



HOSPITAL CIVIL DE IPIALES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL

CODIGO: MP - 0717

VERSION: 03

VIGENCIA: 9/09/2025

REVISIÓN: 9/09/2025

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
CARLOS ORTEGA PROFESIONAL APOYO PLANEACIÓN	GABRIELA CHAMORRO HUERTAS ASESORA DE PLANEACION	EDUARDO EFRAIN NARVAEZ CUJAR GERENTE
FECHA 09 – SEPTIEMBRE - 2025	FECHA 09 – SEPTIEMBRE - 2025	FECHA 09 – SEPTIEMBRE - 2025

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION:	3
2. OBJETIVO:	3
3. CAMPO DE APLICACIÓN O ALCANCE	3
4. DOCUMENTOS RELACIONADOS Y/O NORMATIVIDAD APLICABLE	4
5. PILARES TEMÁTICOS	6
5.1. Principios Éticos y Valores Institucionales	6
5.2. Código de Integridad	7
5.3. Articulación con el Direccionamiento Estratégico Plan de Desarrollo “Servimos con el Corazón 2020-2024)	7
5.4. Lineamientos Generales para propender por una gestión ética	8
5.5. Mecanismos para la difusión y socialización permanente de los lineamientos de conducta entre los Colaboradores de la Entidad	9
6. ARTICULACIÓN CON MIPG (Plan Anticorrupción y Servicio al Ciudadano PAAC)	10
7. TERMINOLOGIA	11
8. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES	12
8.1. Funciones de la Junta Directiva	12
8.2. Funciones de Representante Legal	13
8.3. Funciones de Oficial de Cumplimiento	13
8.4. Funciones de todos los Colaboradores	14
8.5. Funciones de los Colaboradores expuestos a riesgos COF	14
8.6. Revisoría Fiscal	14
8.7. Jefe de Control Interno	14
9. OFICIAL DE CUMPLIMIENTO REQUISITOS, INCOMPATIBILIDADES E INHABILIDADES	14
10. PROCEDIMIENTO DE DEBIDA DILIGENCIA	15
11. POLÍTICAS DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL – PTEE	15
12. DESCRIPCION DEL PROGRAMA	
13. ACTUALIZACIÓN Y DIVULGACIÓN	21
14. VIGENCIA	21
15. BIBLIOGRAFIA	21
16. ANEXOS	21

1. INTRODUCCION:

La ley 1122 de 2007 en su artículo 14 reconoció por primera vez la importancia de incluir dentro del concepto de aseguramiento la administración del riesgo financiero de los actores que componen el SGSSS, esta preocupación se vio ratificada por la Ley 1474 de 2011 donde se consagra nuevos deberes a cargo de la SNS entre los cuales se incluyen profundizar el seguimiento a riesgos de la actividad de inspección, vigilancia y control y en ese sentido también la obliga a instruir a los vigilados sobre la forma como deben administrar los riesgos propios de su actividad.

Dentro de esas facultades se expide la resolución 4559 de 2018 donde se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y control para la supervisión del ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes a SGSSS, incluyendo los riesgos sistémicos como herramienta para la identificación, evaluación y medición, contra, seguimiento y monitoreo de los riesgos (salud, financieros, operativos entre otros) los que se encuentran expuestas las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud.

La principal entidad encargada de dictar los lineamientos específicos para los PTEE en las ESE es la Superintendencia Nacional de Salud (SNS). A través de la Circular Externa 202215100000053-5 del 5 de agosto de 2022, la SNS estableció las directrices que deben seguir las entidades bajo su vigilancia, incluidas las ESE, para la adopción e implementación de estos programas. Esta circular modifica y complementa normativas anteriores, como las Circulares Externas 007 de 2017 y 003 de 2018, en lo referente a mejores prácticas organizacionales, códigos de conducta y buen gobierno.

Adicionalmente, la Ley 2195 de 2022 (Estatuto Anticorrupción) proporciona un marco legal general que refuerza la obligación de diversas entidades, tanto públicas como privadas que administran recursos públicos o cumplen funciones públicas, de adoptar mecanismos de transparencia y lucha contra la corrupción. Si bien la Superintendencia de Sociedades también emite directrices sobre PTEE para las empresas bajo su supervisión, las ESE deben seguir primordialmente las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

2. OBJETIVO:

El Objetivo del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) del Hospital Civil de Ipiales es promover e institucionalizar una cultura de ética, transparencia y cumplimiento normativo dentro de la entidad. Esto se busca con el fin de prevenir, detectar, gestionar y mitigar los riesgos de corrupción y otras prácticas contrarias a la ética en todas sus actuaciones y operaciones.

3. CAMPO DE APLICACIÓN O ALCANCE

El Alcance del Subsistema está dirigido a Junta Directiva, Gerente, Trabajadores Oficiales, Empleados Públicos, Contratistas, Empresas Tercerizadas y Personas Naturales o Jurídicas que tengan relaciones Comerciales con el Hospital Civil de Ipiales y debe aplicarse en el relacionamiento con todos los Grupos de Interés. Por consiguiente el alcance se establece en los siguientes conceptos.

a) Identificar y Evaluar Riesgos:

- **Riesgos de Corrupción:** Propios de la gestión pública y del sector salud, como irregularidades en la contratación, manejo de inventarios de medicamentos e insumos, facturación de servicios, nombramiento de personal, gestión de recursos financieros, y relacionamiento con proveedores y usuarios.

