



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA VERSIÓN- Julio 2026

**Estratégico/ Sistema Integrado de Gestión/ Gestión
y administración del Riesgo**



**Sistema Integrado
de Gestión**



WWW.HOSPITALDELSARARE.GOV.CO

***Evolucionamos pensando
en Usted***



TRD. 321.28.124

Tabla de Contenido

CAPÍTULO 1. MARCO GENERAL.....	4
1.1. Definición y Propósito	4
1.2. Alineación Estratégica.....	4
1.3. Alcance y Ámbito de Aplicación	5
1.4. Enfoque Metodológico.....	5
1.5. Estructura del Programa	6
CAPÍTULO 2. MARCO ESPECIFICO DEL COMPONENTE TRANSVERSAL	10
2.1 Declaración de Compromiso Institucional.....	10
2.2.1 Objetivos del PTEP	11
2.2.2 Alcance y ámbito de aplicación.....	13
2.3 Planeación y alineación con el MIPG	13
2.4 Esquema de responsables (<i>Modelo de Tres Líneas de Defensa</i>)	14
2.4.1 Planeación e Integración Institucional	16
2.5 Estrategia de Formación y Comunicación.....	17
2.6 Mecanismo de monitoreo y auditoria	18
CAPÍTULO 3. COMPONENTE PROGRAMÁTICO - ESTRATEGIA INSTITUCIONAL PARA LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN.....	20
3.1. EJE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN	21
3.2. EJE 1.2 CANALES DE DENUNCIA.....	21
3.3. EJE 1.3 DEBIDA DILIGENCIA.....	22
3.4. EJE 2: REDES Y ARTICULACIÓN	23



PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP)

CODIGO

SIG-03-R01

REVISIÓN No.

04

FECHA DE APROBACIÓN

XX/07/2026

PAGINA

3 de 33

TRD. 321.28.124

3.5.	EJE 3: TRANSPARENCIA DATOS ABIERTOS.....	24
3.6.	EJE 3.1: RENDICIÓN DE CUENTAS.....	26
3.7.	EJE 3.2: INTEGRIDAD.....	26
3.8.	EJE 4. INICIATIVAS ADICIONALES.....	26
CAPITULO 4. GESTION DE HALLAZGOS, REPORTE EXTERNO Y AUDITORIA ESPECIALIZADA		27
CAPITULO 5. GESTION DOCUMENTAL Y TRAZABILIDAD		30
CAPITULO 6. VIGENCIA, ACTUALIZACIÓN Y APROBACIÓN.....		30
6.1	Vigencia.....	30
6.2	Criterios de Actualización	31
6.3	Procedimiento de Modificación.....	31
7.	ACTIVIDADES DEL PTEP	31
8.	CONTROL DE CAMBIOS.....	32
9.	APROBACIÓN.....	33



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 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:

- **Identificar, medir, controlar y monitorear** los riesgos de corrupción y los riesgos asociados a la opacidad y el fraude.
- **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 blinda 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.
- **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 037 de 2026 (Política de Administración de Riesgos), donde se establece que para los riesgos de corrupción no existe nivel de aceptación.



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/Líder Sistema de información y el Comité de Riesgos actúan como segunda línea, y la Oficina de Control Interno ejerce el aseguramiento como tercera línea.



TRD. 321.28.124

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

El Componente Transversal establece las bases éticas, administrativas y organizacionales necesarias para la implementación, seguimiento y fortalecimiento de las estrategias institucionales orientadas a la transparencia, integridad, gestión del riesgo y lucha contra la corrupción. Este componente permite articular los lineamientos institucionales con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión —MIPG—, promoviendo una cultura organizacional basada en la legalidad, la responsabilidad, el control y el servicio a la ciudadanía.

Establece los cimientos éticos y administrativos. Incluye:

Declaración de Compromiso Institucional: manifestación formal de la entidad frente a su compromiso con la transparencia, la integridad, la ética pública, la prevención de la corrupción y el cumplimiento de la normatividad vigente. Esta declaración orienta el actuar de los servidores públicos, contratistas y colaboradores.

