



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA

**Estratégicos/Gestión Estratégica de Talento
Humano/Talento Humano**



**Sistema Integrado
de Gestión**



WWW.HOSPITALDELSARARE.GOV.CO

***Evolucionamos pensando
en Usted***



TRD. 321.28.124

Tabla de Contenido

CAPÍTULO 1. MARCO GENERAL.....	5
1.1. Definición y Propósito	5
1.2. Alineación Estratégica.....	5
1.3. Alcance y Ámbito de Aplicación	6
1.4. Enfoque Metodológico	6
1.5. Estructura del Programa	6
CAPÍTULO 2. COMPONENTE TRANSVERSAL.....	7
1.6. Declaración de Compromiso Institucional.....	7
1.7. Objetivos del PTEP	8
1.8. Alcance y Ámbito de Aplicación	8
1.9. Estructura de Roles y Responsabilidades (<i>Modelo de Tres Líneas de Defensa</i>)	9
1.10. Planeación e Integración Institucional.....	11
1.11. Reportes y Flujo de Información.....	12
1.12. Instancias de Coordinación.....	12
1.13. Estrategia de Formación y Pedagogía	12
1.14. Estrategia de Comunicación y Difusión Externa	13
1.15. Ciclo de Vida del Programa	13
CAPÍTULO 3. COMPONENTE PROGRAMÁTICO - ESTRATEGIA INSTITUCIONAL PARA LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN.....	14
3.1. EJE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN	14
3.1.1. Gestión de Riesgos para la Integridad.....	14

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

**Comité de Administración de
Riesgos**

Aprobó



TRD. 321.28.124

3.1.2.	Canales de Denuncia y Protección al Denunciante.....	15
3.1.2.1.	Gestión del Riesgo LA/FT/FPADM (<i>Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva</i>).....	16
3.1.3.	Debida Diligencia.....	17
3.2.	EJE 2: REDES Y ARTICULACIÓN.....	17
3.2.1.	Redes Internas.....	17
3.2.2.	Redes Externas.....	17
3.3.	EJE 3: CULTURA DE LA LEGALIDAD Y ESTADO ABIERTO.....	18
3.3.1.	Acceso a la Información y Transparencia.....	18
3.3.2.	Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas.....	18
3.3.3.	Integridad en el Servicio Público.....	19
3.3.4.	Ruta de Reporte Externo.....	19
3.3.5.	Mecanismo de Auditoría Especializada.....	20
3.4.	EJE 4: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.....	20
3.4.1.	Cumplimiento Estricto de la Ley 1712 de 2014.....	20
3.4.2.	Transparencia Activa: Publicidad Proactiva.....	21
3.4.3.	Gestión Documental y Trazabilidad.....	22
3.4.4.	Transparencia Pasiva (Atención a Solicitudes).....	22
3.5.	EJE 5: PARTICIPACIÓN CIUDADANA.....	22
CAPÍTULO 4.	VIGENCIA, ACTUALIZACIÓN Y APROBACIÓN.....	22
3.1.	Vigencia.....	22
3.2.	Criterios de Actualización.....	23



PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP)

CODIGO

THS-00-R07

REVISIÓN No.

02

FECHA DE APROBACIÓN

28/01/2026

PAGINA

4 de 24

TRD. 321.28.124

3.3.	Procedimiento de Modificación.....	23
3.4.	Control de Versiones.....	23
4.	Aprobación.....	24

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

**Comité de Administración de
Riesgos**

Aprobó



TRD. 321.28.124

CAPÍTULO 1. MARCO GENERAL

1.1. Definición y Propósito

El Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) del Hospital del Sarare E.S.E. se constituye como la herramienta maestra de cumplimiento normativo y gestión ética. Su propósito fundamental es pasar del cumplimiento formal a la efectividad material en la lucha contra la corrupción, garantizando que los recursos de la salud se destinen exclusivamente a la prestación de servicios de baja y mediana complejidad con atributos de calidad y seguridad.

Este programa integra y articula los esfuerzos previos de la entidad, evolucionando el anterior *Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE)* aprobado mediante Acuerdo 007 de 2023, para alinearlos con las exigencias del sector público y la Ley 2195 de 2022.

El PTEP tiene como pilares:

1. **Identificar, medir, controlar y monitorear** los riesgos de corrupción y los riesgos asociados a la opacidad y el fraude.
2. **Promover la Cultura de la Legalidad** en todos los niveles de la organización, desde la Junta Directiva hasta el personal operativo y contratistas.

1.2. Alineación Estratégica

El PTEP no es un documento aislado; es un componente transversal que blindará la **Plataforma Estratégica 2024-2027** aprobada mediante Acuerdo 021 de 2024.

- **Con la Misión:** Asegura que la prestación de servicios con "eficiencia, eficacia, sentido ético y responsabilidad social" no se vea comprometida por desviación de recursos o intereses particulares.
- **Con la Visión:** Para lograr ser una organización "*autosostenible y ambientalmente responsable*", el PTEP mitiga los riesgos fiscales y reputacionales que podrían amenazar dicha sostenibilidad.
- **Con la Política de Riesgos:** Se fundamenta en la **Resolución 205 de agosto de 2024**, la cual establece explícitamente que "para los riesgos de corrupción no hay aceptación del riesgo", adoptando una postura de **Tolerancia Cero**.