- **Riesgos de Soborno Transnacional:** Aunque menos comunes para ESE pequeñas, deben evaluarse si la entidad tiene algún tipo de relacionamiento o transacción internacional.

b) Establecer una Cultura de Ética e Integridad:

- Definir y socializar un **Código de Ética y Buen Gobierno** que oriente la actuación de directivos, empleados, contratistas y demás partes interesadas.
- Promover una política de **cero tolerancia** frente a la corrupción y el soborno.

c) Implementar Controles y Procedimientos:

- **Debida Diligencia:** Establecer procedimientos para conocer a las contrapartes (proveedores, contratistas, etc.) y evaluar sus riesgos asociados.
- **Controles Internos:** Fortalecer los controles en procesos críticos como la contratación estatal (aunque las ESE tienen un régimen contractual que puede ser de derecho privado, están sujetas a principios de la función pública), la gestión financiera, la administración de bienes y servicios.
- **Canales de Denuncia:** Implementar líneas éticas o mecanismos seguros y confidenciales para que empleados y ciudadanos puedan reportar posibles actos de corrupción o conductas antiéticas, garantizando la protección al denunciante.
- **Manuales y Protocolos:** Desarrollar y adoptar manuales que detallen las políticas y procedimientos del programa.

d) Designar un responsable (Oficial de Cumplimiento):

- Nombrar una persona o un equipo con la jerarquía y autonomía necesarias para liderar, implementar y monitorear el programa. Para las ESE, esta función puede recaer en el jefe de control interno o una figura similar, dependiendo de su estructura.

e) Capacitación y Comunicación:

- Realizar jornadas de capacitación periódicas para todos los niveles de la entidad sobre las políticas de transparencia, ética, prevención de la corrupción y los mecanismos de denuncia.
- Comunicar de manera efectiva los compromisos de la ESE en materia de transparencia.

f) Monitoreo y Auditoría:

- Realizar seguimiento continuo a la efectividad del programa.
- Incluir la revisión del programa en las auditorías internas y externas.

g) Articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG):

- Para las entidades públicas como las ESE, las políticas de transparencia y lucha contra la corrupción deben estar articuladas con el MIPG, específicamente con dimensiones como la de Integridad.

4. DOCUMENTOS RELACIONADOS Y/O NORMATIVIDAD APLICABLE

NORMA	DESCRIPCION
Constitución política de Colombia de 1991. (Artículos 23, 9', 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 183, 184, 209 y 270)	Fortalece la participación de la ciudadanía en el control de la gestión pública y establece la responsabilidad patronal de los servicios públicos.

NORMA	DESCRIPCION
Ley 190 de 1995	Por lo cual se dictaban las normas tendientes a preservar la moralidad en la administración pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa.
Ley 489 de 1998, artículo 32	Democratización de la administración pública.
Ley 1952 de 2019	Mediante la cual se expide el código general disciplinario.
Ley 962 de 2005	Por lo cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos.
Documento CONPES 3649 del 15 de marzo de 2010	Política nacional de servicio al ciudadano.
Documento CONPES 3654 del 12 de abril de 2010	Política de rendición de cuentas de la rama ejecutiva a los ciudadanos.
Ley 1437 de 2011	Expedición del código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo.
Documento CONPES 3785 de 9 de diciembre de 2013	Política nacional de eficiencia administrativa al servicio del ciudadano.
Ley 1757 de 2015	Mediante la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática. En el artículo 52 se establece que “las entidades de la administración pública nacional y territorial, deberán elaborar anualmente una estrategia de rendición de cuentas, cumpliendo con los lineamientos del manual único de rendición de cuentas, la cual deberá ser incluida en el plan anticorrupción y atención a los ciudadanos.
Decreto 124 de 2016 en su artículo .2.1.4.1	Señala como metodología para elaborar la estrategia de lucha contra la corrupción la contenida en el documento “estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano”.
Decreto 124 de 2016 en su artículo 2.1.4.9	Dispone que la presidencia de la república actualizara las metodologías y estándares del PAAC.
Decreto 124 de 2017	“Adopción de la guía metodológica para la formulación de los planes anticorrupción y de atención al ciudadano”
Decreto 1499 de septiembre 11 de 2017	Que modifica el decreto 1082 de 2015 único reglamentario del sector función pública en lo relacionado con el sistema de gestión MIPG.
Resolución 1519 de 24 agosto de 2020	Por lo cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital. Y datos abiertos” en su anexo 2 “Estándares de publicación y divulgación información.
Ley 1474 del 2011	“Por lo cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención. Investigación y sanación de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública” en el artículo 76
Resolución 4559 de 2018	Por medio de la cual se adopta el Modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Circular Externa No. 20211700000004-5 de 2021 (Supersalud)	Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de administración de riesgos.

NORMA	DESCRIPCION
Circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021 (Supersalud)	Instrucciones generales relativas al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.
Circular Externa No. 20221510000000053-5 de 2022 (Supersalud)	Lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno.
Ley 2195 de 2022	“Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras posiciones”, específicamente en el artículo 31, establece que “cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea de su régimen de contratación, deberá implementar programas de transparencia y ética pública con el fin de promover la cultura de la legalidad o identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollado su misionalidad”

5. PILARES TEMÁTICOS

5.1. Principios Éticos y Valores Institucionales

PRINCIPIOS ÉTICOS

TRANSPARENCIA: El Hospital Civil de Ipiales E.S.E, divulga de manera clara y periódica la información relevante relacionada con la atención médica, gestión institucional y las políticas internas, garantizando la participación ciudadana.

INTEGRIDAD: En el Hospital Civil de Ipiales E.S.E, actuamos con honestidad, ética y coherencia en todas las acciones y decisiones, relacionadas con la atención médica, la gestión y el liderazgo.

CONFIANZA: En el Hospital Civil de Ipiales E.S.E, nos comprometemos a fortalecer el vínculo entre el equipo de trabajo, los usuarios y su familia, garantizando la comunicación asertiva en el desarrollo de los procesos y procedimientos, los cuales se ejecutarán de manera segura y efectiva, con el fin de alcanzar a cubrir sus expectativas.

VALORES INSTITUCIONALES

HONESTIDAD: En el Hospital Civil de Ipiales E.S.E, siempre actuamos con fundamento a la verdad cumpliendo los deberes con transparencia y rectitud y siempre favoreciendo el interés general.

RESPECTO: En el Hospital Civil de Ipiales E.S.E, reconocemos y valoramos el trato de manera digna, a todas las personas con sus virtudes y defectos sin importar su labor, procedencia, títulos, cargos o cualquier otra condición.

COMPROMISO: En el Hospital Civil de Ipiales E.S.E, somos conscientes de la importancia de los roles como servidores públicos y estamos en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas y demás involucrados, incluyendo los sistemas de gestión con los que nos relacionamos en las labores cotidianas, buscando siempre la mejora continua.

DILIGENCIA: En el Hospital Civil de Ipiales E.S.E, cumplimos con nuestras responsabilidades asignadas de la mejor manera posible con prontitud y eficiencia, para optimizar el uso de los recursos del estado.

