- Los criterios de trazabilidad definidos por MIPG.

Es importante destacar que cada acción deberá registrar:

- Responsables
- Tiempo de ejecución
- Evidencias generadas
- Indicadores de seguimiento
- Nivel de riesgo residual esperado.

### Articulación con la toma de decisiones institucionales

El tratamiento del riesgo deberá alimentar y transversalizarse con:

- El Plan de Acción Institucional.
- El Mapa de Riesgos del PTEE y del SIARC.
- El seguimiento del CIGD y la Gerencia.
- El plan anual de auditorías internas.
- La planificación institucional y presupuestal.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

De esta forma, la intervención del riesgo se convierte en un insumo estratégico para la gobernanza de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz y para el fortalecimiento del control interno.

El tratamiento del riesgo refleja el compromiso de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz con la ética pública y la protección del recurso público. No se trata solo de aplicar medidas correctivas, sino de asegurar que cada decisión administrativa, clínica, financiera o contractual se adopte dentro de un marco de legalidad, transparencia y respeto por la dignidad humana.

Mediante esta fase, la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz garantiza que los riesgos no se conviertan en amenazas reales para los usuarios, los funcionarios o la comunidad, consolidando así una cultura de integridad y buen gobierno.

### **MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL RIESGO**

El monitoreo y seguimiento del riesgo constituye la fase más dinámica del sistema de administración del riesgo del PTEE, pues garantiza que las medidas adoptadas mantengan su efectividad en el tiempo y que la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, reaccione oportunamente ante cambios en su contexto operativo, regulatorio o institucional. Esta etapa se desarrolla en cumplimiento de la Ley 87 de 1993 (Control Interno), las disposiciones de la Ley 2195 de 2022, el Decreto 1499 de 2017 (MIPG) y los requerimientos de la Circular Externa SIARC.

El monitoreo permite evaluar, de forma continua y sistemática, si los riesgos evolucionan, si los controles funcionan como fueron diseñados y si es necesario introducir ajustes para proteger la integridad de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz y la correcta gestión del recurso público.

### **Observación permanente del comportamiento del riesgo**

La primera dimensión del monitoreo consiste en la evaluación continua de:

- La manera como los riesgos se manifiestan en los procesos.
- La efectividad real de los controles implementados.
- La aparición de eventos inusuales, tendencias atípicas o nuevas vulnerabilidades.
- La interacción entre procesos, actores internos y terceros con exposición a riesgo.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

Esta observación se realiza mediante reportes operativos, análisis de bases de datos, revisión de indicadores institucionales y supervisión directa por parte de las áreas responsables.

### Informes periódicos y reportes a la alta dirección

De acuerdo con la Circular SIARC, la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz debe generar informes periódicos dirigidos a la Gerencia y al Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD). La frecuencia y el contenido de estos informes será la siguiente:

- Se elaboran al menos de manera semestral, sin perjuicio de reportes extraordinarios.
- Contienen el análisis actualizado de riesgos, controles, eventos registrados y recomendaciones.
- Incorporan alertas, hallazgos y requerimientos de organismos de control.
- Permiten a la alta dirección tomar decisiones basadas en riesgo y adoptar acciones correctivas.

La trazabilidad de estos informes es exigida por el MIPG como evidencia de la gestión institucional.

### Detección y reporte de anomalías y señales de alerta

El monitoreo incluye la identificación inmediata de aspectos tales como:

- Operaciones, eventos o conductas atípicas.
- Inconsistencias documentales.
- Movimientos inusuales en sistemas o procesos sensibles.
- Señales de alerta asociadas a corrupción, fraude, conflicto de interés o LA/FT.

Cuando se identifican estos elementos, se activa una ruta institucional que incluye:

- Registro del evento.
- Comunicación interna al Oficial de Cumplimiento, Control Interno o jefatura correspondiente.
- Evaluación preliminar.
- Determinación de acciones correctivas o disciplinarias.

Elaboró:

Profesional Esp Apoyo Planeación

Revisó:

Asesor de planeación y calidad

Aprobó:

Comité Gestión y desempeño

Este enfoque es coherente con los estándares del GAFI/FATF y con el enfoque basado en riesgo adoptado por el CONPES 4042.

### Revisión y actualización de matrices de riesgos

La revisión de la matriz del PTEE y de la matriz del SIARC constituye un componente esencial del monitoreo. Para la Actualización y/o modificación de este proceso se debe contemplar:

- Ajustes derivados de nuevas amenazas, normativa reciente o cambios institucionales.
- Incorporación de riesgos emergentes identificados por entidades de control, autoridades sanitarias o fuentes internacionales.
- Evaluación del riesgo residual para determinar si los controles requieren fortalecimiento.
- Inclusión de riesgos asociados a procesos clínicos, contractuales, financieros y tecnológicos.

Las matrices deben reflejar la realidad dinámica de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz y no permanecer como un instrumento estático.

### Articulación con auditorías internas y control disciplinario

El monitoreo se enlaza directamente con:

- El Plan Anual de Auditoría Interna, que verifica el cumplimiento y eficacia del sistema de control interno.
- Las revisiones, seguimientos y auditorias de la Oficina de Control Interno, conforme a la Ley 87 de 1993.
- Las verificaciones del Oficial de Cumplimiento, en el marco del SIARC.
- Las actuaciones del proceso de control disciplinario interno, cuando se identifican indicios de irregularidad.

Este componente asegura una vigilancia integral y coordinada del sistema de riesgos.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

## Retroalimentación y mejora continua

La información obtenida del monitoreo se utilizara como insumo fundamental en aspectos tales como:

- La actualización de políticas, manuales y procedimientos.
- La planeación estratégica y la asignación de recursos.
- La toma de decisiones de la alta gerencia.
- Las actividades de formación en integridad, ética y gestión del riesgo.

El monitoreo, por tanto, no solo vigila, sino que transforma y fortalece la gestión institucional.

El seguimiento constante del riesgo permite que la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz actúe con anticipación, transparencia y responsabilidad frente a situaciones que podrían afectar la misión asistencial o los recursos públicos. Más allá de su componente técnico, el monitoreo garantiza que la institución mantenga un sistema ético, sólido y adaptable, capaz de responder a los desafíos que plantea un entorno regulatorio cambiante y un sector salud altamente expuesto a riesgos.

## PROCEDIMIENTO DE CONFLICTOS DE INTERESES

La administración de los conflictos de interés constituye un componente esencial del Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz. Su adecuada gestión garantiza que las decisiones se adopten con imparcialidad, transparencia y coherencia con el interés general, evitando que situaciones personales, familiares, económicas o profesionales influyan o parezcan influir en el ejercicio de la función pública.

Este procedimiento se desarrolla en cumplimiento de los lineamientos de la Circular Externa SIARC, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017), la Ley 2195 de 2022, la Ley 1474 de 2011, la Ley 734 de 2002 (Régimen Disciplinario) y los principios constitucionales de moralidad, imparcialidad y responsabilidad administrativa.

### 1. Identificación del Conflicto de Interés

El proceso inicia con la detección de situaciones que puedan comprometer la objetividad de un funcionario, contratista o tercero vinculado a la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz. Para ello se debe considera:

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

- Relaciones familiares o personales que puedan influir en decisiones laborales, contractuales o financieras.
- Intereses económicos propios o de terceros vinculados al servidor.
- Participación en actividades privadas que puedan interferir con el rol institucional.
- Relación con proveedores, contratistas, donantes o entidades externas con las cuales exista un vínculo previo.
- Cualquier circunstancia que pueda generar beneficio particular o perjuicio al interés público.

La identificación puede realizarla el propio servidor (autodetección), un superior jerárquico o un tercero que conozca la situación.