Objetivos y Alcance: Define los propósitos que se buscan alcanzar con la implementación del componente, así como los procesos, áreas, servidores, contratistas y grupos de valor a los cuales aplica. Permite delimitar las responsabilidades y orientar las acciones institucionales.

Planeación y alineación con el MIPG: articulación de las acciones del componente con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, garantizando coherencia con las políticas de gestión y desempeño institucional, especialmente en materia de transparencia, control interno, participación ciudadana, integridad y gestión del riesgo.

Esquema de responsables (Oficial de Cumplimiento, Comité de Riesgos): Establece los roles, funciones y responsabilidades de los actores encargados de liderar, ejecutar, monitorear y evaluar las acciones del componente. Puede incluir figuras como el Oficial de Cumplimiento, Comité de Riesgos, equipo directivo, líderes de proceso y demás responsables institucionales.



TRD. 321.28.124

Estrategias de Formación y Comunicación: Comprende las actividades orientadas a capacitar, sensibilizar y comunicar a los servidores públicos, contratistas y grupos de valor sobre temas relacionados con ética, integridad, transparencia, prevención de riesgos, canales de denuncia y cultura institucional.

Mecanismos de Monitoreo y Auditoría: Son las herramientas y actividades utilizadas para hacer seguimiento, control y evaluación al cumplimiento de las acciones definidas. Incluyen auditorías internas, informes de seguimiento, medición de indicadores, revisión de controles y formulación de acciones de mejora.

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

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

Eje 1. Gestión del Riesgo de Integridad: corresponde al conjunto de acciones orientadas a identificar, analizar, valorar, prevenir y controlar situaciones que puedan afectar la transparencia, la ética pública y el correcto cumplimiento de las funciones institucionales. Este proceso permite anticipar posibles hechos de corrupción, conflictos de interés, uso indebido de recursos o conductas contrarias a los principios del servicio público, estableciendo medidas de control y seguimiento para fortalecer la confianza ciudadana.

Eje 1.2 Canales de Denuncia: son los medios dispuestos por la entidad para que los ciudadanos, servidores públicos, contratistas y demás grupos de valor puedan reportar presuntos actos de corrupción, irregularidades administrativas, conflictos de interés, faltas éticas o cualquier situación que afecte la transparencia institucional. Estos canales deben ser accesibles, confidenciales, seguros y oportunos, garantizando la protección de la información y el trámite adecuado de las denuncias recibidas.

Eje 1.3 Debida Diligencia: proceso mediante el cual la entidad realiza verificaciones, análisis y controles previos y permanentes para prevenir riesgos legales, reputacionales, administrativos o de corrupción en sus relaciones institucionales, contractuales y operativas. Su propósito es asegurar que las decisiones, contrataciones, alianzas y actuaciones se desarrollen con transparencia, responsabilidad, ética y cumplimiento normativo.



TRD. 321.28.124

Eje 2: Redes de articulación: coordinación y cooperación entre la entidad, otras instituciones públicas, organismos de control, organizaciones sociales, veedurías ciudadanas, asociaciones de usuarios y demás grupos de valor.

Eje 3. Transparencia datos abiertos: comprende las acciones orientadas a garantizar el acceso claro, oportuno y permanente a la información pública institucional. Incluye la publicación de informes, datos, documentos, resultados de gestión y demás contenidos de interés ciudadano en medios oficiales, especialmente en la página web institucional.

Eje 3.1 Rendición de cuentas: Es el proceso mediante el cual la entidad informa, explica y da a conocer a la ciudadanía, grupos de valor y entes de control los resultados de su gestión, el cumplimiento de metas, el uso de los recursos y las acciones desarrolladas durante un periodo determinado. Este componente promueve el diálogo ciudadano, la participación, la respuesta a inquietudes y el seguimiento a compromisos institucionales.

Eje 3.2 Integridad: se refiere al conjunto de principios, valores y comportamientos éticos que orientan la actuación de los servidores públicos y colaboradores de la entidad. Busca fortalecer la transparencia, la honestidad, la responsabilidad, el respeto y el compromiso con el servicio público, previniendo riesgos de corrupción y promoviendo una cultura institucional basada en la confianza y el buen actuar.