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

Comité de Administración de
Riesgos

Aprobó



TRD. 321.28.124

1.3. Alcance y Ámbito de Aplicación

El PTEP es de obligatorio cumplimiento y cubre todas las operaciones, procesos y subprocesos definidos en el Mapa de Procesos actualizado (Acuerdo 022 de 2024) .

Sujetos Obligados:

- **Nivel Directivo:** Junta Directiva, Gerencia y Subgerencias.
- **Nivel Asesor y de Control:** Oficina de Control Interno, Oficina Jurídica, Revisoría Fiscal.
- **Colaboradores:** Personal de planta, empleados oficiales y contratistas que prestan servicios bajo contrato.
- **Grupos de Interés:** Proveedores de insumos médicos y administrativos, usuarios, familias y entidades responsables de pago (EAPB) .

1.4. Enfoque Metodológico

Para la gestión del riesgo de corrupción, el Hospital del Sarare E.S.E. adopta la metodología del **Triángulo de la Corrupción** (Oportunidad, Presión y Racionalización), establecida en el Protocolo THS-08-T01.

- **Gestión del Riesgo:** Se basa en la norma ISO 31000 y los lineamientos del DAFP, integrando los subsistemas SARLAFT (Lavado de Activos) y SICOF (Corrupción, Opacidad y Fraude).
- **Modelo de Defensa:** Se estructura bajo el esquema de las **Tres Líneas de Defensa**, donde los líderes de proceso son la primera línea, la Oficina de Planeación/Calidad y el Comité de Riesgos actúan como segunda línea, y la Oficina de Control Interno ejerce el aseguramiento como tercera línea.

1.5. Estructura del Programa

De conformidad con el Anexo Técnico de la Secretaría de Transparencia, el PTEP del Hospital del Sarare se desarrolla en dos componentes esenciales:

A. Componente Transversal

Establece los cimientos éticos y administrativos. Incluye:

1. Declaración de Compromiso Institucional.

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

Comité de Administración de
Riesgos

Aprobó



TRD. 321.28.124

2. Objetivos y Alcance.
3. Planeación y alineación con el MIPG.
4. Esquema de responsables (Oficial de Cumplimiento, Comité de Riesgos).
5. Estrategias de Formación y Comunicación.
6. Mecanismos de Monitoreo y Auditoría.

B. Componente Programático (Estrategia de Lucha Contra la Corrupción)

Define las herramientas operativas para gestionar los riesgos específicos. Incluye:

1. **Gestión del Riesgo de Integridad:** Manejo de Conflictos de Interés (Guía THS-00-G05).
2. **Canales de Denuncia:** Protocolos de reporte y protección al denunciante.
3. **Debida Diligencia:** Verificación de listas restrictivas y antecedentes en contratación y talento humano.
4. **Estado Abierto:** Transparencia activa, acceso a la información y rendición de cuentas a la ciudadanía del Sarare.

CAPÍTULO 2. COMPONENTE TRANSVERSAL

Este componente establece la base cultural, administrativa y estratégica para la operación del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) en el Hospital del Sarare E.S.E., alineándose con la dimensión de Direccionamiento Estratégico del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

1.6. Declaración de Compromiso Institucional

La Gerencia del Hospital del Sarare E.S.E., consciente de su responsabilidad social y legal, establece el siguiente mandato ético que rige todas las actuaciones de la entidad:

- **Acción Política de Cero Tolerancia:** Se ratifica la política de "**Cero Tolerancia**" frente a la corrupción, el soborno, el fraude y la opacidad, tal como se fundamenta en la *Resolución 205 de 2024 (Política de Administración de Riesgos)*, donde se establece que para los riesgos de corrupción no existe nivel de aceptación.
- **Enfoque Hospitalario (Humanización e Integridad):** Reconociendo que la misión del Hospital es salvar vidas y mejorar la calidad de vida de la población del Sarare,



TRD. 321.28.124

entendemos que la integridad no es solo un requisito legal, sino un acto de **humanización**. Cada recurso desviado es una atención menos para un paciente. Por ello, la ética pública se integra al modelo de atención humanizada, garantizando que la gestión administrativa proteja los recursos sagrados de la salud.

- **Instrumento de Adopción:** Esta declaración se materializa a través de la **Carta de Compromiso Ético**, firmada por la Gerencia y adoptada formalmente mediante Resolución, la cual es vinculante para todos los servidores públicos y contratistas.

1.7. Objetivos del PTEP

Los objetivos del programa son específicos, medibles y se encuentran alineados con la *Plataforma Estratégica 2024-2027 (Acuerdo 021 de 2024)*, buscando la sostenibilidad y la excelencia en el servicio.