## 2. Declaración y Registro Formal

Una vez identificado, el funcionario debe declarar el conflicto de interés de manera inmediata, conforme a las obligaciones previstas en la normatividad vigente así:

- Artículos de integridad del Decreto 1083 de 2015.
- Artículos 34 y 35 de la Ley 734 de 2002 (prohibiciones disciplinarias).
- Artículo 20 de la Ley 2195 de 2022, que exige la adopción de mecanismos de integridad.

La declaración se formalizara mediante el cumplimiento de los siguientes parámetros:

- Diligenciamiento de formato institucional de conflicto de interés.
- Registro en el sistema documental del hospital.
- Comunicación por escrito a la jefatura correspondiente o al Oficial de Cumplimiento.

Este registro permite trazabilidad, control y evidencia para auditorías internas y externas.

**Elaboro:**


Profesional Esp Apoyo Planeación

**Reviso:**

Asesor de planeación y calidad

**Aprobó:**

Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 43 de 80

### 3. Evaluación del Riesgo Asociado

Posterior a la declaración, la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz debe realizar un análisis técnico del conflicto para determinar:

- Gravedad y alcance potencial.
- Procesos afectados (contratación, compras, gestión clínica, finanzas, talento humano).
- Riesgo de afectación al patrimonio público o a la integridad institucional.
- Necesidad de apartar al servidor o modificar su intervención en el proceso.

Este análisis se realiza bajo criterios del SIARC y del componente de “gestión del riesgo” del MIPG.

### 4. Tratamiento y Resolución del Conflicto

A partir de la evaluación, se adoptan medidas proporcionales al nivel de riesgo:

- Abstención del funcionario:** Cuando el conflicto afecta directamente el proceso, el servidor debe retirarse de la decisión o trámite.
- Sustitución temporal o reasignación de funciones:** Se designa a otro funcionario para garantizar imparcialidad.
- Restricción de acceso a información sensible o decisiones críticas:** Aplicable en situaciones donde el conflicto es potencial, no evidente.
- Declaración pública o transparencia reforzada:** Se utiliza cuando la situación no puede eliminarse, pero debe ser conocida por superiores o la comunidad.
- Medidas disciplinarias:** Cuando el servidor oculta, manipula o falsea información, se activa la ruta disciplinaria y contractual conforme a la Ley 734 y la Ley 1474.

### 5. Documentación, Seguimiento y Cierre

Todo el proceso debe quedar íntegramente documentado, incluyendo:

- Declaración inicial.
- Análisis del riesgo asociado.
- Medida adoptada.
- Tiempo de vigencia de la medida.
- Soportes de seguimiento.

El cierre se formaliza cuando el riesgo desaparece, la situación personal cambia o se adoptan medidas que eliminan el conflicto.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

## 6. Articulación Institucional

Este procedimiento se considera integrado y transversal a:

- El PTEE y su matriz de riesgos.
- El SIARC, especialmente para riesgos de corrupción y fraude.
- El Sistema de Control Interno (Ley 87 de 1993).
- El Código de Ética y buen Goberdel HUEM.
- El Comité Institucional de Gestión y Desempeño, como instancia de seguimiento.

### Sentido ético del procedimiento

La adecuada administración del conflicto de interés no solo evita irregularidades; fortalece la confianza ciudadana, preserva la imparcialidad del servidor público y protege la integridad institucional.

Reconocer un conflicto no es una falta, es un acto de ética pública que demuestra compromiso con el interés general, con la función misional de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz y con la dignidad de los usuarios.

### CODIGO DE ÉTICA

El Código de Ética Institucional constituye uno de los pilares del Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz y representa el marco de referencia que orienta el comportamiento de todos los servidores públicos, contratistas, estudiantes en prácticas, proveedores y demás actores vinculados a la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz. Su función es establecer con claridad los principios, valores y estándares de conducta que deben guiar la actuación institucional, asegurando que las decisiones se adopten con integridad, imparcialidad y pleno respeto por el interés general.

La adopción de este Código responde a los lineamientos fijados por la Circular Externa SIARC, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017), la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), la Ley 2195 de 2022, la Ley 734 de 2002 (Régimen Disciplinario) y el Decreto 1083 de 2015, así como a los principios

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

constitucionales de moralidad, legalidad, eficacia y responsabilidad administrativa. También incorpora buenas prácticas internacionales en materia de integridad y cumplimiento, recomendadas por el GAFI/FATF y organismos de gobernanza pública.

El Código de Ética define el marco de conducta que deben observar quienes participan en los procesos hospitalarios.

Promueve una cultura de integridad y responsabilidad en el ejercicio de la función pública.

Establece principios que orientan la toma de decisiones en contextos complejos.

Fomenta la transparencia, la rendición de cuentas y la protección del recurso público.

Sirve como herramienta preventiva frente a riesgos de corrupción, fraude, conflicto de interés, soborno y conductas indebidas.


Su propósito es alinear las actuaciones institucionales con los valores de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz y con las expectativas de la ciudadanía.

El Código incorpora principios derivados de la Constitución y del marco jurídico colombiano, entre ellos:

- **Integridad:** actuar siempre con rectitud, coherencia y vocación de servicio.
- **Imparcialidad:** tomar decisiones objetivas, libres de intereses personales o presiones externas.
- **Legalidad:** Cumplir y hacer cumplir la ley en todas las actuaciones.
- **Transparencia:** Garantizar la publicidad, trazabilidad y claridad de los actos administrativos.
- **Responsabilidad:** Asumir las consecuencias de las decisiones adoptadas.
- **Respeto por la dignidad humana:** Orientar toda actuación hacia la protección del paciente y de la comunidad.
- **Confidencialidad:** Proteger la información institucional y la historia clínica.
- **Buen uso del recurso público:** Asegurar eficiencia, austeridad y correcta destinación de los bienes estatales.

Estos principios se traducen en compromisos concretos para cada colaborador de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz y se integran en los procesos misionales, administrativos y asistenciales.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 46 de 80

## Valores institucionales de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz

El Código recoge los valores que caracterizan la identidad organizacional de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz:

**RESPECTO:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

**HONESTIDAD:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

**COMPROMISO:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

**DILIGENCIA:** Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

**JUSTICIA:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

Adicional a lo anterior, conforme a las necesidades de transformación cultural y la permanencia de la institución en el sector, se reconoce la gestión del conocimiento y la gestión del cambio como una prioridad institucional, razón por la cual, la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz adopta un valor corporativo adicional **INNOVACIÓN** aprobado en el Grupo de Integridad y buen gobierno mediante Acta del 19 de Junio de 2024 **INNOVACIÓN:** Estimulo la creatividad y soy abierto al cambio para crear nuevas realidades que me permitan mejorar continuamente.

Estos valores orientan la cultura institucional y sirven como guía para resolver dilemas éticos cotidianos.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

## Estándares de conducta obligatoria

El Código de Ética establece reglas de comportamiento que deben observarse en todo momento, incluidas:

- Prohibición de recibir regalos, beneficios o dádivas que comprometan la objetividad.
- Obligación de declarar y gestionar conflictos de interés.
- Protección estricta de la información clínica y administrativa.
- Trato digno y humanizado a los usuarios, familiares y acompañantes.
- Neutralidad en decisiones de contratación y selección.
- Prohibición de usar bienes institucionales para fines privados.
- Cumplimiento de los protocolos asistenciales, administrativos y financieros.
- Respeto por la cadena de mando y el debido proceso.

El desconocimiento de estas reglas activa las rutas disciplinarias, fiscales y penales correspondientes.

## Mecanismos de promoción y divulgación

Para garantizar que el Código sea comprendido y aplicado, la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz implementará:

- Capacitación obligatoria en ética pública para funcionarios, y colaboradores en general.
- Inducción y reinducción con enfoque en integridad.
- Divulgación permanente mediante medios institucionales.
- Espacios de reflexión ética y gestión de dilemas.
- Acompañamiento del Oficial de Cumplimiento y de Control Interno.