Eje 4: iniciativas adicionales: Acciones complementarias que la entidad implementa para fortalecer su gestión, mejorar la participación ciudadana, promover la transparencia y generar valor público. Estas iniciativas pueden incluir el uso de nuevas tecnologías, estrategias pedagógicas, herramientas digitales, campañas de comunicación, espacios de diálogo, innovación institucional y demás actividades que aporten al mejoramiento continuo de la relación entre la entidad y la ciudadanía.

A continuación, se presente esquema metodológico completo del PTEP del Hospital del Sarare E.S.E



TRD. 321.28.124





TRD. 321.28.124

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):

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 2. MARCO ESPECIFICO DEL 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).

2.1 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 037 de 2026 (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 disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de la



TRD. 321.28.124

población del Sarare, 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.

2.2.1 Objetivos del PTEP

Los objetivos del Programa de Transparencia y Ética Pública —PTEP— del Hospital del Sarare E.S.E. son específicos, medibles y se encuentran alineados con la Plataforma Estratégica Institucional 2024-2027, adoptada mediante Acuerdo 021 de 2024. Estos objetivos buscan fortalecer la integridad institucional, prevenir riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno, lavado de activos, financiación del terrorismo y demás prácticas contrarias a la ética pública, garantizando la adecuada destinación de los recursos, la confianza ciudadana y la excelencia en la prestación de los servicios de salud.

- **Objetivo General:**

Fortalecer la cultura de transparencia, integridad, ética pública y gestión del riesgo en los procesos misionales, estratégicos, de apoyo y de evaluación del Hospital del Sarare E.S.E., mediante la prevención, identificación, valoración, control y seguimiento de riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno, LA/FT/FPADM y demás conductas que puedan afectar la prestación segura, humanizada, eficiente y oportuna de los servicios de salud, garantizando el uso adecuado de los recursos públicos y la confianza de los usuarios, familias, comunidad y entes de control.

- **Objetivos Específicos:**

Fortalecer la transparencia y objetividad en la contratación y adquisición de bienes y servicios : Garantizar que los procesos de contratación, adquisición de insumos médicos, hospitalarios, farmacéuticos, tecnológicos y demás bienes y servicios institucionales se desarrollen bajo criterios de objetividad, pluralidad, publicidad, transparencia, eficiencia y selección imparcial, previniendo prácticas restrictivas, direccionamientos, conflictos de interés o cualquier conducta que pueda afectar la adecuada destinación de los recursos públicos.



TRD. 321.28.124

Gestionar integralmente los riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y conflictos de interés: Identificar, valorar, controlar y monitorear los riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y conflictos de interés en los procesos institucionales, especialmente en atención en salud, urgencias, hospitalización, contratación, facturación, tesorería, talento humano y gestión administrativa, asegurando la implementación de controles efectivos y acciones de mejora continua.

Implementar controles frente a riesgos LA/FT/FPADM en la relación con terceros: Fortalecer los mecanismos de debida diligencia, conocimiento de proveedores, contratistas, aliados, usuarios y demás terceros relacionados con la institución, con el fin de prevenir que el Hospital del Sarare E.S.E. sea utilizado directa o indirectamente para dar apariencia de legalidad a recursos provenientes de actividades ilícitas, financiar actividades prohibidas o facilitar prácticas contrarias a la ética pública.

Promover una cultura institucional basada en la ética, la integridad y el servicio humanizado: Fomentar en los servidores públicos, colaboradores y contratistas del Hospital del Sarare E.S.E. la apropiación de los principios de profesionalismo, humanismo, efectividad y sentido de pertenencia, así como de los valores de honestidad, respeto, compromiso, diligencia, justicia, equidad, integridad y responsabilidad, fortaleciendo una cultura organizacional transparente, segura, ética y humanizada.

Fortalecer la rendición de cuentas, el acceso a la información y la confianza ciudadana: Consolidar la legitimidad institucional ante la comunidad, usuarios, familias, grupos de valor y entes de control, mediante ejercicios permanentes, claros, oportunos y veraces de rendición de cuentas, acceso a la información pública, participación ciudadana y diálogo social, que permitan evidenciar la gestión institucional y el manejo responsable de los recursos.