- **Objetivo General:** Blindar los procesos misionales (atención en salud, urgencias, hospitalización) y de apoyo (contratación, facturación, tesorería) frente a riesgos de corrupción y opacidad, garantizando la destinación específica de los recursos públicos.
- **Objetivos Específicos:**
 1. **Transparencia en Adquisiciones:** Asegurar la objetividad, pluralidad y transparencia en la adquisición de insumos médicos, hospitalarios y farmacéuticos, cerrando espacios a prácticas restrictivas o direccionamientos.
 2. **Gestión de Riesgos LA/FT/FPADM:** Implementar controles efectivos para evitar que la institución sea utilizada para dar apariencia de legalidad a recursos provenientes de actividades ilícitas en su interacción con proveedores y terceros.
 3. **Fortalecimiento de la Confianza:** Consolidar la legitimidad del Hospital ante la comunidad del Sarare y los entes de control mediante una rendición de cuentas permanente, clara y veraz.

1.8. Alcance y Ámbito de Aplicación

Las disposiciones contenidas en el presente Programa son de obligatorio cumplimiento para los siguientes actores, denominados en adelante **Sujetos Obligados**:

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

Comité de Administración de
Riesgos

Aprobó



TRD. 321.28.124

- **Nivel Directivo y Asesor:** Miembros de la Junta Directiva, Gerente, Subgerentes de área y Jefes de Oficinas Asesoras.
- **Colaboradores:** La totalidad de los servidores públicos (carrera administrativa, provisionalidad, libre nombramiento y remoción), trabajadores oficiales y contratistas por prestación de servicios.
- **Grupos de Interés Externos:** Proveedores, contratistas de obra o suministro, usuarios, pacientes y sus familias, en lo que respecta a sus interacciones con la entidad.

1.9. Estructura de Roles y Responsabilidades (Modelo de Tres Líneas de Defensa)

Con el fin de asegurar una gestión del riesgo efectiva y evitar la concentración de funciones incompatibles, el Hospital del Sarare E.S.E. adopta el esquema de las **Tres Líneas de Defensa** del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), formalizado en la *Resolución 205 de 2024*.

A. Primera Línea de Defensa: Gestión Operativa del Riesgo

Responsables: Líderes de procesos, Subgerentes, Coordinadores y Gerentes Públicos.

Naturaleza del Rol: Son los propietarios de los riesgos y responsables primarios de su gestión. Su función es operativa y preventiva en el curso diario de las actividades.

Funciones y Responsabilidades:

- **Identificación:** Detectar y documentar los riesgos de corrupción inherentes a sus operaciones específicas (ej. Farmacia, Facturación, Compras, Talento Humano).
- **Implementación de Controles:** Ejecutar y documentar los controles diseñados para mitigar los riesgos (ej. validación de requisitos habilitantes, supervisión técnica de contratos, arqueos de caja).
- **Reporte Inmediato:** Notificar al Oficial de Cumplimiento cualquier evento de riesgo materializado, señal de alerta o intento de soborno detectado en su área de influencia.
- **Autocontrol:** Garantizar que el personal a su cargo conozca, comprenda y aplique el Código de Integridad.

B. Segunda Línea de Defensa: Aseguramiento, Monitoreo y Soporte

Responsables: Oficina de Planeación, Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, Comité de Gestión Integral de Riesgos y Oficiales de Cumplimiento (SARLAFT/PTEP/SICOF).

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

Comité de Administración de
Riesgos

Aprobó



TRD. 321.28.124

Naturaleza del Rol: Instancias encargadas de la supervisión, definición de metodologías y monitoreo del cumplimiento normativo. No ejecutan la operación, pero aseguran que los controles funcionen.

Funciones y Responsabilidades:

- **Oficial de Cumplimiento:**
 - Consolidar y actualizar el Mapa de Riesgos de Corrupción Institucional.
 - Administrar el canal de denuncias éticas, asegurando la confidencialidad y el debido trámite.
 - Ejecutar procedimientos de Debida Diligencia Intensificada en contrapartes de alto riesgo.
- **Oficina de Planeación y Calidad:**
 - Diseñar y estandarizar la metodología de gestión de riesgos institucional.
 - Monitorear los indicadores de cumplimiento y efectividad del PTEP.
- **Comité de Gestión Integral de Riesgos:**
 - Analizar las tendencias de riesgos, validar la suficiencia de los controles propuestos y recomendar acciones a la Alta Dirección.

C. Tercera Línea de Defensa: Evaluación Independiente y Objetiva

Responsable: Oficina de Control Interno.

Naturaleza del Rol: Instancia encargada de realizar el aseguramiento independiente sobre la eficacia del gobierno corporativo, la gestión del riesgo y los controles internos. **Su independencia es absoluta respecto a la gestión operativa.**

Funciones y Responsabilidades Exclusivas:

- **Auditoría Independiente:** Incorporar en el Plan Anual de Auditoría la evaluación del PTEP para verificar objetivamente el cumplimiento de las responsabilidades de la 1ª y 2ª línea.
- **Pruebas Sustantivas:** Realizar verificaciones aleatorias y de fondo sobre operaciones críticas (ej. trazabilidad de pagos, realidad económica de contratos) para detectar fallas que no sean evidentes en la revisión documental.
- **Reporte Directo y Sin Filtros:** Comunicar los hallazgos de incumplimiento, debilidades de control o indicios de fraude directamente al Gerente y al Comité de Auditoría de la Junta Directiva.
- **Seguimiento:** Verificar el cierre efectivo de los planes de mejoramiento derivados de hallazgos de auditoría.