## Relación del Código con el PTEE, el SIARC y el MIPG

El Código de Integridad y Buen Gobierno de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz se articula con:

- La Matriz de Riesgos del PTEE.
- El Sistema Integral de Administración de Riesgos (SIARC).
- El Modelo de Control Interno (Ley 87 de 1993).
- El componente de Talento Humano del MIPG.
- La política de integridad institucional.

**Elaboro:**


Profesional Esp Apoyo Planeación

**Reviso:**

Asesor de planeación y calidad

**Aprobó:**

Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 48 de 80

De esta manera, el Código no es un documento aislado, sino una herramienta transversal que orienta todos los procesos de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz.

El Código de Integridad y buen Gobierno es el fundamento moral de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz. Su cumplimiento expresa el compromiso de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz con la ciudadanía, con la transparencia, con la vida y con la dignidad humana. A través de este instrumento, la institución afirma que la integridad no es solo una obligación legal, sino un valor que protege a los pacientes, respalda a los servidores públicos y garantiza la confianza en el servicio de salud.

### CANALES DE DENUNCIA

Los canales de denuncia constituyen un pilar esencial del Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, al permitir que cualquier persona, funcionarios, contratistas, estudiantes, proveedores, visitantes o usuarios, pueda reportar hechos irregulares, conductas indebidas, actos sospechosos o situaciones que representen riesgo para la integridad institucional.

La existencia de canales seguros y confiables es una obligación prevista en la Circular Externa SIARC, la Ley 1474 de 2011 (art. 76), la Ley 2195 de 2022, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017) y los estándares internacionales de integridad pública y protección del denunciante promovidos por el GAFI/FATF y organismos de gobernanza pública.

Los canales de denuncia de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz tienen como finalidad:

- Facilitar la comunicación oportuna de hechos irregulares.
- Detectar y prevenir riesgos de corrupción, fraude, soborno, tráfico de influencias, conflicto de interés y LA/FT.
- Activar rutas disciplinarias, fiscales, administrativas o penales según corresponda.
- Proteger al denunciante de cualquier acto de represalia, intimidación o vulneración de derechos.
- Fortalecer la transparencia, la rendición de cuentas y el control social dentro de la institución.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

Conforme al marco normativo, los canales deben cumplir los siguientes criterios:

**a) Seguridad y confidencialidad:** Los mecanismos implementados deben asegurar:

- Reserva estricta de identidad del denunciante.
- Protección de la información suministrada.
- Acceso restringido únicamente a personal autorizado.
- Registros electrónicos con trazabilidad, integridad y custodia.

**b) Anonimato garantizado:** Las normas anticorrupción permiten y protegen la denuncia anónima, siempre que contenga información verificable. La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz debe contar con canales que permitan reportes sin identificación personal.

**c) Accesibilidad y disponibilidad permanente**

Los canales de denuncia en la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz deberán cumplir con los siguientes conceptos:

- Fáciles de usar.
- Disponibles para toda la comunidad hospitalaria.
- Inclusivos para personas con limitaciones tecnológicas o de lectura.
- Habilitados de manera continua (24/7 en los medios virtuales).

**d) Independencia e imparcialidad**

La administración del canal de denuncias será responsabilidad del:

- Oficial de Cumplimiento SIARC.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

## Tipos de canales de denuncia de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz

El PTEE considera la implementación de diversas modalidades, entre ellas:

- Canal virtual institucional mediante formulario seguro, Línea Ética.
- Línea telefónica con atención protocolizada.
- Correo electrónico exclusivo para denuncias.
- Buzones físicos ubicados en zonas estratégicas del hospital.
- Canal anónimo SIARC, cuando la situación se relaciona con riesgos de LA/FT, corrupción o fraude.
- Ventanas de atención personal, previa reserva.

Cada mecanismo se encuentra documentado y difundido ampliamente entre funcionarios y usuarios.

### Procedimiento Para la Gestión de Denuncias

El tratamiento de las denuncias sigue un proceso estructurado que comprende:

**Recepción y Registro:** Toda denuncia, sin importar su forma o contenido, debe ser registrada en el sistema documental de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, adicionalmente deberá generarse un número de radicado o trazabilidad interna y mantener reserva total de la información.

**Análisis preliminar:** El Oficial de Cumplimiento verificara la Verosimilitud del relato así como también los riesgos asociados, la necesidad de adoptar medidas urgentes y la competencia de la instancia encargada.

**Clasificación del caso:** El caso se puede clasificar así:

- Irregularidad disciplinaria.
- Posible acto de corrupción.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

- Señal de LA/FT.
- Conflicto de interés.
- Maltrato, abuso o vulneración de derechos.
- Inconsistencias contractuales o financieras.

**Activación de la ruta correspondiente:** Dependiendo del tipo de caso, se activará la ruta según corresponda:

- Proceso disciplinario.
- Traslado a Fiscalía, Procuraduría o Contraloría.
- Intervención de la Gerencia.
- Auditoría interna.
- Protocolos de SIARC cuando aplique.

**Respuesta y Retroalimentación:** Cuando la denuncia no es anónima, el denunciante recibe respuesta formal dentro de los plazos normativos, preservando siempre su integridad y privacidad.

**Protección al denunciante:** La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz garantiza que ningún denunciante sufrirá represalias por reportar hechos irregulares, conforme a lo establecido en la normatividad vigente:

- Art. 76 de la Ley 1474 de 2011.
- Directrices de la Ley 2195 de 2022.
- Principios de ética pública y deber de protección institucional.

La protección que se brindará al denunciante debe incluir:

- No traslado arbitrario.
- Prohibición de sanciones injustificadas.
- Confidencialidad absoluta.
- Acompañamiento institucional cuando sea necesario.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

**Monitoreo y mejora del canal de Denuncias:** La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz evaluará periódicamente:

- El funcionamiento de cada canal.
- El número, naturaleza y tendencia de las denuncias.
- La efectividad de las medidas adoptadas.
- La necesidad de mejorar accesibilidad o seguridad.

Las conclusiones se reportan al CIGD, la Gerencia y la Oficina de Control Interno, alimentando la mejora continua del PTEE.

Los canales de denuncia no son solo un requisito legal, ellos representan una oportunidad para fortalecer la integridad de La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, expresar respeto por la ciudadanía y construir confianza con los usuarios y funcionarios. Permiten detectar de forma temprana situaciones que podrían afectar la vida, la salud, los recursos públicos o la legitimidad institucional. Por ello, constituyen un mecanismo vital para consolidar un hospital transparente, seguro y comprometido con el interés general.

### **POLITICAS DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA**

Las Políticas de Transparencia y Ética Pública de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz constituyen un conjunto de lineamientos institucionales que orientan el comportamiento de los servidores públicos, la gestión administrativa y la interacción con la ciudadanía. Estas políticas establecen los compromisos mínimos de integridad, publicidad, probidad y rendición de cuentas que deben cumplirse en todos los procesos, conforme a los principios constitucionales de moralidad, eficacia, imparcialidad y responsabilidad administrativa.

Su adopción es una exigencia de la Circular Externa SIARC, la Ley 2195 de 2022, la Ley 1474 de 2011, la Ley 1712 de 2014 (Transparencia y Acceso a la Información), la Ley 1755 de 2015 (Derecho de Petición), el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017), y los lineamientos de gobierno abierto y anticorrupción promovidos por organismos internacionales como el GAFI/FATF, la OCDE y la OEA.

Estas políticas se formalizan mediante documentos institucionales aprobados por la Junta Directiva y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD), y son divulgadas a toda la comunidad hospitalaria mediante estrategias de comunicación interna, capacitación y orientación permanente.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

## Transparencia en la gestión institucional

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz se compromete a garantizar que toda actuación administrativa sea accesible, trazable y verificable. Esto comprende:

- Publicidad activa de información en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014.
- Disponibilidad de información clara sobre contratación, ejecución presupuestal y resultados en salud.
- Mecanismos para asegurar que los documentos públicos estén actualizados, completos y accesibles a la ciudadanía.
- Restricciones estrictas al uso de información privilegiada o confidencial.