JUSTICIA: En el Hospital Civil de Ipiales E.S.E, actuamos con imparcialidad garantizando los derechos de las personas con equidad, igualdad y sin discriminación.

COOPERACIÓN: En el Hospital Civil de Ipiales E.S.E, trabajamos en equipo para lograr objetivos comunes, respetando las contribuciones de cada miembro de la institución, siendo flexibles y haciendo compromisos cuando sea necesario.

CALIDAD: En el Hospital Civil de Ipiales E.S.E, realizamos el trabajo con humanización, disciplina y eficiencia, garantizando la satisfacción del usuario y su familia, con la convicción de entregar lo mejor.

5.2. Código de Integridad

El código de integridad está establecido mediante la Resolución No. 112 del 06 de febrero de 2019, el cual hace parte integral de este documento.

5.3. Articulación con el Direccionamiento Estratégico Plan de Desarrollo “Servimos con el Corazón 2020-2024)

El Programa actúa como un instrumento importante en la consecución de nuestra Misión, Visión y Objetivos Institucionales debido a que protege los recursos y los bienes público del Hospital Civil de Ipiales ESE pérdidas o menoscabos que haga que no podamos cumplir con los objetivos Organizaciones, enfoca su accionar a que las acciones que hagamos todos se enfoquen viviendo el valor de la transparencia en cada accionó que hagamos dentro del HCI.

• Misión

Somos una Empresa Social del Estado acreditada, prestamos servicios de salud con amor, accesibilidad, oportunidad, calidad, humanización y seguridad en los diferentes ciclos de atención; comprometidos con el medio ambiente, con un enfoque inclusivo y participativo para lograr la satisfacción de nuestros usuarios y sus familias en el departamento de Nariño.

• Visión

En el año 2028, seremos una Empresa Social del Estado líder en el departamento de Nariño en la prestación de servicios de salud de la más alta calidad, manteniendo la acreditación, priorizando la dignificación del talento humano, la sostenibilidad financiera y la innovación tecnológica, en un entorno hospitalario moderno y competitivo. Comprometidos a garantizar la transparencia en nuestra gestión y reconocidos como escenario de prácticas formativas para el talento humano en salud, responsables con el medio ambiente, logrando la satisfacción de usuarios y proveedores.

• Línea Estratégica y Objetivos Estratégicos

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO
Calidad en la prestación de servicios de salud centrado en el paciente y su familia.	Incrementar los niveles de satisfacción del usuario y su familia mediante la prestación de servicios de salud, con calidad, oportunidad, seguridad y humanización
Cooperación interinstitucional efectiva y exitosa	Alcanzar una articulación en la red de prestación de servicios, favoreciendo la competitividad y resolutiveidad de la capacidad instalada del Hospital Civil de Ipiales E.S.E.
Dignidad para el talento humano en el Hospital Civil de Ipiales ESE.	Formalizar el Talento Humano del Hospital Civil de Ipiales.
Estabilidad Financiera	Fortalecer el proceso económico (Admisiones, Facturación, Recaudo, Cartera) y lograr un saneamiento financiero adecuado y real de la institución.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO
Innovación Tecnológica	Fortalecer la infraestructura y la tecnología del Hospital Civil de Ipiales, cumpliendo requisitos de habilitación, mejorando la oportunidad en el diagnóstico y la atención humanizada de los usuarios.
Compromiso ambiental	Mitigar la huella de carbono generada en la prestación de los servicios de salud, contribuyendo con el medio ambiente, utilizando energías limpias y renovables.

• Principios corporativos

- ✓ **Información** clara y ordenada que permita resolver problemas y tomar decisiones confiables.
- ✓ **Integración** en el flujo de la comunicación interdisciplinaria e interdependencia de procesos.
- ✓ **Innovación** como herramienta para la transformación y mejoramiento de procesos que permita eficiencia en la producción.

5.4. Lineamientos Generales para propender por una gestión ética

Estos lineamientos están enfocados en detectar y cuando sea el caso denunciar la corrupción. La opacidad y el fraude que en cualquiera de sus formas eventualmente se pueda presentar en el Hospital Civil de Ipiales.

- Siempre haremos lo correcto, porque estamos comprometidos con la transparencia, todos los Colaboradores y el Equipo Directivo del Hospital estamos comprometidos con mantener los más altos estándares de Transparencia y Ética Empresarial y prevenir prácticas corruptas en todas nuestras actividades, nuestros Colaboradores y el Equipo Directivo se comprometen a hacer acciones, transacciones, actividades y negocios de la manera correcta cumpliendo con los estándares de Transparencia y Ética Empresarial establecidos en nuestro Código de Ética, Política de Transparencia y Acceso a la Información y Política de Integridad.
- El Hospital Civil de Ipiales E.S.E tiene un enfoque de cero tolerancias a cualquier forma de Soborno, Corrupción opacidad, fraude o pagos Inapropiados.
- Ningún Colaborador ni miembro de Órganos de Administración del HCI debe solicitar, aceptar o dar regalos, dinero, objetos de valor o trato preferencial con empresas o personas que tengan o pretendan realizar cualquier tipo de relación contractual o comercial.
- Todos los Colaboradores, Empleados, miembros de la Alta Gerencia y Órganos de Dirección y control del HCI, en el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades, reportarán oportunamente cualquier acto de corrupción, opacidad o fraude del que tengan conocimiento utilizando la línea de reporte anticorrupción Numero + (57) 3164422054 y Correo Electrónico denunciascorrupcion@hci.gov.co anteponiendo los intereses del Hospital a los intereses personales, propendiendo porque las decisiones en las cuales participen se encuentren desprovistas de conflicto de intereses.
- El Programa de Transparencia y Ética Empresarial está compuesto por políticas, códigos, manuales, procedimientos y elementos que le permiten tener un adecuado conocimiento de las Contrapartes y de las personas expuestas políticamente que tengan alguna relación con la Compañía. De esta manera, llevar a cabo negocios de manera ética, transparente y honesta.
- La identificación de los riesgos y controles relacionados con la Corrupción, Opacidad y Fraude, así como de sus fuentes, es responsabilidad de todos los grupos de interés. Los líderes de los procesos deben definir las medidas de control para cada riesgo, de acuerdo con los factores de riesgos asociados y/o las recomendaciones dadas por el Oficial de Cumplimiento.
- El Oficial de Cumplimiento realizará evaluación al Programa de Transparencia y Ética Empresarial a través de los objetivos definidos anualmente, con el fin de medir la efectividad y eficiencia del Programa.
- El Hospital Civil de Ipiales E.S.E evitará tener algún tipo de relación con proveedores, clientes, Empleados y socios que estén relacionados con delitos asociados a Corrupción y Soborno.
- Todos los Empleados tienen el deber de informar al Oficial de Cumplimiento, a través de los canales establecidos, sobre cualquier incumplimiento que se presente de manera real o potencial en los procesos de la Compañía y que se relacione con los riesgos C/ST.