Asegurar el seguimiento, evaluación y mejora continua del PTEP: Realizar seguimiento periódico a la implementación del PTEP, mediante indicadores, controles, reportes, análisis de riesgos y acciones de mejora, que permitan tomar decisiones basadas en evidencia, fortalecer el Sistema de Gestión de Calidad y contribuir al cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales.



TRD. 321.28.124

2.2.2 Alcance y ámbito de aplicación

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**:

- **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, contrato laboral 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.

2.3 Planeación y alineación con el MIPG

El Programa de Transparencia y Ética Pública —PTEP— del Hospital del Sarare E.S.E. se articula con el **Modelo Integrado de Planeación y Gestión —MIPG—**, como herramienta que orienta la gestión institucional hacia resultados, integridad, transparencia, eficiencia administrativa, participación ciudadana, control interno y mejora continua.

Esta articulación permite que las acciones del PTEP no se desarrollen de manera aislada, sino integradas al ciclo de planeación, ejecución, seguimiento, evaluación y mejora de la entidad, en coherencia con la Plataforma Estratégica Institucional 2024-2027, el Plan de Acción Institucional —PAI—, el Sistema de Gestión de Calidad, el Modelo Estándar de Control Interno —MECI— y los demás instrumentos de gestión aplicables.

El MIPG opera a través de dimensiones como Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados, Evaluación de Resultados, Información y Comunicación, Gestión del Conocimiento y Control Interno, las cuales permiten fortalecer la gestión pública de manera articulada. Asimismo, dentro de sus políticas de gestión y desempeño se incluyen temas directamente relacionados con el PTEP, como planeación institucional, gestión presupuestal y eficiencia del gasto público, compras y contratación pública, integridad, transparencia, acceso a la información pública, lucha contra la corrupción, servicio al ciudadano, participación ciudadana y control interno.



TRD. 321.28.124

2.4 Esquema de responsables (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 Resolución 037 de 2026*.

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, arqueo 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).

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:**



TRD. 321.28.124

- 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:

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



TRD. 321.28.124

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 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.

2.4.1 Planeación e Integración Institucional

Articulación: El PTEP se integra formalmente al **Plan de Acción Institucional** 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.



TRD. 321.28.124

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

Instancias de Coordinación

Se designa al **Comité de Gestión Integral de Riesgos** como la instancia 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.

2.5 Estrategia de Formación y Comunicación

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):

- 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).



TRD. 321.28.124

- **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.

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, carteleras) 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.

2.6 Mecanismo de monitoreo y auditoría

El Hospital del Sarare E.S.E. establecerá un mecanismo permanente de monitoreo, seguimiento y auditoría del Programa de Transparencia y Ética Pública —PTEP—, con el fin de verificar su implementación, evaluar la efectividad de los controles definidos, identificar oportunidades de mejora y asegurar su articulación con el Sistema de Control Interno, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión —MIPG—, el Sistema de Gestión de Calidad y la Plataforma Estratégica Institucional 2024-2027.



TRD. 321.28.124

El monitoreo y auditoría del PTEP permitirá fortalecer la gestión preventiva de riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno, conflictos de interés, LA/FT/FPADM y demás conductas que puedan afectar la transparencia institucional, la confianza ciudadana, la adecuada prestación de los servicios de salud y el uso eficiente de los recursos públicos.

Responsables del monitoreo

El seguimiento al PTEP será responsabilidad de las dependencias líderes de los procesos, con acompañamiento de la Oficina de Planeación, la Subgerencia Administrativa y Financiera, Subgerencia del talento humano, Subgerencia científica, la Oficina Jurídica, Talento Humano, Sistemas de Información y demás áreas involucradas, según las actividades definidas en el Plan de Acción Institucional.

Cada líder de proceso deberá realizar monitoreo periódico a los riesgos, controles, indicadores, planes de mejora, compromisos y evidencias asociadas al PTEP, garantizando la actualización oportuna de la información y el cumplimiento de las acciones programadas.

Rol de Control Interno

La Oficina de Control Interno, en el marco de sus funciones de evaluación independiente, realizará auditorías, seguimientos y verificaciones al cumplimiento del PTEP, evaluando la efectividad de los controles implementados y el avance de las actividades establecidas.