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz busca prevenir la opacidad, reducir riesgos de corrupción y fortalecer el control social.

## Ética pública en el ejercicio de la función

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz declara la ética como eje transversal de su gestión, por lo que velará por:

- Promover una conducta íntegra, imparcial y coherente con los principios constitucionales.
- Evitar y declarar conflictos de interés, conforme al Decreto 1083 de 2015 y la Ley 2195.
- Rechazar cualquier forma de soborno, dádiva o conducta indebida.
- Garantizar que los funcionarios actúen siempre en defensa del interés general y del bienestar del paciente.
- Incorporar estándares de comportamiento ético en procesos de selección, evaluación y permanencia del talento humano.

Elaboro:

Profesional Esp Apoyo Planeación

Reviso:

Asesor de planeación y calidad

Aprobó:

Comité Gestión y desempeño

### Publicidad, acceso y protección de la información

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz establece reglas claras para el manejo de la información institucional y para la protección de los posibles denunciantes de actos de que atenten contra la ética e integridad institucional así:

- Cumplimiento estricto del derecho fundamental de acceso a la información pública (Ley 1712 y Ley 1755).
- Protección de datos personales de usuarios y funcionarios (Ley 1581 de 2012).
- Salvaguarda de la historia clínica según la Ley 23 de 1981 y normas complementarias.
- Transparencia en el uso de sistemas de información y plataformas digitales.
- Criterios de clasificación, reserva y disponibilidad de información.

### Integridad en los procesos de contratación y compras

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz adopta medidas orientadas a prevenir y mitigar riesgos en los procesos contractuales o de contratación, por lo tanto garantizará:

- Aplicación de principios de selección objetiva, economía y transparencia.
- Debida diligencia a proveedores y contratistas, conforme al SIARC.
- Prohibición de prácticas restrictivas, colusorias o de favorecimiento indebido.
- Divulgación permanente de los procesos de contratación pública.
- Mecanismos de control interno y externo para los procesos de adquisición de bienes y servicios.

### Conducta ética en el manejo del recurso público

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz promueve el uso responsable y austero de los recursos, por lo tanto será garante de:

- Prohibición de desvío, mal uso o destinación irregular de bienes institucionales.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

- Criterios claros para gastos, inversiones, donaciones y administración de inventarios.
- Seguimiento financiero y presupuestal bajo estándares de control interno (Ley 87 de 1993).
- Medidas para evitar el favorecimiento personal o de terceros mediante recursos públicos.

### **Cultura organizacional y pedagogía ética**

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz desde su plan anual de capacitaciones y desde las políticas de transparencia y ética sostendrá acciones permanentes de formación en:

- Programas de capacitación obligatoria en integridad, anticorrupción, LA/FT y conflicto de interés.
- Estrategias de sensibilización sobre trato digno, cultura del cuidado y humanización.
- Espacios institucionales de reflexión y análisis de dilemas éticos.
- Material pedagógico destinado a reforzar la apropiación de las políticas.

### **Responsabilidad institucional y mecanismos de control**

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz incluye obligaciones claras frente a:

- Reporte de hechos irregulares a través de canales seguros.
- Seguimiento de auditorías internas y externas.
- Actuación inmediata ante situaciones que afecten la integridad institucional.
- Evaluación anual de las políticas y actualización periódica conforme a SIARC y al MIPG.

**Elaboro:**

Profesional Esp Apoyo Planeación

**Reviso:**

Asesor de planeación y calidad

**Aprobó:**

Comité Gestión y desempeño

## SISTEMA DOCUMENTAL DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA

El Sistema Documental del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) constituye la estructura formal mediante la cual se registran, organizan, actualizan y preservan todos los documentos que soportan la implementación, ejecución, seguimiento y mejora del programa. Este componente garantiza que las políticas, procedimientos, controles, responsabilidades y evidencias del PTEE se encuentren consignados en documentos oficiales, trazables y protegidos, permitiendo su consulta, verificación y auditoría interna o externa en cualquier momento.

Su diseño y funcionamiento se ajustan a los lineamientos de la Circular Externa SIARC, a la normativa archivística nacional establecida en la Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos), al marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017), al Decreto 1083 de 2015 en materia de producción documental y actos administrativos, así como a las obligaciones de control interno previstas en la Ley 87 de 1993. Además, incorpora las buenas prácticas internacionales en sistemas de gestión documental y cumplimiento, recomendadas por organismos como el GAFI/FATF, la OCDE y la OEA.

### Finalidad del Sistema Documental

El Sistema Documental del PTEE tiene como objetivos:

- Proporcionar evidencia formal de todas las etapas de implementación del programa.
- Garantizar la trazabilidad de las decisiones, procedimientos y controles asociados a la integridad institucional.
- Asegurar que los documentos estén actualizados, aprobados y disponibles para los diferentes actores internos y externos.
- Facilitar el ejercicio de auditorías, supervisiones y control social.
- Cumplir los estándares de gestión documental establecidos por la normatividad colombiana.

**Elaboro:**

Profesional Esp Apoyo Planeación

**Reviso:**

Asesor de planeación y calidad

**Aprobó:**

Comité Gestión y desempeño

## Tipología documental del PTEE

El sistema integra diferentes tipos de documentos, los cuales estarán establecidos de la siguiente forma:

### Documentos normativos y estratégicos

- Resolución de adopción del PTEE.
- Políticas institucionales de transparencia, ética, integridad y conflicto de interés.
- Manuales de cumplimiento y de gestión del riesgo.

### Documentos procedimentales

- Procedimientos operativos del PTEE.
- Instructivos y guías para la aplicación de controles.
- Mapas y matrices de riesgos SIARC y SIGR

### Documentos de soporte

- Actas de la Junta Directiva y del CIGD relacionadas con decisiones del programa.
- Informes de auditoría interna y reportes de seguimiento.
- Registros de capacitaciones, campañas y acciones pedagógicas.
- Evidencias de debida diligencia a proveedores, contratistas y terceros.
- Reportes del canal de denuncias, con las restricciones de reserva establecidas por la ley.

**Elaboro:**

Profesional Esp Apoyo Planeación

**Reviso:**

Asesor de planeación y calidad

**Aprobó:**

Comité Gestión y desempeño

### Documentos de actualización

- Versiones anteriores del PTEE.
- Ajustes por cambios normativos, riesgos emergentes o directrices de la Supersalud.
- Cronograma de revisiones y mejoras el cual deberá ser transversal con el Sistema Integrado de Gestión del Riesgo previa concertación.

### Requisitos jurídicos del documento controlado

Conforme al Decreto 1083 de 2015 y la Ley 594 de 2000, los documentos del PTEE deben cumplir con lo estipulado así:

- Tener identificación única y versión vigente.
- Ser aprobados mediante acto administrativo o instancia competente.
- Mantener trazabilidad de cambios, modificaciones y responsables.
- Cumplir con políticas de archivo, digitalización, retención y disposición final.
- Contar con mecanismos de autenticación, integridad y custodia.

Asimismo, deben garantizar confidencialidad cuando contengan información reservada, especialmente relacionada con denuncias, investigaciones o datos personales (Ley 1581 de 2012).

### Gestión, preservación y acceso

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz garantiza la adecuada administración del sistema documental mediante herramientas como:

- Un repositorio digital seguro, con acceso diferenciado por perfiles.
- Almacenamiento físico organizado según tablas de retención documental.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

- Protocolos de consulta para auditores internos, entes de control y funcionarios autorizados.
- Trazabilidad de accesos y modificaciones.
- Mecanismos de respaldo y continuidad operativa.

El acceso a los documentos está regulado por la Ley 1712 de 2014, diferenciando entre información pública, reservada y clasificada.