- La Alta Dirección deberá brindarle un apoyo efectivo y los recursos humanos, físicos, financieros y técnicos necesarios para llevar a cabo la implementación, auditoría y cumplimiento del PTEE.
- No establecer ninguna relación de negocios o de cualquier otro tipo, con personas naturales o jurídicas de las cuales se tengan dudas sobre el origen de sus fondos, vínculos con organizaciones al margen de la ley, se encuentren en listas restrictivas por soborno y corrupción.
- El Hospital define de manera expresa (i) el perfil del Oficial de Cumplimiento; (ii) las incompatibilidades e inhabilidades que le apliquen a este; (iii) la administración de conflictos de interés; y (iv) las funciones específicas que se le asigna al Oficial de Cumplimiento.
- Quienes participan en los procesos del Hospital deben identificar, evaluar, controlar y monitorear, cualquier riesgo que se relacione con riesgos COF (teniendo en cuenta los factores de riesgos) y reportarlo inmediatamente al Oficial de Cumplimiento.
- El Hospital debe garantizar a través del Oficial de Cumplimiento capacitación permanente al interior de esta, en temas de COF, con el fin de crear una cultura de prevención frente a estos delitos.
- Existe una obligación de denuncia de actos de Corrupción por parte del Hospital, su Equipo de Administración Administradores y Empleados.
- El Oficial de Cumplimiento debe realizar la revisión y actualización de las políticas, procedimientos, mecanismos, metodología y documentación que conforman el PTEE, con el propósito de garantizar un funcionamiento eficiente, efectivo y oportuno que se enmarque en la normatividad vigente y facilite el cumplimiento del propósito, la estrategia, los objetivos y fines empresariales.
- El Oficial de Cumplimiento se encargará de realizar procedimientos periódicos de debida diligencia a los grupos de interés, Para ello, recolectará de los diferentes procesos la información respectiva.
- Todos los colaboradores estamos comprometidos con la protección y uso adecuado de los activos del Hospital.
- En caso de reportar información estamos en disposición absoluta de colaborar con autoridades de investigación tanto Internas como Externas.
- El manejo de la información deberá ser confidencial y privilegiada del HCl.

5.5. Mecanismos para la difusión y socialización permanente de los lineamientos de conducta entre los Colaboradores de la Entidad

Divulgación:

- a. El programa PTEE y las Políticas de Cumplimiento será divulgado dentro del Hospital, Contrapartes y a las demás partes interesadas en la forma y frecuencia para asegurar su adecuado cumplimiento, como mínimo una (1) vez al año.
- b. Anualmente se elaborará un Plan de divulgación por medio de publicaciones en medios virtuales, el cual contemple los temas a divulgar y público objetivo a impactar; explicando las obligaciones de los administradores relacionadas con la prevención de la Corrupción, los canales efectivos para recibir reportes confidenciales sobre actividades de Corrupción, y la información referente a las sanciones para aquellos que infrinjan el PTEE.

i. Capacitación:

La capacitación del Programa PTEE y las Políticas de Cumplimiento se hará por lo menos:

- a. En la inducción general para nuevos Colaboradores.
- b. Los Colaboradores que por sus roles estén expuestos a riesgos COF y deban conocer a profundidad el PTEE y las Políticas de Cumplimiento con el propósito de asegurar su adecuado cumplimiento.
- c. Todos los colaboradores serán capacitados en el Programa PTEE y las Políticas de Cumplimiento para asegurar su adecuado cumplimiento, como mínimo una (1) vez al año.

6. ARTICULACIÓN CON MIPG (Plan Anticorrupción y Servicio al Ciudadano PAAC)

En atención los contemplado en la ley 2195 de 2022, que en su artículo 31, contempla. “PROGRAMAS DE TRANSPARENCIA Y ETICA EN EL SECTOR PUBLICO. Modifíquese el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, el cual quedara así: Artículo 73. Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Publica con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad”

En ese sentido el PAAC hace parte de el PTEE con sus 5 componentes así:

- a. Componente de Riesgos de Corrupción.
- b. Racionalización de Trámites.
- c. Rendición de Cuentas.
- d. Servicio al Ciudadano.
- e. Transparencia y Acceso a la Información Pública.

SUBCOMPONENTE	SUBCOMPONENTE
COMPONENTE 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN- MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	Subcomponente/proceso 1
	Política de administración de riesgos
	Subcomponente/proceso 2
	Mapa de Riesgos de Corrupción
	Subcomponente/proceso 3
	Consulta y divulgación
	Subcomponente/proceso 4
	Monitoreo y Revisión
	Subcomponente/proceso 5
	Seguimiento
COMPONENTE 2: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	Tramite
COMPONENTE No. 3 RENDICIÓN DE CUENTAS	Información
	Diálogo
	Responsabilidad
COMPONENTE No. 4 SERVICIO AL CIUDADANO	Planeación estratégica del servicio al ciudadano
	Fortalecimiento del talento humano al servicio del ciudadano
	Responsabilidad Evaluación de gestión y medición de la percepción ciudadana
	Conocimiento de Servicio al Ciudadano
COMPONENTE No. 5 TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	Transparencia Activa
	Transparencia Pasiva
	Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información
	Criterio diferencial de accesibilidad

SUBCOMPONENTE	SUBCOMPONENTE
	Monitoreo del Acceso a
	la Información Pública
	Transparencia colaborativa
	Gestión documental

El PAAC hace parte de los anexos del presente Programa.