Como parte de este proceso, Control Interno podrá revisar, entre otros aspectos:

- Cumplimiento de las actividades del PTEP incluidas en el Plan de Acción Institucional.
- Actualización y seguimiento del mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FT/FPADM.
- Evidencias de capacitaciones y actividades de sensibilización en ética, integridad y transparencia.
- Gestión de conflictos de interés.
- Funcionamiento de los canales de denuncia y atención ciudadana.
- Cumplimiento de las obligaciones de transparencia y acceso a la información pública.
- Avances en rendición de cuentas y participación ciudadana.
- Aplicación de controles en contratación, facturación, tesorería, talento humano y relacionamiento con terceros.
- Formulación y cumplimiento de planes de mejoramiento.



TRD. 321.28.124

Periodicidad del seguimiento

El seguimiento al PTEP se realizará de manera periódica, como mínimo de forma **trimestral**, por parte de los responsables de los procesos, dejando evidencia documental del avance de las actividades, cumplimiento de metas, resultados de indicadores, dificultades identificadas y acciones correctivas o preventivas adoptadas.

La Oficina de Control Interno realizará evaluaciones independientes de acuerdo con su Plan Anual de Auditoría y podrá efectuar seguimientos adicionales cuando se identifiquen situaciones de riesgo, alertas institucionales, hallazgos, denuncias, requerimientos de entes de control o incumplimientos relevantes.

SEI-01-F13 Seguimiento a Actividades del PTEP.

Instrumentos de monitoreo y auditoría

El seguimiento y evaluación del PTEP, el Hospital podrá utilizar los siguientes instrumentos:

- Matriz de seguimiento al PTEP.
- Mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude, soborno y LA/FT/FPADM.
- Indicadores de cumplimiento y efectividad.
- Planes de acción y cronogramas.
- Informes de avance por dependencia.
- Informes de auditoría interna.
- Planes de mejoramiento.
- Reportes de PQRSDF, denuncias y alertas.
- Evidencias de publicación de información pública.
- Actas de comités institucionales.
- Informes de rendición de cuentas.
- Reportes de capacitación y sensibilización.

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



TRD. 321.28.124

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*.

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

- **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 R037 de 2026*, asegurando que para estos riesgos no exista tolerancia ni aceptación (Riesgo Residual aceptado = Bajo o Nulo).

3.2. EJE 1.2 CANALES DE DENUNCIA

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



TRD. 321.28.124

- **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).
 5. **Cierre y Retroalimentación:** Se informa al denunciante (si no es anónimo) sobre la conclusión del caso.
- **Canales Habilitados:**
 1. **Digital:** Correo electrónico linea_anticorrupcion@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.

3.3. EJE 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).



TRD. 321.28.124

- **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.

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).

3.4. EJE 2: REDES Y ARTICULACIÓN

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

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,



TRD. 321.28.124

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.

Redes Externas

Coordinación con el ecosistema de control estatal y social.

- **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.

3.5. EJE 3: TRANSPARENCIA DATOS ABIERTOS

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

Cumplimiento Estricto de la Ley 1712 de 2014

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:

- **Registro de Activos de Información:** Un inventario público de todas las categorías de información que posee el Hospital, facilitando su ubicación y consulta.
- **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.
- **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.



TRD. 321.28.124

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.

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.



TRD. 321.28.124

3.6. EJE 3.1: RENDICIÓN DE CUENTAS

Mecanismos de diálogo de doble vía para legitimar la gestión.

- **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.

3.7. EJE 3.2: INTEGRIDAD

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.

3.8. EJE 4. INICIATIVAS ADICIONALES

El Hospital del Sarare E.S.E. implementará iniciativas complementarias orientadas a fortalecer la transparencia, la integridad, la participación ciudadana, la innovación institucional, el control social y la mejora continua. Estas iniciativas podrán incluir campañas pedagógicas, jornadas de formación, fortalecimiento de canales de denuncia, estrategias de lenguaje claro, publicación proactiva de información, espacios de diálogo ciudadano, uso de



TRD. 321.28.124

herramientas tecnológicas, reconocimiento de buenas prácticas, alianzas interinstitucionales y seguimiento a compromisos con la comunidad.