### Actualización y mejora constante

El sistema documental es dinámico. Por consiguiente Se actualizara teniendo en cuenta lo siguiente:

- Cuando cambian las normas (Ley 2195, circulares SIARC, decretos).
- Cuando la Gerencia o el CIGD adoptan nuevas políticas.
- Cuando los riesgos evolucionan o se identifican vulnerabilidades nuevas.
- Cuando auditorías recomiendan ajustes estructurales o procedimentales.

Cada actualización debe quedar formalmente registrada y respaldada mediante acto administrativo o informe técnico.

### Relación del sistema documental con el control interno

El sistema documental propenderá por facilitar entre otros:

- La supervisión del PTEE por parte de la Oficina de Control Interno.
- El cumplimiento del Plan Anual de Auditorías.
- La rendición de cuentas
- La verificación del cumplimiento de estándares SIARC.

De esta manera, se constituye en un instrumento para consolidar una gestión transparente, ordenada y responsable.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

## DEBIDA DILIGENCIA FRENTE A LA/FT, CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO

La debida diligencia es un mecanismo preventivo mediante el cual La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz verifica la idoneidad, transparencia, reputación y cumplimiento legal de los terceros con los que se relaciona (proveedores, contratistas, aliados estratégicos, estudiantes en prácticas, fundaciones, empresas transportadoras, donantes y demás actores externos), con el fin de prevenir, detectar y mitigar riesgos asociados a lavado de activos (LA), financiación del terrorismo (FT), financiación de la proliferación de armas (FPADM), corrupción, fraude, soborno transnacional y conflicto de interés.

Este componente es una obligación derivada de la Ley 2195 de 2022, la Ley 1778 de 2016, la Ley 1474 de 2011, el CONPES 4042 de 2021, la Circular Externa SIARC, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017), así como de las recomendaciones internacionales del GAFI/FATF para la gestión basada en riesgo.

La debida diligencia tiene como propósito:

- Evaluar la confiabilidad del tercero antes de establecer una relación contractual o institucional.
- Identificar riesgos de integridad provenientes de su comportamiento, historial o entorno empresarial.
- Evitar que La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz sea utilizado como canal para actividades ilícitas o irregulares.
- Proteger el recurso público, la reputación institucional y la confianza ciudadana.
- Garantizar que las decisiones sobre terceros sean transparentes y basadas en criterios objetivos.

La entidad clasifica y aplica diferentes niveles de revisión según el riesgo:

- **Diligencia ordinaria:** Para terceros con riesgo bajo o actividades no sensibles. Incluye validaciones mínimas de información y cumplimiento normativo.

Elaboro:

Profesional Esp Apoyo Planeación

Reviso:

Asesor de planeación y calidad

Aprobó:

Comité Gestión y desempeño

- **Diligencia avanzada:** Aplicable a terceros con exposición media o procesos que manejan recursos relevantes, acceso a información sensible o roles críticos.
- **Diligencia reforzada:** Se aplica cuando existen señales de alerta, operaciones atípicas, riesgo alto de LA/FT, historial reputacional dudoso o participación en procesos sensibles de La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz (contratación, compras de alto volumen, donaciones significativas, manejo de insumos médicos, contratación estratégica).

Esta clasificación se ajusta al enfoque basado en riesgo adoptado por el Estado colombiano a través del CONPES 4042 y las políticas institucionales así como también las herramientas aprobadas por el Comité de Gestión y desempeño.

Los Procedimientos de verificación y análisis de la debida diligencia incluye, al menos, las siguientes acciones:

- **Verificación de identidad y existencia:** Revisión de documentos legales del tercero.
- **Confirmación de representante legal y beneficiarios finales (Ley 2195 y estándares GAFI):** Validación en el Registro Único Empresarial y Social (RUES) o bases equivalentes.

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz consulta las listas restrictivas y antecedentes, se revisaran las siguientes:

- Listas vinculantes nacionales e internacionales (ONU, OFAC, EU, Interpol).
- Bases de datos de sanciones disciplinarias, fiscales o penales.
- Reportes reputacionales y antecedentes empresariales.
- Registros de la Contraloría, Procuraduría y Fiscalía.
- Sistema de denuncia pública cuando aplique.

La Circular SIARC exige evaluar e identificar señales de alerta tales como:

- Cambios abruptos en la estructura societaria.
- Inconsistencias económicas o financieras.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

- Participación inusual en procesos contractuales.
- Comportamiento irregular de representantes o intermediarios.
- Operaciones sin justificación comercial clara.

Se llevara a cabo un Análisis financiero y reputacional por lo que La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz puede solicitar a los contratistas o terceros:

- Estados financieros.
- Certificaciones tributarias.
- Referencias comerciales y bancarias.
- Evaluación de sostenibilidad y viabilidad del negocio.

De igual forma se realizará un Análisis del entorno del tercero donde se evalúa:

- Actividad económica.
- Ubicación geográfica.
- Riesgos del sector al que pertenece.
- Exposición a delitos fuente de LA/FT.
- Relación con organizaciones o actores sensibles.

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz con base en el análisis de diligencia, puede decidir:

- Autorizar la vinculación si no existen riesgos significativos.
- Vincular condicionadamente, implementando controles reforzados.
- Solicitar información adicional, cuando existan señales de alerta.
- Negar la vinculación, si el riesgo reputacional o legal es incompatible con el interés público.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

Toda decisión deberá quedar debidamente documentada.

Es importante destacar que La debida diligencia no finaliza con la evaluación inicial, por lo que La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz deberá cumplir con los siguientes lineamientos:

- Actualizar las verificaciones en listas restrictivas (semestral).
- Revalidar antecedentes en intervalos definidos por el SIARC.
- Verificar el comportamiento contractual y financiero.(anual)
- Detectar nuevas señales de alerta o cambios societarios.(semestral)
- Reportar operaciones sospechosas conforme al protocolo institucional.

Este monitoreo se integra al sistema de gestión del riesgo del PTEE y al control interno.

Cada proceso de debida diligencia debe quedar soportado y documentado mediante:

- Registros digitales y físicos.
- Actas, formularios y verificaciones.
- Análisis técnico de riesgos.
- Decisiones adoptadas y responsables.
- Evidencia de consultas realizadas.

La documentación se gestiona conforme a la Ley 594 de 2000 y el Sistema Documental del PTEE.

La debida diligencia se coordina y articula con los procesos institucionales en especial con:

- Oficina Jurídica (riesgos legales).
- Control Interno (evaluación de controles).

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

- Oficial de Cumplimiento SIARC (riesgos de LA/FT).
- Talento Humano (vinculación de personal).
- Tesorería y Finanzas (pagos y validaciones económicas).
- Comité Institucional de Gestión y Desempeño.
- Contratación de Bienes y Servicios GABYS

### **GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN Y LA/FT**

La gestión y administración del riesgo de corrupción, lavado de activos (LA), financiación del terrorismo (FT), financiación de la proliferación de armas (FPADM) y fraude constituye un eje transversal del Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz. Este componente se fundamenta en la obligación establecida en la Ley 2195 de 2022, complementada por el Estatuto Anticorrupción (Ley 1474 de 2011), la Ley 1778 de 2016 sobre soborno transnacional, el CONPES 4042 de 2021 y la Circular Externa SIARC de la Superintendencia Nacional de Salud, así como en las recomendaciones del GAFI/FATF relacionadas con la prevención del riesgo de LA/FT.

La finalidad es garantizar que todas las actividades, operaciones, relaciones contractuales y decisiones administrativas de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz se desarrollen dentro de un entorno seguro, ético y transparente, evitando que la institución sea utilizada como vehículo para prácticas irregulares o ilegales.

la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz adopta el enfoque basado en riesgo, principio rector del GAFI y del CONPES 4042, que exige evaluar y priorizar los riesgos conforme a:

- La naturaleza del proceso.
- Su relación con recursos públicos.
- El nivel de exposición a terceros.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

- La complejidad operacional.
- Las vulnerabilidades identificadas por el SIARC.

Este enfoque permite enfocar los esfuerzos institucionales en los riesgos más críticos y diseñar controles proporcionales y eficaces.