7. TERMINOLOGIA

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS: Cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.

ANÁLISIS DEL RIESGO: Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del riesgo.

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

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

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

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

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

CONDUCTA IRREGULAR: Hace referencia a incumplimientos de leyes, regulaciones, políticas internas, reglamentos o expectativas de las organizaciones respecto a la conducta, ética empresarial y comportamientos no habituales.

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

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

CONTRAPARTE(S): Son aquellas personas naturales o jurídicas con las cuales la organización y sus filiales y subordinadas tiene vínculos comerciales, de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden. Es decir, accionistas, socios, colaboradores o empleados de la empresa, clientes y proveedores de bienes y servicios.

CONTROL DE RIESGOS: Parte de la administración de riesgos que involucra la implementación de políticas, estándares, procedimientos para minimizar los riesgos adversos.

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

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

CORRUPCIÓN PÚBLICA: Cuando en el acto de Corrupción intervienen funcionarios públicos y/o la acción reproachable recaiga sobre recursos públicos.

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

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

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

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

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

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

FRAUDE: Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.

8. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

Las Funciones asignadas dentro del programa PTEE son homologadas con las establecidas en la Circular Externa No. 2021170000005-5 de 2021, funciones de SICOF, debido a que el programa hace parte integral de el SIGR y Subsistema SICOF como medidas de prevenir la materialización de riesgos de corrupción, opacidad y fraude, esta homologación aplica para la Junta Directiva y Representante Legal del Hospital, las Funciones del Oficial de Cumplimiento están dadas de conformidad con la Circular No. 202215100000053-5.

8.1. Funciones de la Junta Directiva

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, debe contemplar como mínimo las siguientes funciones a cargo de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces:

- a. Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICOF, con fundamento en las recomendaciones del Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF.
- b. Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- c. Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- d. Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad y Fraude de la entidad.
- e. Pronunciarse sobre la evaluación periódica del SICOF, que realicen los órganos de control.
- f. Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICOF.
- g. Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF.
- h. Conocer los informes relevantes respecto del SICOF, e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.
- i. Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias a través de informes periódicos que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, sobre la gestión del mismo en la entidad y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.

- j. Evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICOF, que formulen el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del mismo y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- k. Analizar los informes que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF respecto de las labores realizadas para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, actos de Corrupción, Opacidad o Fraude y evaluar la efectividad de los controles implementados y de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento.

8.2. Funciones de Representante Legal

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, son funciones mínimas del Representante Legal:

- a. Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- b. Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos.
- c. Constitutivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.
- d. Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.
- e. Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la Administración de este Riesgo implica para la entidad.
- f. Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.
- g. Recibir y evaluar los informes presentados por el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, de acuerdo
- h. con los términos establecidos en la presente Circular.
- i. Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la presente Circular.
- j. Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada Administración del Corrupción, Opacidad y Fraude a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

8.3. Funciones de Oficial de Cumplimiento

Para el adecuado cumplimiento de la labor que corresponde al Subsistema de administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, así como a su mejoramiento continuo será delegado el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad, sin que ello implique una sustitución a la responsabilidad que de manera colegiada le corresponde al máximo órgano social u órgano equivalente en la materia, desarrollando funciones de carácter eminentemente de asesoría y apoyo. El oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del PTEE, debe cumplir como mínimo con las siguientes condiciones:

- a. Presentar con el representante legal, para aprobación de la junta directiva o quien haga sus veces, la propuesta del PTEE.
- b. Presentar, por lo menos una vez al año, informes de la gestión del PTEE a la junta directiva o quien haga sus veces. Como mínimo los informes deben contener una evaluación y análisis sobre la eficiencia y efectividad del PTEE y, de ser el caso, proponer las mejoras respectivas.
- c. Así mismo, se deberán demostrar los resultados de esta gestión.
- d. Velar porque el PTEE se articule con las Políticas de Riesgo adoptadas por la junta directiva o quien haga sus veces.
- e. Velar por el cumplimiento efectivo, eficiente y oportuno del PTEE.
- f. Garantizar la implementación de canales apropiados para permitir que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, acerca de presuntos incumplimientos del PTEE y posibles actividades sospechosas relacionadas con COF y Soborno.
- g. Verificar la debida aplicación de la política de protección a denunciantes que la entidad haya establecido.
- h. Coordinar el desarrollo de programas internos de capacitación del PTEE.
- i. Realizar la evaluación del cumplimiento del PTEE como mínimo una vez al año.

8.4. Funciones de todos los Colaboradores

- a. Cumplir con las políticas, procedimientos, manuales y/o instructivos correspondientes a la prevención del riesgo de COF.
- b. Participar en los procesos de formación y entrenamiento a los que sean convocados.
- c. Abstenerse de autorizar, motivar, aprobar, participar o tolerar los incumplimientos del presente Programa.
- d. Reportar a través de los canales de reporte previstos por el HCI cualquier incumplimiento al presente Programa.
- e. Abstenerse de tomar represalias, directa o indirectamente, o alentar a otros a hacerlo, en contra de cualquier otro empleado por denunciar una sospecha de incumplimiento del presente Programa.

8.5. Funciones de los Colaboradores expuestos a riesgos COF

Hay Colaboradores que por sus actividades tienen un mayor grado de exposición a riesgos COF, estos funcionarios tienen como responsabilidades:

- a. Deben cumplir con las responsabilidades mencionadas en el punto 7.4.
- b. Deben conocer en detalle el presente procedimiento de Debida Diligencia de terceros.
- c. Participar en los procesos de formación y entrenamiento a los que sea convocado.
- d. Realizar la debida diligencia al momento de la vinculación, en las plataformas establecidas para tal fin.
- e. Reportar las alertas, inconsistencias o hallazgos que puedan convertirse en riesgo COF.
- f. Custodiar la información derivada del procedimiento de debida diligencia.

8.6. Revisoría Fiscal

El revisor fiscal en cumplimiento de su deber deberá prestar especial atención a las alertas que pueden dar lugar a sospecha de un acto relacionado con un posible acto de Corrupción, Opacidad, fraude y Soborno que conozca en desarrollo de sus funciones y denunciar ante las autoridades competentes.