Prohibiciones para garantizar la independencia:

Para evitar conflictos de interés, la Oficina de Control Interno se abstendrá de:

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

Comité de Administración de
Riesgos

Aprobó



TRD. 321.28.124

- Diseñar o implementar controles (responsabilidad de la 1ª línea).
- Tomar decisiones administrativas o financieras.
- Gestionar directamente los riesgos de la entidad.

Tabla 1 Matriz de Segregación de Funciones

Actividad	1ª Línea (Gestión)	2ª Línea (Monitoreo)	3ª Línea (Evaluación Independiente)
Identificación del Riesgo	EJECUTA la identificación en su proceso.	Brinda metodología y valida consistencia.	Evalúa si la identificación fue completa y oportuna.
Definición de Controles	DISEÑA Y APLICA el control.	Verifica que el control mitigue el riesgo.	Audita la efectividad del control aplicado.
Gestión de Denuncias	Colabora entregando información si se requiere.	ADMINISTRA el canal y tramita la denuncia.	Audita que se haya respetado el debido proceso y protección.
Reporte a Junta	Genera insumos técnicos.	Consolida el Informe de Gestión del Riesgo.	REPORTA opinión independiente sobre el estado del SCl.

1.10. Planeación e Integración Institucional

- **Articulación:** El PTEP se integra formalmente al **Plan de Acción Institucional (PAI)** de cada vigencia fiscal. Sus actividades (actualización de mapas de riesgo, auditorías, capacitaciones) deben contar con metas físicas y cronogramas definidos.
- **Presupuesto:** La Subgerencia Administrativa y Financiera garantizará la disponibilidad presupuestal necesaria para el fortalecimiento del gobierno corporativo, incluyendo herramientas tecnológicas y programas de formación.

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

Comité de Administración de Riesgos

Aprobó



TRD. 321.28.124

1.11. Reportes y Flujo de Información

Se establece el siguiente esquema de reportes obligatorios para garantizar la trazabilidad y transparencia:

Tipo de Reporte	Responsable	Destinatario	Periodicidad
Informe de Gestión del PTEP	Oficial de Cumplimiento	de Comité de Riesgos / Gerencia	Trimestral
Reporte de Denuncias	Oficial de Cumplimiento	de Gerencia / Control Interno Disciplinario	Inmediata (Faltas gravísimas) / Mensual
Informe de Auditoría al PTEP	Control Interno (3ª Línea)	Junta Directiva / Comité de Auditoría	Semestral
Informe FURAG	Planeación	DAFP (Función Pública)	Anual

1.12. Instancias de Coordinación

Se designa al **Comité de Gestión Integral de Riesgos** como la instancia colegiada responsable de articular la gestión del PTEP con los demás subsistemas de riesgo (SARLAFT, SICOF), garantizando una visión integral y evitando la duplicidad de esfuerzos o vacíos de control.

1.13. Estrategia de Formación y Pedagogía

El Hospital del Sarare E.S.E. reconoce que la apropiación de la cultura de la legalidad requiere un proceso continuo de educación. De conformidad con los lineamientos de la Secretaría de Transparencia, se establecen los siguientes mecanismos de formación, articulados con el Plan Institucional de Capacitación (PIC):

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

Comité de Administración de Riesgos

Aprobó



TRD. 321.28.124

- a. **Inducción y Reinducción:** El PTEP, el Código de Integridad y los canales de denuncia serán módulos obligatorios en los procesos de inducción para nuevos colaboradores y de reinducción anual para todo el personal (planta y contratistas).
- **Formación Específica:** Se realizarán al menos dos jornadas anuales enfocadas en la gestión de riesgos específicos (ej. prevención del soborno, manejo de conflictos de interés y debida diligencia).
- **Pedagogía del Componente Programático:** Se diseñarán campañas para que los colaboradores conozcan no solo los valores éticos, sino también las herramientas operativas del programa (cómo reportar, cómo identificar una señal de alerta de lavado de activos).
- **Evaluación:** La efectividad de las capacitaciones se medirá mediante pruebas de conocimiento y encuestas de percepción sobre la claridad del programa.