La gestión del riesgo implica reconocer eventos que puedan atentar contra la integridad institucional, tales como:

- Actos de corrupción administrativa.
- Pagos irregulares, sobornos o comisiones indebidas.
- Manipulación de información contractual, financiera o asistencial.
- Uso del hospital para canalizar recursos ilícitos.
- Vinculación de terceros incluidos en listas restrictivas.
- Donaciones o contratos sin soporte técnico o jurídico.
- Desvío o apropiación indebida de insumos, medicamentos o equipos.
- Conflictos de interés no declarados.
- Estafas, fraudes contables o alteración de documentos.

La identificación se integra a la matriz del PTEE y a la matriz SIARC.

Es importante destacar que cada riesgo se evalúa en términos de:

- **Probabilidad:** posibilidad de ocurrencia con base en evidencia histórica, vulnerabilidades y comportamiento institucional.
- **Impacto:** afectación a recursos públicos, servicios asistenciales, reputación o confianza ciudadana.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

- **Exposición:** combinación de amenazas, debilidades de control y características del proceso.
- **Riesgo residual:** nivel de riesgo que persiste pese a los controles existentes.

El análisis se realiza siguiendo criterios del SIGR, MIPG y del SIARC.

Los controles se estructuran para prevenir, detectar y corregir irregularidades al interior de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz

Dado que los riesgos de corrupción y LA/FT frecuentemente se originan en relaciones con terceros, la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz aplica mecanismos estrictos de verificación según obligación establecida por la Ley 2195 y a la Circular SIARC.

Este componente tiene una relación directa y obligatoria con el Sistema Integral de Administración de Riesgos de Corrupción, LA/FT y Fraude, el cual establece:

- Matrices específicas de riesgo.
- Indicadores de cumplimiento y exposición.
- Señales de alerta sectoriales.
- Parámetros para el monitoreo semestral.
- Procedimientos de reporte a la Supersalud.

El PTEE debe armonizarse con el SIARC para evitar duplicidades y garantizar la coherencia del sistema.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

## ESTRATEGIAS DE TRANSPARENCIA, ESTADO ABIERTO Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

La transparencia, entendida como la obligación del Estado de permitir el escrutinio ciudadano sobre su gestión, constituye un principio rector de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz y un componente esencial del Programa de Transparencia y Ética Empresarial. Las estrategias asociadas a la transparencia, al Estado abierto y al acceso a la información responden a mandatos explícitos de la Ley 2195 de 2022, la Ley 1712 de 2014, la Ley 1755 de 2015, el MIPG y las directrices de gobierno abierto promovidas por la OCDE, la OEA y organismos internacionales de integridad pública.

Estas estrategias buscan fortalecer el control social, impedir prácticas opacas, garantizar el uso adecuado del recurso público y consolidar una cultura de legalidad en todos los niveles de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz adopta el enfoque de Estado abierto entendido como la articulación de tres pilares fundamentales:

**Transparencia:** Entendida como la disponibilidad real y comprensible de la información pública.

**Participación ciudadana:** Todos aquellos espacios permanentes para que usuarios, veedurías y comunidad incidan en decisiones.

**Colaboración:** Trabajo conjunto entre la institución, la academia, veedurías, otras entidades públicas y organizaciones sociales.

Este enfoque promueve una institución más accesible, dialogante y sometida a escrutinio público.

De conformidad con la Ley 1712 de 2014, la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz garantiza la publicación proactiva de información esencial para el control ciudadano. Las estrategias que se ejecutaran incluirán, divulgación actualizada del Plan de Compras, Plan Anual de Adquisiciones, procesos contractuales y ejecución presupuestal, de igual forma incluirá la publicación de manuales, procedimientos, políticas, informes de auditoría y versiones actualizadas del PTEE, reportes periódicos

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

de indicadores asistenciales, financieros y de calidad del servicio, acceso a información sobre proveedores, talento humano en cargos estratégicos y autorizaciones relevantes.

De igual forma se deberá publicar en la página web los riesgos institucionales y acciones del SIARC, respetando la reserva legal, así como también se realizara la difusión de los informes de rendición de cuentas.

Toda la información debe estar presentada en lenguaje claro, con formatos accesibles y herramientas que faciliten su comprensión.

Es importante destacar que la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz garantiza el derecho de cualquier persona a solicitar y recibir información pública, conforme a la Ley 1755 de 2015. Para ello implementa los canales de denuncia antes mencionados.

### **Mecanismos de participación y control social**

- Audiencias de rendición de cuentas.
- Mesas de participación social en salud y comités de usuarios.
- Encuentros ciudadanos temáticos para discutir riesgos, contratos y proyectos hospitalarios.
- Canales de sugerencias, reclamos y vigilancia ciudadana.

Estos mecanismos cumplen con la Ley Estatutaria de Participación Ciudadana y fortalecen el vínculo entre la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz y la comunidad.

**Elaboro:**

Profesional Esp Apoyo Planeación

**Reviso:**

Asesor de planeación y calidad

**Aprobó:**

Comité Gestión y desempeño

## REDES INTERINSTITUCIONALES DE TRANSPARENCIA Y LEGALIDAD

La participación de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz en redes interinstitucionales de transparencia y legalidad constituye un mecanismo estratégico para fortalecer la prevención, detección y respuesta frente a riesgos de corrupción, fraude, LA/FT y prácticas contrarias a los principios de integridad pública. Esta obligación surge de los mandatos de la Ley 2195 de 2022, la Ley 1474 de 2011, las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017) y las orientaciones de la Circular Externa SIARC, que reconocen la necesidad de enfrentar los riesgos de integridad mediante acciones colaborativas entre entidades del Estado.

El trabajo en red permite integrar capacidades técnicas, fortalecer el intercambio de información, anticipar riesgos sectoriales y promover estándares homogéneos de buen gobierno.

La articulación con otras entidades tiene como finalidades:

- Fortalecer la capacidad del hospital para prevenir actos de corrupción y fenómenos asociados al LA/FT.
- Facilitar el intercambio de información pública, señales de alerta y buenas prácticas de integridad.
- Promover la estandarización de protocolos, procedimientos y metodologías de riesgo.
- Impulsar acciones de formación conjunta y asistencia técnica entre entidades.
- Coordinar respuestas institucionales cuando se identifiquen riesgos que superen la capacidad del hospital.
- Generar alianzas que permitan mejorar la transparencia en la contratación, la auditoría y la supervisión sectorial.

**Elaboro:**

Profesional Esp Apoyo Planeación

**Reviso:**

Asesor de planeación y calidad

**Aprobó:**

Comité Gestión y desempeño

## MECANISMOS DE CULTURA ÉTICA Y FORMACIÓN EN INTEGRIDAD

El fortalecimiento de una cultura ética institucional constituye un elemento esencial para la sostenibilidad del Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz. La Circular Externa SIARC establece que las políticas de integridad deben ser conocidas, comprendidas y apropiadas por todos los servidores públicos, contratistas, terceros vinculados y cualquier persona que ejerza funciones o actividades bajo la órbita institucional. Esto implica desarrollar acciones pedagógicas permanentes que garanticen que la ética no se limite a documentos formales, sino que se incorpore de manera efectiva en los comportamientos cotidianos y en la toma de decisiones.

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz adopta así un enfoque formativo que combina principios jurídicos, pedagogía organizacional y prácticas de gestión del talento humano para promover la integridad, prevenir conductas indebidas y consolidar una cultura de legalidad.

La institución implementa este componente con los siguientes objetivos:

- Fomentar comportamientos coherentes con los valores del servicio público y la misión hospitalaria.
- Prevenir la normalización de prácticas indebidas mediante procesos de sensibilización y reflexión.
- Lograr que todos los funcionarios comprendan su responsabilidad en la protección del recurso público.
- Generar un entorno laboral donde la integridad sea un estándar compartido y exigido colectivamente.
- Alinear la ética institucional con la normativa vigente y con los riesgos derivados del SIARC y del MIPG.