8.7. Jefe de Control Interno

El Jefe de Control Interno debe evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas las actividades y cada una de las etapas y los elementos del PTEE, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, deberán informar los resultados de la evaluación al Representante legal y la Junta Directiva, estará a cargo de la línea telefónica anticorrupción y la el correo anticorrupción, y ante cualquier reporte de riesgos COF enviará al oficial de Cumplimiento.

9. OFICIAL DE CUMPLIMIENTO REQUISITOS, INCOMPATIBILIDADES E INHABILIDADES

Para desempeñar el cargo de Oficial de Cumplimiento se deberá cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- a. Gozar de la capacidad de tomar decisiones para gestionar el Riesgo COF.
- b. Contar con conocimientos suficientes en materia de Administración de Riesgos en Entidades Hospitalarias Acreditadas y entender la forma como se articulan con los procesos de HCI, El Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR), los estándares de Acreditación y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.
- c. Contar con el apoyo de un equipo de trabajo humano y técnico, de acuerdo con el Riesgo COF.
- d. No pertenecer a la Administración o a los órganos sociales, ni de auditoría o control interno o externo que ejerce esta función.

- e. No fungir como Oficial de Cumplimiento en otras sociedades.

10. PROCEDIMIENTO DE DEBIDA DILIGENCIA

Una Debida Diligencia está orientada a suministrarle al Hospital Civil de Ipiales E.S.E los elementos necesarios para identificar y evaluar los Riesgos COF que estén relacionados con las actividades, nuestros contratistas, las sociedades con las que tenemos relaciones contractuales y que puedan estar expuestos a riesgos COF.

El Hospital puede ser utilizado para realizar y ocultar pagos relacionados con sobornos a servidores públicos aprovechando la relación jurídica con el HCI, en todo caso, el alcance de la Debida Diligencia será variable en razón del objeto y complejidad de los contratos.

Los procedimientos de Debida Diligencia deberán adelantarse de manera habitual, con la frecuencia que estime la Entidad Obligada, los elementos esenciales de la debida diligencia será.

- a. **Preventiva:** Anticipa hechos o situaciones.
- b. **Multiplicidad de Procesos y Objetivos:** la debida diligencia se realizará en los procesos que tenga que ver con la contratación y estará a cargo de los Colaboradores con mayor exposición a riesgos COF, donde se tomen daciones vinculando terceros que implique relacionamiento con terceros, deberá formar parte integral del proceso de gestión de riesgo para conocer clientes dentro del proceso de vinculación de proveedores y empleados o contratistas o cualquier vinculación comercial.
- c. **Basada en Riesgos:** Las medidas deben ser acorde a la gravedad y a la probabilidad del impacto negativo, si ambas son altas de debida diligencia será más alta, definiendo diferentes tipos de riesgos.
- d. **Dinámicas:** Debe permanecer en el tiempo, no solamente cuando nos relacionamos con terceros, establecer procedentes de monitoreo permanente.

11. POLÍTICAS DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL – PTEE.

Las Políticas relacionadas con el PTEE del Hospital Civil de Ipiales son:

- a. Código de Ética Y Buen Gobierno.
- b. Código de Integridad
- c. Sistema Integrado de Gestión de Riesgos (SIGR)
- d. Subsistema SICOF.
- e. Política de transparencia y Acceso a la Información (MIPG)

12. DESCRIPCION DEL PROGRAMA

El presente programa se estructura teniendo en cuenta los 5 componentes metodológicos, así:

- COMPONENTE 1 – GESTION DEL RIESGO DE CORRUPCION
- COMPONENTE 2 – RACIONALIZACION DE TRAMITES
- COMPONENTE 3 – RENDICION DE CUENTAS
- COMPONENTE 4 – ATENCION AL CIUDADANO
- COMPONENTE 5 – TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y SERVICIO AL CIUDADANO HOSPITAL CIVIL DE IPIALES 2024							
COMPONENTE No. 1. GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN							
Subcomponente/Procesos	Entregable	No.	Actividad	Meta/producto	Fecha Inicio	Fecha Fin	Responsable
Subcomponente/proceso 1 Política de administración de riesgos	Política de riesgos de corrupción revisada y actualizada de acuerdo a la nueva Plataforma estratégica y a los lineamientos impartidos por la circular 045 de la SUPERSALUD	1	Ajustar la política de riesgos al interior de la Entidad incluyendo las actualizaciones que se requieran.	Política actualizada y socializada	3/02/2025	31/03/2025	Oficina Asesora de Planeación
	Revisión y aplicación de metodología para la identificación de Riesgos de Corrupción.	2	Fortalecimiento de la identificación de Riesgos de corrupción en los procesos institucionales, de acuerdo a los criterios determinados por la Función Pública.	Matriz de Riesgos de Corrupción Independiente a la de Riesgos por procesos.	3/03/2025	30/04/2025	Oficina Asesora de Planeación
Subcomponente/proceso 2 Mapa de Riesgos de Corrupción	Mapa de Riesgos de Corrupción actualizado	3	Actualizar los riesgos institucionales e incluyendo los de corrupción.	Lograr ajustar los riesgos de corrupción a la metodología planteada por DAFP.	30/04/2025	30/06/2025	Oficina Asesora de Planeación (Líderes)
	Sistema de Gestión Integral del Riesgo actualizado a los cambios realizados a mapa de procesos	4	Actualizar y socializar los cambios realizados al Sistema de Gestión Integral del Riesgo.	Sistema de Gestión Integral del Riesgo actualizado con los nuevos requerimientos y mapa de riesgos actualizado	3/02/2025	31/03/2025	Oficina Asesora de Planeación (Líderes)
Subcomponente/proceso 3 Consulta y divulgación	Mapa de Riesgos de Corrupción publicados en página WEB.	5	Socializar el mapa de aseguramiento en la vigencia 2025	Jornadas de socialización y apropiación adelantadas.	30/04/2025	30/05/2025	Oficina Asesora de Planeación
	Informe de Seguimiento al Sistema Integral de Gestión Integral del Riesgo .	6	Verificar el cumplimiento de las actividades de control y presentar un informe consolidado al Comité de Gestión y desempeño Institucional.	Reportes de controles y acciones realizadas de forma cuatrimestral o cuando se materialice un riesgo. Mayo 31 / Agosto 31 / Dic 31.	3/02/2025	15/12/2025	Oficina Asesora de Planeación (CIGD)
Subcomponente/proceso 4 Monitoreo y Revisión	Tablero de Control Actualizado	7	Actualizar tablero de control para el monitoreo y seguimiento de los riesgos institucionales (incluyendo riesgos de corrupción).	Tablero de control actualizado.	3/02/2025	22/12/2025	Oficina Asesora de Planeación
	Seguimiento y evaluación riesgos de corrupción	8	Presentar ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y Comité de Gestión del Riesgo , el informe de los riesgos materializados y los riesgos de corrupción de la entidad para la toma de decisiones	Reporte de avance presentado. Mayo 31 / Agosto 31 / Dic 31.	3/02/2025	15/12/2025	Oficina Asesora de Planeación
Subcomponente/proceso 5 Seguimiento	Informe seguimiento PAAC	9	Seguimiento cuatrimestral PAAC	3 Informes con corte 31 de Diciembre, 30 de abril, 31 Agosto	14/01/2025	12/09/2025	Oficina de Control Interno