Estas acciones estarán articuladas con el Plan de Acción Institucional, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión —MIPG—, el Sistema de Gestión de Calidad y la Plataforma Estratégica Institucional 2024-2027, contribuyendo a consolidar una cultura organizacional basada en la ética pública, la transparencia, la humanización del servicio, la responsabilidad social y el uso adecuado de los recursos públicos.

**CAPITULO 4. GESTION DE HALLAZGOS, REPORTE EXTERNO Y AUDITORIA
ESPECIALIZADA**

Este capítulo establece las acciones que debe adelantar el Hospital del Sarare E.S.E. cuando, en el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública —PTEP—, se identifiquen hallazgos, alertas, denuncias o situaciones que puedan constituir presuntos hechos de corrupción, faltas disciplinarias, detrimento patrimonial, irregularidades administrativas o vulneraciones al derecho de acceso a la información pública.

Su propósito es garantizar una actuación institucional ordenada, oportuna, documentada y articulada con las autoridades competentes, fortaleciendo la transparencia, el control, la integridad pública y la confianza de la ciudadanía. Este enfoque es coherente con la estructura del PTEP, que contempla mecanismos de monitoreo, auditoría, canales de denuncia, transparencia, rendición de cuentas e integridad institucional.

➤ **Ruta de Reporte Externo**

La ruta de reporte externo de hallazgos corresponde al procedimiento mediante el cual el Hospital del Sarare E.S.E., una vez identifique, analice y confirme un posible hallazgo a través del Comité de Gestión Integral de Riesgos o la instancia competente, procede a informar a las autoridades externas correspondientes, de acuerdo con la naturaleza del hecho detectado.

Esta ruta permite asegurar que los presuntos hechos irregulares no permanezcan únicamente en el ámbito interno de la entidad, sino que sean puestos en conocimiento de los organismos con competencia legal para investigar, sancionar o adelantar las acciones judiciales, disciplinarias, fiscales o administrativas pertinentes.

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



TRD. 321.28.124

Tabla 2 Matriz de Reporte de Hallazgos

Tipo de hallazgo	Entidad competente para el reporte
Presunto delito penal, como peculado, cohecho, concusión, celebración indebida de contratos u otros delitos contra la administración pública	Fiscalía General de la Nación
Presunta falta disciplinaria cometida por servidor público o particular que ejerza función pública	Control Interno Disciplinario - Procuraduría General de la Nación, según corresponda
Presunto detrimento patrimonial o afectación a los recursos públicos	Contraloría Departamental o Contraloría General de la República, según competencia
Posibles irregularidades administrativas internas	Gerencia, Control Interno, Oficina Jurídica o instancia institucional competente
Posibles conflictos de interés no declarados o gestionados inadecuadamente	Comité de Gestión Integral de Riesgos, Talento Humano, Jurídica o instancia definida por la entidad

La activación de esta ruta deberá estar soportada en evidencias, informes técnicos, actas, registros, análisis de riesgos, resultados de auditoría, denuncias, reportes internos o cualquier otro documento que permita sustentar el traslado ante la autoridad competente.

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.

➤ **Transparencia Pasiva (Atención a Solicitudes)**

La transparencia pasiva hace referencia al deber que tiene el Hospital del Sarare E.S.E. de recibir, tramitar y responder de manera oportuna, completa y clara las solicitudes de acceso



TRD. 321.28.124

a la información pública presentadas por ciudadanos, usuarios, veedurías, asociaciones de usuarios, servidores públicos, contratistas, entes de control y demás grupos de valor.

A diferencia de la transparencia activa, que implica publicar información de manera proactiva, la transparencia pasiva se activa cuando una persona solicita información específica a la entidad.

El Hospital garantizará que la atención de estas solicitudes se realice bajo los principios de:

- Gratuidad: sin imponer costos injustificados al solicitante.
- Celeridad: dando respuesta dentro de los términos legales.
- Calidad de la información: entregando datos claros, completos y verificables.
- No discriminación: sin exigir justificaciones innecesarias al ciudadano.
- Facilitación: orientando al solicitante cuando la petición sea incompleta o requiera precisión.
- Accesibilidad: usando medios físicos, electrónicos o presenciales según la necesidad del usuario.