Desde el plan anual de capacitaciones la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz garantiza el despliegue y capacitación continua del PTEE estableciéndolo como de índole obligatoria y haciendo parte integral del programa de inducción y reinducción de los colaboradores indiferentemente de su modelo de contratación.

**Elaboro:**

Profesional Esp Apoyo Planeación

**Reviso:**

Asesor de planeación y calidad

**Aprobó:**

Comité Gestión y desempeño

## MONITOREO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL

El monitoreo, seguimiento y evaluación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) es un componente esencial para garantizar su efectividad, pertinencia y vigencia normativa. La Circular Externa SIARC ordena a las entidades realizar un “monitoreo periódico del nivel de riesgo y de la eficacia de los controles”, así como generar informes semestrales que permitan valorar el estado del sistema, identificar vulnerabilidades y orientar la toma de decisiones estratégicas. Este componente también se articula con la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017) y las prácticas de gobernanza recomendadas por la OCDE y el GAFI.

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz implementa este componente como un proceso técnico de carácter continuo, basado en evidencias verificables, y orientado a la mejora permanente de la integridad institucional.

El monitoreo tiene como propósitos principales:

- Evaluar de manera periódica la exposición de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz a riesgos de corrupción, LA/FT, fraude, conflicto de interés y debilidades de control.
- Verificar el cumplimiento de los procedimientos y políticas del PTEE en todos los procesos institucionales.
- Determinar la eficacia real de los controles implementados en la matriz de riesgos SIARC.
- Detectar oportunamente señales de alerta, comportamientos atípicos y patrones de riesgo emergentes.
- Garantizar acciones preventivas y correctivas basadas en evidencia.
- Retroalimentar la actualización formal del PTEE.

**Elaboro:**


Profesional Esp Apoyo Planeación

**Reviso:**

Asesor de planeación y calidad

**Aprobó:**

Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 72 de 80

## ACTUALIZACION PERMANENTE DEL PTEE

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz es un instrumento dinámico, cuya vigencia y efectividad dependen de su capacidad para ajustarse a los cambios normativos, a la evolución de los riesgos institucionales y a las directrices emitidas por organismos nacionales e internacionales. La Ley 2195 de 2022, en su parágrafo 3 del artículo 2, ordena que los programas de transparencia deben actualizarse cada vez que se modifiquen las normas aplicables o se identifiquen nuevas amenazas para la integridad pública. Este mandato se complementa con la Circular Externa SIARC, que exige la adecuación permanente del sistema de gestión de riesgos, y con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (Decreto 1499 de 2017), que establece el principio de mejora continua como obligación transversal para todas las entidades públicas.

En este marco, de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz adopta mecanismos formales y sistemáticos de actualización del PTEE, orientados a preservar su pertinencia, fortalecer su coherencia técnica y garantizar su alineación con los estándares de integridad más avanzados.

## ARTICULACIÓN DEL PTEE CON SIARC Y MIPG

La articulación entre el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), el Sistema Integral de Administración de Riesgos de Corrupción, LA/FT y Fraude (SIARC) y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) constituye una obligación legal y un requisito técnico indispensable para lograr una gestión pública coherente, eficiente y orientada a la integridad. La Ley 2195 de 2022 y la Circular Externa SIARC establecen expresamente que los sistemas de administración del riesgo deben integrarse con las políticas de transparencia y ética pública, evitando duplicidades, vacíos o contradicciones. Por su parte, el Decreto 1499 de 2017, que regula el MIPG, exige que las entidades adopten un enfoque sistémico donde la integridad, el control interno, la planeación y la gestión del riesgo actúen de manera articulada.

En este contexto, de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz adopta un modelo de integración que conecta los elementos estratégicos, operativos y de control, asegurando que las decisiones institucionales se tomen sobre la base de información confiable, análisis técnico y políticas unificadas.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

## **POLITICAS DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL – PTEE.**

La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, como entidad pública encargada de la prestación de servicios esenciales de salud, reconoce que la transparencia, la integridad y el cumplimiento normativo son pilares fundamentales para garantizar la confianza ciudadana y la legitimidad de la gestión pública. En virtud de esta responsabilidad y atendiendo a la evolución del marco jurídico anticorrupción en Colombia, la entidad formaliza su compromiso mediante la adopción de un cuerpo de políticas institucionales que sustentan el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE).

Estas políticas se fundamentan en un conjunto de disposiciones legales y administrativas que imponen obligaciones específicas en materia de prevención del riesgo, integridad del servidor público y fortalecimiento del control interno. Entre ellas se encuentran: la Ley 2195 de 2022, que introduce medidas para promover una cultura de legalidad y exige la adopción de programas de transparencia; la Ley 1474 de 2011, que estructura herramientas anticorrupción en el sector público; la Ley 1778 de 2016, que establece responsabilidad administrativa frente al soborno transnacional; la Ley 87 de 1993, marco del sistema de control interno; la Ley 489 de 1998, que regula la organización y funcionamiento de las entidades públicas; el Decreto 1499 de 2017, que organiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión; el CONPES 4042 de 2021, que incorpora las recomendaciones del GAFI para el enfoque basado en riesgo; y la Circular Externa SIARC, que define la obligación sectorial de gestionar riesgos de corrupción, lavado de activos, financiación del terrorismo y fraude en instituciones del sistema de salud.

A partir de estos mandatos, la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz adopta un marco político que trasciende la declaración formal para convertirse en una guía vinculante que orienta el comportamiento administrativo, financiero, asistencial y contractual de la entidad. Dicho marco establece que todas las actuaciones institucionales deben desarrollarse bajo criterios de legalidad, moralidad administrativa, eficiencia, imparcialidad y responsabilidad, conforme al artículo 209 de la Constitución Política, y bajo el entendimiento de que la misión hospitalaria exige niveles superiores de integridad debido al impacto directo que las decisiones públicas tienen sobre la salud, la vida y la dignidad humana.

**Elaboro:**


Profesional Esp Apoyo Planeación

**Reviso:**

Asesor de planeación y calidad

**Aprobó:**

Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 74 de 80

Las políticas aquí adoptadas son, por tanto, expresión del compromiso de La E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, con la prevención integral de riesgos, mediante la identificación temprana de amenazas y vulnerabilidades; la transparencia activa y pasiva, garantizando acceso real a la información pública; la ética pública, incorporada como criterio transversal en la gestión del talento humano; la cero tolerancia frente a actos de corrupción, fraude, soborno, opacidad o manipulación indebida de recursos; la debida diligencia aplicada a terceros, conforme a estándares nacionales e internacionales; la protección reforzada de denunciantes, preservando su integridad física, emocional y laboral; la armonización sistémica entre el PTEE, el SIARC y el MIPG, para asegurar coherencia entre control interno, planeación institucional y gestión del riesgo.

Estas políticas institucionales no se limitan a normar comportamientos individuales, sino que estructuran un ecosistema organizacional donde la integridad se convierte en parte del funcionamiento cotidiano de la entidad. Su aplicación, seguimiento y actualización permanente constituyen un deber de todos los servidores públicos, contratistas y colaboradores que intervienen en la misión hospitalaria, y un compromiso explícito de la alta dirección con la protección del recurso público, la garantía de derechos y la consolidación de un servicio de salud confiable y orientado al interés general.

### **CONSECUENCIAS DE INFRINGIR EL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL.**

Es responsabilidad de cada uno de los Directivos y colaboradores de **La E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ**, velar por el cumplimiento estricto de los lineamientos, políticas, normas y procedimientos que soportan el Programa de Transparencia y Ética Empresarial adoptado por y para la institución.

El incumplimiento de las obligaciones asociadas al Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) y de la normativa nacional anticorrupción, de administración del riesgo y de integridad pública puede generar consecuencias disciplinarias, fiscales, penales, administrativas y contractuales tanto para las personas naturales (servidores públicos, contratistas, proveedores o terceros vinculados) como para la institución.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

Estas sanciones están previstas en las leyes anexadas y en los estándares internacionales aplicables al sector salud.