1.14. Estrategia de Comunicación y Difusión Externa

Para garantizar la transparencia y el control social, el Hospital define los siguientes mecanismos de difusión dirigidos a sus grupos de interés externos (Usuarios, Proveedores y Ciudadanía), asegurando criterios de accesibilidad:

- **Difusión Permanente:** El documento completo del PTEP, junto con sus actualizaciones y reportes de gestión, estará disponible de forma permanente en el botón "Transparencia y Acceso a la Información" de la página web institucional.
- **Canales Físicos y Accesibilidad:** Entendiendo las diversas condiciones de la población del Sarare, se dispondrá de piezas comunicativas visuales (infografías, carteleros) en las salas de espera y zonas de alta afluencia, informando de manera sencilla sobre los derechos de los usuarios y los canales de denuncia.
- **Socialización con Proveedores:** Se enviarán comunicados periódicos a la base de datos de proveedores inscritos, recordando los compromisos éticos y la política de Cero Tolerancia a la corrupción en la contratación.
- **Lenguaje Claro:** Toda comunicación externa evitará tecnicismos, utilizando un lenguaje claro e inclusivo que facilite la comprensión por parte de la ciudadanía.

1.15. Ciclo de Vida del Programa

Para asegurar la vigencia y pertinencia del PTEP, el Hospital del Sarare adopta el siguiente ciclo de gestión, alineado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG):

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

**Comité de Administración de
Riesgos**

Aprobó

TRD. 321.28.124

1. **Formulación/Actualización:** Revisión anual del contexto estratégico (política) y mapa de riesgos para ajustar el programa.
2. **Validación:** Revisión técnica por parte del Comité de Gestión Integral de Riesgos suscribiendo su respectiva acta.
3. **Divulgación y Publicación:** Divulgación en los canales oficiales dentro de los 30 días siguientes a su aprobación.
4. **Aprobación:** Adopción formal mediante acto administrativo o acta por parte de la Junta Directiva o Gerencia.
5. **Ejecución:** Implementación de los controles y actividades pedagógicas durante la vigencia.
6. **Evaluación e Innovación:** Auditoría anual al cumplimiento del programa y búsqueda de mecanismos innovadores (tecnológicos o procedimentales) para mejorar la prevención de la corrupción.

CAPÍTULO 3. COMPONENTE PROGRAMÁTICO - ESTRATEGIA INSTITUCIONAL PARA LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN

Este componente constituye el núcleo operativo del PTEP. Aquí se despliegan las herramientas técnicas, los controles específicos y las estrategias de articulación que el Hospital del Sarare E.S.E. implementa para materializar su política de Cero Tolerancia frente a la corrupción, la opacidad y el fraude.

3.1. EJE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN

Este eje se centra en la prevención, detección y respuesta ante riesgos que amenazan la integridad institucional. Se fundamenta en la metodología del **Triángulo del Fraude** (Oportunidad, Presión y Racionalización), formalizada en el *Protocolo THS-08-T01*.

3.1.1. Gestión de Riesgos para la Integridad

El Hospital no gestiona la corrupción como un riesgo abstracto, sino a través de la identificación de conductas específicas en sus procesos críticos.

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

Comité de Administración de
Riesgos

Aprobó



TRD. 321.28.124

- **Matriz de Riesgos de Corrupción:** Se mantiene una matriz dinámica, actualizada semestralmente, que identifica, valora y controla los siguientes riesgos tipificados:
 - **Soborno y Cohecho:** Riesgo de solicitud o aceptación de dádivas para agilizar trámites asistenciales (asignación de camas, cirugías), administrativos (pagos a proveedores) o para influir en la adjudicación de contratos.
 - **Conflicto de Intereses:** Situaciones donde el juicio profesional de un servidor (clínico o administrativo) se ve indebidamente influenciado por un interés secundario (ej. vínculos con industria farmacéutica, remisión de pacientes a consultorios privados, contratación de familiares).
 - **Peculado y Fraude:** Apropiación o desvío de recursos públicos, incluyendo medicamentos de alto costo, insumos médico-quirúrgicos, recaudos de caja menor o manipulación de la facturación.
 - **Riesgos de Opacidad:** Falta de claridad en la información pública que facilita el ocultamiento de irregularidades.
- **Instrumento de Gestión: Mapa de Riesgos de Corrupción,** integrado al Mapa de Riesgos Institucional. Su gestión sigue los lineamientos del DAFP y la *Resolución 205 de 2024*, asegurando que para estos riesgos no exista tolerancia ni aceptación (Riesgo Residual aceptado = Bajo o Nulo).

3.1.2. Canales de Denuncia y Protección al Denunciante

El Hospital garantiza un ecosistema de reporte seguro que fomenta la cultura de la denuncia y rompe el silencio cómplice.

- **Procedimiento de Gestión de Denuncias:** Se establece un flujo estandarizado que asegura el debido proceso:
 1. **Recepción y Radicación:** Captura de la denuncia a través de canales oficiales, asignando un código de seguimiento.
 2. **Evaluación Preliminar (Triage):** El Oficial de Cumplimiento verifica la competencia, la credibilidad y la suficiencia de la información para determinar si amerita investigación.
 3. **Investigación Interna:** Indagación objetiva para recolectar evidencias, respetando la presunción de inocencia y la cadena de custodia.
 4. **Decisión y Acción Correctiva:** Según los hallazgos, se procede al archivo, al traslado a Control Interno Disciplinario o a la denuncia ante entes de control externos (Fiscalía, Procuraduría).