COMPONENTE No 2. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES												
No	Nombre del trámite	Situación Actual	Mejora a Implementar	Beneficio al Ciudadano	Tipo de Racionalización	Acción de Racionalización.	Actividad	Descripción	Entregable / producto	Fecha Inicio	Fecha Fin	Área responsable
1	Consulta de trámite de PQR	Las PQR se gestionan de manera presencial	El trámite de consulta de trámite de PQR se realizará por internet	Reducir los tiempos de respuesta al trámite, genera disminución de tiempos de espera para el usuario, el usuario no debe hacer gestiones presenciales ni en documento físico.	Normativa	Consulta en línea para trámite de PQR	Aplicar la Resolución 455 de 2021, con el objetivo de mejorar el tiempo de obtención del trámite.	Actualizar la información de los trámites en el Sistema Único de Información de Trámite, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 455 de 2021.	Trámite racionalizado.	1/04/2025	30/06/2025	Gerencia de la Información/ SIAJ
1	Consulta de resultados de ayudas diagnósticas	Para recibir resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio e imágenes), los usuarios deben acercarse personalmente hasta las instalaciones de la institución	El trámite de consulta de resultados de ayudas diagnósticas se realizará por internet	Disminución de tiempos de espera para el usuario, costos y mayor oportunidad ya que no debe hacer gestiones presenciales	Normativa	Trámite en línea para consulta de resultados	Aplicar la Resolución 455 de 2021, con el objetivo de mejorar el tiempo de obtención del trámite.	Actualizar la información de los trámites en el Sistema Único de Información de Trámite, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 455 de 2021.	Trámite racionalizado.	3/06/2025	31/12/2025	Gerencia de la Información/ Apoyo Diagnóstico

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y SERVICIO AL CIUDADANO HOSPITAL CIVIL DE IPIALES 2024						
COMPONENTE No. 3, RENDICIÓN DE CUENTAS						
Ítem		Actividades	Meta/producto	Fecha		Dependencia Responsable
				Inicio	Fin	
Información	1	Analizar a traves de encuestas dirigidas a los grupos de valor los mecanimos de comunicación que faciliten el acceso diferencial de diversas poblaciones utilizando simultáneamente medios presenciales, escritos y virtuales de acuerdo con las características de los interlocutores y recursos institucionales para la presentación de rendición de cuentas	Encuesta y resultados de las preferencias para la difusión y presentación de rendición de cuentas	15/02/2025	14/03/2025	Oficina Asesora de Planeación / Comunicaciones
	2	Diseñar piezas comunicativas digitales y físicas que permitan a la ciudadanía conocer de forma constante la gestión realizada por la entidad raves de distintos canales	Pagina web., redes sociales	3/02/2025	15/12/2025	Oficina Asesora de Planeación / Comunicaciones
	3	Publicar información sobre la gestión realizada en diferentes formatos, para diferentes poblaciones y en diferentes canales.	Informes Publicados diferenciales	Semestral	Semestral	Oficina Asesora de Planeación / Comunicaciones
	4	Publicar el Informe de rendición de cuentas sobre la gestión institucional previo a la audiencia pública.	Informe de rendición de cuentas publicado.	31/03/2025	21/04/2025	Oficina Asesora de Planeación / Comunicaciones
	5	Informar a Supersalud la fecha definitiva de Rendición de cuentas, mediante el archivo correspondiente en cumplimiento de la circular No. 008	Archivo Plano Cargado	3/02/2025	31/03/2025	Oficina Asesora de Planeación / TIC
	6	Identificar grupos de valor claves para dialogar sobre la gestión realizada.	Grupos de valor objetivo priorizados	15/02/2025	14/03/2025	Oficina Asesora de Planeación / Comunicaciones
	7	Definir la mejor metodología o herramienta para desarrollar espacios de diálogo.	Metodología Aprobada	15/02/2025	14/03/2025	Oficina Asesora de Planeación / Comunicaciones
Diálogo	8	Desarrollar la audiencia de rendición de cuentas de Hospital Civil de Ipiates	Audiencia de rendición de cuentas realizada.	21/04/2025	21/04/2025	Oficina Asesora de Planeación / Comunicaciones
	9	Realización de Espacio de diálogo	Espacios de diálogo y Lista de asistencia	15/03/2024	15/03/2024	Oficina Asesora de Planeación / Comunicaciones
Responsabilidad	10	Elaborar y publicar los resultados de los espacios de diálogo	Informes elaborados (Informe de percepción de la audiencia pública de Rdc).	30 días despues de cada espacio de dialogo	30 días despues de cada espacio de dialogo	Oficina Asesora de Planeación y todas los Líderes de Procesos
	11	Cargar los Informes respectivos a la Página Web del Hospital	Informes cargados a la Página	30 días despues de cada espacio de dialogo	30 días despues de cada espacio de dialogo	Oficina Asesora de Planeación / Comunicaciones
	12	Realizar seguimiento a los compromisos generados de los espacios de diálogo desarrollados por el Hospital Civil de Ipiates.	Informes de seguimiento a compromisos.	30 días despues de cada espacio de dialogo	30 días despues de cada espacio de dialogo	Oficina Asesora de Planeación / Comunicaciones