## SANCIONES ADMINISTRATIVAS PERSONALES

Las personas naturales que intervienen en la gestión institucional, servidores públicos, contratistas, proveedores, asesores o cualquier tercero vinculado a procesos misionales, administrativos, clínicos o financieros, están sometidas a un régimen amplio de responsabilidad jurídica que deriva de los marcos disciplinario, penal, fiscal, administrativo y contractual vigentes en Colombia. El incumplimiento de las obligaciones éticas, legales o regulatorias previstas en el PTEE y en la normativa anticorrupción puede desencadenar sanciones individuales de alto impacto, cuyo alcance depende de la naturaleza de la conducta y de la función desempeñada.

La gravedad de estas sanciones refleja el mandato constitucional de proteger el patrimonio público y garantizar que quienes ejercen función pública actúen con integridad, imparcialidad y respeto por el interés general. los principales regímenes sancionatorios aplicables a las personas naturales son:

- Responsabilidad disciplinaria del servidor público o particular en función pública. Con Fundamento jurídico en la Ley 1952 de 2019 (Código General Disciplinario), Ley 734 de 2002, Ley 1474 de 2011, Ley 2195 de 2022.

Es importante destacar que todo funcionario, contratista o particular que ejerza funciones públicas puede ser investigado disciplinariamente cuando su conducta se aparta de los principios de la función administrativa (art. 209 C.P.) o vulnera los deberes de diligencia, honestidad y transparencia exigidos por el PTEE.

Las faltas disciplinarias pueden originarse por:

- Manipulación, alteración u ocultamiento de información
- Omisión en la aplicación de controles del SIARC o del PTEE
- Participación en actos de corrupción, fraude, colusión o soborno
- Interferencia indebida en procesos contractuales o asistenciales

Elaboro:

Profesional Esp Apoyo Planeación

Reviso:

Asesor de planeación y calidad

Aprobó:

Comité Gestión y desempeño

- Incumplimiento del deber de denuncia frente a actos irregulares
- Violación del código de integridad y buen gobierno institucional o de la política de conflicto de interés.

De presentarse alguna de las acciones antes mencionadas las posibles sanciones son:

- Destitución e inhabilidad general hasta por veinte años
- Suspensión del cargo o de la función asignada
- Multas disciplinarias proporcionales al daño causado
- Amonestación escrita con anotación en la hoja de vida;
- Inhabilidad especial para ejercer cargos públicos o contratar con el Estado.

La Ley 2195 introduce además medidas reforzadas para sancionar la opacidad deliberada en la gestión pública y el incumplimiento de controles internos anticorrupción.

### **Responsabilidad penal por conductas que constituyen delito**

Cuando la conducta irregular adquiere tipicidad penal, el servidor o contratista puede enfrentar un proceso Penal.

Si la conducta involucra soborno transnacional, se aplican además las reglas de la Ley 1778, que permiten sancionar al particular y a la organización que se benefició del hecho.

Cuando la acción u omisión de un funcionario o contratista genera un daño económico a la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, se configura responsabilidad fiscal individual la cual puede derivarse de:

- Omisiones en la custodia o administración de bienes públicos
- Irregularidades en inventarios, medicamentos o insumos críticos

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

- Decisiones negligentes que generen sobrecostos o pérdidas
- Fallas en la supervisión de contratos que permitan desvíos o incumplimientos.

Las sanciones ante este tipo de actos incluyen:

- Obligación de resarcir el daño con recursos propios
- Inscripción en el Boletín de Responsables Fiscales
- Inhabilidad para contratar o ejercer cargos públicos mientras la sanción esté vigente.

Los contratistas que incumplen obligaciones, participan en prácticas corruptas o vulneran los parámetros éticos del PTEE pueden enfrentar:

- Declaratoria de incumplimiento o caducidad del contrato
- Imposición de multas contractuales o cláusula penal pecuniaria
- Terminación unilateral del contrato por parte de la entidad
- Inhabilidad para contratar con el Estado conforme al SECOP y la Ley 80
- Sanciones administrativas derivadas de soborno transnacional (Ley 1778).

Cuando la conducta afecte la integridad del proceso contractual, la entidad está obligada a reportar el caso a la Fiscalía, Procuraduría, Contraloría y al RUES, según corresponda.

La Responsabilidad Individual por incumplimiento del Sistema Integral de Administración de Riesgos (SIARC) según lo establece la circular SIARC se genera cuando un funcionario o contratista:

- No aplica las listas restrictivas

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

- Omite alertas tempranas en contratación o pagos
- Aprueba transacciones sin controles de debida diligencia
- Manipula o destruye información del SIARC
- Incumple obligaciones de reporte establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Estas omisiones pueden derivar en sanciones disciplinarias, penales o contractuales, dependiendo de la afectación generada.

Independientemente de los mecanismos externos de control, la entidad aplicara medidas internas así:


- Suspensión temporal de funciones
- Reasignación de responsabilidades
- Llamados de atención formales
- Apertura de investigaciones internas
- Exclusión de comités o procesos críticos.

Estas sanciones buscan preservar la integridad institucional y proteger los procesos de riesgo.

Nota:

Son sujetos de sanción administrativa conforme a la Ley 1438 de 2011, modificada por la Ley 1949 de 2019, la inobservancia e incumplimiento de las normas establecidas en este Programa por: Representante legal, jefe de presupuesto, revisor fiscal, tesorero y de más funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos, funcionarios y empleados del sector público y particulares que cumplan funciones públicas de forma permanente o transitoria.

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño


	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 79 de 80

- Cuando se notifique una la sanción por la Superintendencia Nacional de Salud u otro organismo de vigilancia y control, a nivel interno, se traslada a la hoja de vida del funcionario respectivo y se realizará lo correspondiente por Control Disciplinario (Si hay lugar).
- En el procedimiento de evaluación a nivel interno de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, se identifica falta grave al Programa de Transparencia y Ética Empresarial, ó al Sistema Integrado de Gestión de Riesgo calificada como conducta anti ética, por hecho de corrupción, opacidad, fraude o soborno, se aplica lo establecido en el código de integridad y buen gobierno, según el caso se evidencia en la hoja de vida y/o se realizan las respectivas denuncias ante los entes de vigilancia y control.
- Dará lugar al inicio de proceso administrativo sancionatorio, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias, fiscales, penales o civiles que puedan derivarse y las sanciones que puedan impones las diferentes autoridades judiciales y/o administrativas.

## SANCIONES LABORALES

Se aplican cuando el representante legal, Junta Directiva o demás colaboradores de **La E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** han violado alguna disposición legal, o cuando se evidencian hechos u omisiones a que se refieren las disposiciones legales o normativas que se mencionan en los diferentes capítulos del presente Programa, o de los hechos u omisiones que modifiquen o se adicionen a tales normas. Cualquier incumplimiento en los procedimientos y políticas descritas y derivadas del presente Programa se considera como falta grave según el reglamento Interno de Trabajo.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño

	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	CODIGO: PE-PG-005
		VERSION: 3
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL PTEE	FECHA: DIC 2025
		Página 80 de 80

10. CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAGINA	APROBÓ	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
1	25 de Enero de 2024	1-28	Comité de Gestión y desempeño	Versión Original
1	30 de Enero de 2025	1-39	Comité de Gestión y desempeño	Se Modifica según Decreto 1122 y anexo Técnico a PTEP. Se articula con el documento PE-PL-002 Plan Anticorrupción y atención al ciudadano y mapa de riesgos de corrupción
2	18 de diciembre de 2025	1-80	Comité de Gestión y desempeño	Se reestructura el programa por cambio en la normatividad vigente

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesional Esp Apoyo Planeación	Asesor de planeación y calidad	Comité Gestión y desempeño