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

Comité de Administración de
Riesgos

Aprobó

TRD. 321.28.124

5. **Cierre y Retroalimentación:** Se informa al denunciante (si no es anónimo) sobre la conclusión del caso.

- **Canales Habilitados:**

1. **Digital:** Correo electrónico lineadetransparencia@hospitaldelsarare.gov.co (acceso restringido al Oficial de Cumplimiento) y botón visible en la web institucional.
2. **Físico:** Buzones de sugerencias y denuncias ubicados en áreas estratégicas (SIAU, Urgencias, Consulta Externa), con apertura protocolizada.
3. **Presencial:** Atención directa ante el Oficial de Cumplimiento, garantizando reserva.

- **Política de Protección al Denunciante:** La E.S.E. adopta una política explícita de "**Cero Represalias**". Se prohíbe cualquier acto de intimidación, acoso laboral, despido injustificado o discriminación contra quienes reporten irregularidades de buena fe. Se garantiza la reserva de identidad y la confidencialidad de la información suministrada.

3.1.2.1. Gestión del Riesgo LA/FT/FPADM (*Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva*)

- **Objetivo:** Blindar a la entidad para evitar que sea utilizada como vehículo para dar apariencia de legalidad a recursos de origen ilícito o para canalizar recursos hacia actividades terroristas.
- **Instrumento: Manual SARLAFT Institucional**, actualizado conforme a la normativa vigente. Este manual define:
 - **Señales de Alerta:** Identificación de comportamientos atípicos (ej. proveedores con incrementos patrimoniales injustificados, pagos en efectivo por montos inusuales, donaciones de origen desconocido, fraccionamiento de transacciones).
 - **Segmentación de Factores de Riesgo:** Análisis diferenciado por contraparte, producto/servicio, canal de distribución y jurisdicción territorial.
 - **Reportes a la UIAF:** Procedimiento para el envío oportuno de Reportes de Operaciones Sospechosas (ROS) y Reportes de Ausencia de Operaciones Sospechosas (AROS).

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

Comité de Administración de
Riesgos

Aprobó



TRD. 321.28.124

3.1.3. Debida Diligencia

Es el proceso de conocimiento obligatorio de las contrapartes antes de establecer cualquier vínculo legal o contractual.

- **Conocimiento de la Contraparte:** Verificación exhaustiva en listas restrictivas y vinculantes (ONU, OFAC), así como antecedentes disciplinarios, fiscales y penales de todos los terceros (contratistas, proveedores, empleados, donantes).
- **Beneficiarios Finales:** Identificación de las personas naturales que realmente poseen, controlan o se benefician de las personas jurídicas con las que contrata el Hospital (socios con más del 5% de participación), mitigando el riesgo de contratar con empresas fachada o testaferros.
- **Debida Diligencia Intensificada:** Se aplica un nivel de revisión superior para Personas Expuestas Políticamente (PEP) y para contratos de alta cuantía o riesgo estratégico.

3.2. EJE 2: REDES Y ARTICULACIÓN

La lucha contra la corrupción no es una tarea aislada; requiere la cooperación interna y externa.

3.2.1. Redes Internas

Fortalecimiento de la sinergia entre las áreas de control y gestión.

- **Comunidades de Práctica y Alertas:** Articulación permanente entre el Comité de Compras, el Comité de Ética Hospitalaria, la Oficina Jurídica, Talento Humano y Control Interno. El objetivo es compartir información sobre riesgos emergentes, unificar criterios de integridad y asegurar que las alertas generadas en un área (ej. quejas en SIAU) sean analizadas bajo la óptica de riesgos de corrupción.

3.2.2. Redes Externas

Coordinación con el ecosistema de control estatal y social.

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

**Comité de Administración de
Riesgos**

Aprobó



TRD. 321.28.124

- **Participación Activa:** El Hospital mantiene una vinculación activa con la Secretaría de Salud Departamental, la Superintendencia Nacional de Salud y la Red Anticorrupción.
- **Apoyo al Control Social:** Se facilita la labor de las Veedurías Ciudadanas locales, suministrando la información requerida para su vigilancia y respondiendo de fondo a sus observaciones.

3.3. EJE 3: CULTURA DE LA LEGALIDAD Y ESTADO ABIERTO

Promoción de la transparencia como valor cultural y garantía de acceso a la información.

3.3.1. Acceso a la Información y Transparencia

Garantía del derecho fundamental de la ciudadanía a conocer y auditar la gestión pública.

- **Transparencia Activa:** Publicación proactiva, oportuna y en formatos accesibles en la página web institucional (botón "Transparencia y Acceso a la Información") y en el SECOP II. Esto incluye:
 - Plan Anual de Adquisiciones.
 - Procesos contractuales en curso y adjudicados (estudios previos, contratos, informes de supervisión).
 - Estados financieros y ejecución presupuestal.
 - Informes de gestión y auditoría.
- **Instrumentos de Gestión de Información (Ley 1712 de 2014):**
 - **Registro de Activos de Información:** Inventario categorizado de la información que posee la entidad.
 - **Índice de Información Clasificada y Reservada:** Definición taxativa de la información que goza de reserva legal (ej. Historias Clínicas, datos sensibles de pacientes), protegiendo la intimidad y el Habeas Data.
 - **Esquema de Publicación:** Cronograma que define qué información se publica, cuándo y en qué medio.