Cuando la información solicitada repose en los archivos físicos o digitales de la entidad y no tenga reserva legal, deberá entregarse sin barreras administrativas injustificadas. En caso de que la información tenga carácter reservado o clasificado, la entidad deberá explicar de manera motivada la razón legal por la cual no puede ser entregada total o parcialmente.

➤ **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.

El mecanismo de auditoría especializada corresponde a la revisión técnica, independiente y focalizada que podrá activar el Hospital del Sarare E.S.E. cuando existan denuncias, hallazgos, alertas o situaciones de alta complejidad que requieran un análisis más profundo que el desarrollado en las auditorías internas ordinarias.

Este mecanismo podrá aplicarse especialmente en casos relacionados con presunto detrimento patrimonial, irregularidades contractuales, inconsistencias financieras, posibles fraudes, uso indebido de recursos públicos, manipulación de información, conflictos de



TRD. 321.28.124

interés complejos o situaciones que puedan afectar gravemente la transparencia y la confianza institucional.

La auditoría especializada tendrá como finalidad:

- Recopilar y analizar evidencia técnica, financiera, contractual, administrativa o documental.
- Determinar la trazabilidad de los hechos identificados.
- Evaluar la efectividad de los controles existentes.
- Identificar posibles responsables institucionales o terceros involucrados, cuando sea procedente.
- Soportar la toma de decisiones administrativas, disciplinarias, fiscales o penales.
- Formular recomendaciones y acciones de mejora.
- Fortalecer los controles preventivos del PTEP.

CAPITULO 5. GESTION 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.

CAPITULO 6. VIGENCIA, ACTUALIZACIÓN Y APROBACIÓN

6.1 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.



TRD. 321.28.124

6.2 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:

Periodicidad Anual: Actividades 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.

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.

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.

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.

6.3 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.

7. ACTIVIDADES DEL PTEP

Las actividades del PTEP se integran y articulan directamente con los planes de acción institucionales, asegurando coherencia entre las metas de transparencia, ética y buen gobierno con los objetivos estratégicos de la entidad. Esto incluye:



TRD. 321.28.124

- Formulación de actividades para cada Eje del componente programático.
- Incorporación de acciones concretas de prevención de corrupción, promoción de la ética pública y fortalecimiento de la transparencia.
- Cronograma de actividades alineado con la vigencia presupuestal y con los plazos de ejecución de los planes institucionales.
- Identificación de responsables por actividad, garantizando rendición de cuentas y seguimiento continuo.
- Integración de indicadores de desempeño y cumplimiento, que permitan medir los avances y ajustar estrategias según resultados.

Las actividades del PTEP, deben estar articuladas con los planes de acción Institucionales, se aprueba para la vigencia [Año] mediante resolución interna, asegurando su alineación con los objetivos estratégicos y con las normas de buen gobierno, ética pública y transparencia y es diligenciado mediante el anexo:

- ANEXO –ACTIVIDADES- PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - COMPONENTE PROGRAMÁTICO

8. CONTROL DE CAMBIOS

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

REVISIÓN No.	FECHA DE APROBACIÓN DD/MM/AAAA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS	RESPONSABLE DEL CAMBIO
01	07/09/2023	Acuerdo de Junta directiva No. 007 DE 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
03	26/05/2026	Se actualiza la Política de Riesgos: Se fundamenta en la Resolución 037 de 03 de febrero de 2025, En modelo de defensa se incluye en la segunda línea	Miembros de comité Acta No 02 de 2026 comité gestión y desempeño



TRD. 321.28.124

		Líder de sistema de información esto basado en FURAG. Se ajusta Enfoque Hospitalario (Humanización e Integridad): Reconociendo que la misión del Hospital es disminuir la morbimortalidad acorde a la misión de la ESE.	
04	10 de Julio 2026	Acta No 02 comité de gestión y desempeño.	Acta No 02 comité de gestión y desempeño.

9. APROBACIÓN

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

En proceso para aprobación.