3.3.2. Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas

Mecanismos de diálogo de doble vía para legitimar la gestión.

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

**Comité de Administración de
Riesgos**

Aprobó



TRD. 321.28.124

- **Rendición de Cuentas Permanente:** Más allá del evento anual, se implementa una estrategia de rendición de cuentas continua, utilizando diversos canales (audiencias públicas, diálogos ciudadanos, informes web) para explicar a la comunidad la gestión asistencial, administrativa y financiera.
- **Fortalecimiento del Control Social:** Apoyo a la **Asociación de Usuarios del Hospital**, garantizando su funcionamiento democrático y brindándoles espacios de interlocución con la Gerencia para canalizar las necesidades y expectativas de la comunidad.

3.3.3. Integridad en el Servicio Público

La ética como pilar del talento humano.

- **Código de Integridad:** Adopción e implementación formal del **Código de Integridad del Servicio Público Colombiano**. Se promueve la apropiación de sus 5 valores: **Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia**.
- **Gestión del Talento:** Integración de los criterios éticos en todo el ciclo de vida del servidor público:
 - **Selección:** Verificación de antecedentes e inhabilidades.
 - **Inducción:** Módulo obligatorio de Ética y Transparencia.
 - **Evaluación:** Inclusión de competencias comportamentales relacionadas con la integridad.
 - **Clima Laboral:** Promoción de un ambiente de trabajo basado en el respeto y la legalidad.

3.3.4. Ruta de Reporte Externo

Si el Comité de Gestión Integral de Riesgos confirma un hallazgo, se procederá así:

Tabla 2 Matriz de Reporte de Hallazgos

Tipo de Hallazgo	Entidad Competente para el Reporte
Delito Penal (Peculado, Cohecho)	Denuncia inmediata a la Fiscalía General de la Nación .



TRD. 321.28.124

Falta Disciplinaria	Reporte a la Procuraduría General de la Nación o Control Interno Disciplinario.
Detrimento Patrimonial	Reporte a la Contraloría Departamental/General .

Adicionalmente, para dar cumplimiento a los estándares normativos, el Hospital participará activamente en:

- El Sistema Nacional de Rendición de Cuentas: Garantizando el reporte oportuno y la calidad de la información para el diálogo ciudadano.
- La Red Anticorrupción de Jefes de Control Interno: A través de la participación de la Oficina de Control Interno del Hospital, para compartir buenas prácticas y metodologías de auditoría.

3.3.5. Mecanismo de Auditoría Especializada

En casos de alta complejidad o ante denuncias que involucren detrimento patrimonial significativo, el Hospital podrá activar mecanismos de Auditoría Forense. Esta auditoría será independiente a las auditorías regulares del plan anual y tendrá como objetivo recabar evidencia técnica y financiera especializada para soportar las acciones legales correspondientes.

3.4. EJE 4: TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

Este eje estratégico tiene como propósito garantizar el derecho fundamental de acceso a la información pública, promoviendo una gestión de puertas abiertas donde la ciudadanía del Sarare pueda ejercer control social sobre la administración de los recursos de la salud.

3.4.1. Cumplimiento Estricto de la Ley 1712 de 2014

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

**Comité de Administración de
Riesgos**

Aprobó



TRD. 321.28.124

El Hospital del Sarare E.S.E. adopta el **Principio de Transparencia** como norma rectora. De conformidad con la Ley 1712 de 2014, toda la información generada, obtenida, adquirida, transformada o en posesión del Hospital es pública, salvo las excepciones constitucionales y legales (como la reserva de la historia clínica).

Para materializar este principio, la entidad implementará y mantendrá actualizados los tres (3) Instrumentos de Gestión de la Información Pública exigidos por la norma:

1. **Registro de Activos de Información:** Un inventario público de todas las categorías de información que posee el Hospital, facilitando su ubicación y consulta.
2. **Índice de Información Clasificada y Reservada:** Un listado taxativo que explica a la ciudadanía qué información no es pública (ej. datos sensibles de pacientes), justificando legalmente dicha reserva para evitar la discrecionalidad.
3. **Esquema de Publicación de Información:** Un instrumento que informa a la ciudadanía qué información se publica, en qué medios (web, carteleras) y con qué periodicidad.

3.4.2. Transparencia Activa: Publicidad Proactiva

El Hospital no esperará a que el ciudadano pregunte; publicará proactivamente la información clave para el control social.

- **Transparencia en la Contratación (SECOP II):** Se garantiza la publicidad del 100% de la actividad contractual en la plataforma SECOP II. Esto incluye desde la etapa de planeación (estudios previos) hasta la liquidación, asegurando que los expedientes contractuales estén completos, sean veraces y de libre acceso.
- **Gestión Financiera y Administrativa:** Se publicarán en el botón "Transparencia" de la página web institucional: los estados financieros, la ejecución presupuestal mensual, los informes de gestión, los informes de auditoría y los planes de mejoramiento.
- **Accesibilidad Diferencial:** La información se publicará en formatos accesibles y comprensibles, garantizando que personas con discapacidad o diversos niveles de escolaridad puedan acceder a los datos relevantes de la gestión hospitalaria.



TRD. 321.28.124

3.4.3. Gestión Documental y Trazabilidad

Reconociendo que "sin archivos organizados no hay transparencia", el Hospital fortalecerá su **Programa de Gestión Documental (PGD)** para asegurar la memoria institucional y la trazabilidad de las decisiones administrativas y asistenciales.

- **Organización de Archivos:** La información (física y electrónica) se identificará, clasificará y custodiará siguiendo las Tablas de Retención Documental (TRD) aprobadas.
- **Integridad del Expediente:** Se garantizará que cada actuación administrativa (pagos, contratos, historias clínicas) cuente con un expediente íntegro y foliado que respalde la legalidad de lo actuado y permita las auditorías posteriores.

3.4.4. Transparencia Pasiva (Atención a Solicitudes)

El Hospital garantiza la recepción y respuesta oportuna de las solicitudes de acceso a la información pública, respetando los principios de gratuidad y celeridad establecidos en la Ley. Si la información solicitada reposa en los archivos, se entregará sin barreras administrativas injustificadas.

3.5. EJE 5: PARTICIPACIÓN CIUDADANA

- Rendición de Cuentas: Permanente y dialogada con la ciudadanía.
- Control Social: Fortalecimiento de la Asociación de Usuarios y apoyo a las veedurías ciudadanas, entregando información oportuna y veraz.

CAPÍTULO 4. VIGENCIA, ACTUALIZACIÓN Y APROBACIÓN

3.1. Vigencia

El presente Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) tiene una vigencia indefinida, entrando en rigor a partir de la fecha de su aprobación y publicación. Sus disposiciones son de carácter permanente y obligatorio hasta que sean modificadas o derogadas expresamente por un nuevo acto administrativo.

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

**Comité de Administración de
Riesgos**

Aprobó



TRD. 321.28.124

3.2. Criterios de Actualización

Aunque su vigencia es indefinida, el contenido del PTEP es dinámico. Se realizará una revisión y actualización, liderada por el Oficial de Cumplimiento y la Oficina de Planeación, en los siguientes escenarios:

1. **Periodicidad Anual:** Como mínimo una vez al año, antes del 31 de enero, para articularse con el Plan de Acción Institucional y el Mapa de Riesgos de la nueva vigencia.
2. **Cambios Normativos:** Cuando se expidan nuevas leyes, decretos o circulares de la Secretaría de Transparencia, el DAFP o la Superintendencia Nacional de Salud que modifiquen los estándares de ética pública.
3. **Cambios en el Contexto de Riesgos:** Cuando se materialicen riesgos de corrupción no previstos, o cuando cambios en la estructura organizacional o en los procesos del Hospital generen nuevos riesgos.
4. **Resultados de Auditoría:** Cuando las evaluaciones de la Oficina de Control Interno o de entes externos sugieran ajustes de fondo para mejorar la efectividad de los controles.

3.3. Procedimiento de Modificación

Cualquier modificación sustancial al Programa deberá surtir el siguiente ciclo:

- **Proposición:** El Oficial de Cumplimiento o el Comité de Gestión Integral de Riesgos propondrá los ajustes.
- **Validación:** La Oficina Jurídica y de Planeación revisarán la viabilidad legal y técnica.
- **Aprobación:** La Junta Directiva o la Gerencia (según la competencia estatutaria) aprobará la nueva versión del documento.
- **Divulgación:** La versión actualizada será publicada en la página web y socializada a los colaboradores, sustituyendo inmediatamente a la versión anterior.

3.4. Control de Versiones

Para garantizar la trazabilidad de los cambios, se mantendrá el siguiente registro histórico:

REVISIÓN	FECHA DE	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS	
----------	----------	------------------------	--

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

Comité de Administración de
Riesgos

Aprobó



TRD. 321.28.124

No.	APROBACIÓN DD/MM/AAAA		RESPONSABLE DEL CAMBIO
01	2023	Creación del documento PTEE	Profesional Apoyo TH
02	28/01/2026	Actualización completa del Documento: Emisión inicial del PTEP alineado a Ley 2195	Profesional Apoyo TH / Oficial de cumplimiento del PTEP

4. Aprobación

El presente documento ha sido revisado y aprobado, comprometiendo a la Alta Dirección con su estricto cumplimiento y difusión.

Aprobó	Jorge Eliecer Mora / Jefe Oficina Asesora de Planeación	Firma
Revisó	Yenny Carolina Suárez / Asesor Control Interno	Firma
Elaboró	Hasslye Xilene Carmona / Oficial de Cumplimiento PTEP	Firma

Oficial de Cumplimiento PTEP

Elaboró

Planeación

Revisó

Comité de Administración de
Riesgos

Aprobó