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y SERVICIO AL CIUDADANO HOSPITAL CIVIL DE IPIALES 2024 COMPONENTE No. 4. SERVICIO AL CIUDADANO						
Subcomponentes	No.	Actividades	Meta/producto	Fecha Inicio	Fecha Fin	Dependencia Responsable
Planeación estratégica del servicio al ciudadano	1	Realizar y Publicar el plan de trabajo en xxxx relacionado a la política de participación social	Plan de trabajo publicado y puesto en marcha	27/01/2025	15/12/2025	Lider Proceso SIAU / Planeación
	2	Revisión de la aplicación de Oficina de relacionamiento Estado - Ciudadano, de acuerdo a las directrices de la Ley 2052 del 2020, art. 17. en el HCI	Informe del analisis realizado para la aplicación de la oficina de relacionamiento estado - ciudadano.	3/02/2025	15/06/2025	Oficina asesora de Planeación
Fortalecimiento del talento humano al servicio del ciudadano	3	Promover al interior de la Entidad las capacitaciones desarrolladas en: Código de Integridad, Transparencia, Servicio al Ciudadano y conflicto de intereses, para fortalecer los valores en los servidores públicos.	Difusión y promoción de capacitaciones.	3/01/2024	15/12/2024	PIC- Recursos Humanos / SIAU
	4	Gestionar, clasificar y priorizar las PQRS del Hospital Civil de Ipiates E.S.E	Requerimientos realizados desde las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRS)	1/01/2025	31/12/2025	SIAU
	5	Gestionar los requerimientos al aplicativo SIO para la gestión de PQRS sistematizadas.	Implementación de las acciones para mejorar el servicio de atención al ciudadano.	1/01/2025	31/12/2025	SIAU
	6	Administrar los canales de atención para disponer de ellos de manera eficiente y eficaz (Presencial, escrito, virtual y telefonico)	Compilación a través del Informe de PQRS	1/01/2025	31/12/2025	SIAU
	7	Elaborar y gestionar las estadísticas trimestrales de PQRS a través de informes periódicos	Análisis de informes periódicos sobre el número de PQRS gestionadas, los resultados obtenidos, las áreas de mejora identificadas y las acciones tomadas, de estadísticas de PQRS	1/01/2025	31/12/2025	SIAU
	8	Asesorar y acompañar a las dependencias de la entidad para la mejora en la elaboración de las respuestas de PQRS	Respuesta clara respetuosa y eficiente a PQRS, enfocadas en las necesidades del solicitante basada en la investigación.	1/01/2025	31/12/2025	SIAU
Evaluación de gestión y medición de la percepción ciudadana	9	Elaborar informes trimestrales de PQRS y percepción de los grupos de valor con conclusiones (incluye recomendaciones)	Informe publicado en página WEB del Hospital Civil de Ipiates para fomentar la transparencia de la gestión.	3/01/2024	31/12/2024	Lider SIAU
Conocimiento de Servicio al Ciudadano	10	Actualizar la caracterización de usuarios, ciudadanos y grupos de interés.	Documento de caracterización de usuarios actualizado.	3/02/2025	30/06/2025	Oficina Asesora de Planeación / Lider SIAU

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y SERVICIO AL CIUDADANO HOSPITAL CIVIL DE IPIALES 2025						
COMPONENTE No. 5. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN						
Subcomponentes	No.	Actividades	Meta/producto	Fecha inicio	Fecha Fin	Dependencia Responsable
Transparencia Activa	1	Actualizar la información del menú transparencia de acuerdo a la Resolución 1519 de 2020 (Anexo 2. Servicio al ciudadano y menú participa, Anexo 4. Datos abiertos)	Menú transparencia actualizado, menú de servicio al ciudadano y menú participación ciudadana.	2/01/2025	31/12/2025	Oficina Asesora de Planeación / Gestión TIC
	2	Públicar la información de rendición de cuentas en la pagina web y redes sociales, promoviendo la participación de la ciudadanía y organizaciones sociales.	Informes de rendición de cuentas publicados en pagina web y redes sociales.	2/01/2025	31/12/2025	Oficina asesora de Planeación, Gestión TIC, Oficina de Comunicaciones.
	3	Generar comunicados de prensa con contenidos audiovisuales, piezas gráficas, podcast, boletines digitales y contenidos informativos para la difusión de las acciones que realiza el HCI incluyendo lineamientos mínimos en temas de accesibilidad y usabilidad en redes sociales y canales internos de difusión y pagina web..	Material informativo diseñado y publicado.	1/01/2025	31/12/2025	Lideres de procesos, Oficina Asesora de Comunicaciones y Gestion TIC
	4	Implementar mecanismos digitales y presenciales de atención al ciudadano para recibir, gestionar y responder peticiones, quejas y reclamos (PQRS).	Medios digitales implementados para gestion de PQRS	1/01/2025	31/12/2025	Oficina asesora de Planeación, Gestión TIC, SIAU.
	5	Promocionar a nivel interno y externo los canales seguros y anónimos para la recepción de denuncias sobre posibles actos de corrupción.	Campaña de promoción sobre los canales de recepción de denuncias sobre posibles actos de corrupción.	1/01/2025	31/12/2025	Oficina Asesora de Planeación/ Gestión TIC
Transparencia Pasiva	6	Creación de canales de solicitud de información, implementación de plataformas digitales para recibir solicitudes, formularios en línea, correos oficiales.	Canales de información en plataformas digitales implementados.	1/01/2025	31/12/2025	Oficina asesora de Planeación, Gestión TIC, Oficina de Comunicaciones.
	7	Elaborar y publicar los resultados, en el informe unificado de PQRSD y percepción de los grupos de valor.	Informe publicado.	1/01/2025	31/12/2025	SIAU, Oficina de Comunicaciones.
Elaboración de los Instrumentos de Gestión de la Información	8	Actualizar los instrumentos de gestión de la información de acuerdo a la ley 1712 de 2014.(Datos abiertos)	Instrumentos actualizados (activos de la información en gov.co).	2/01/2025	31/12/2025	Oficina asesora de Planeación, Gestión TIC, Gestión documental, Estadística.
Criterio diferencial de accesibilidad	9	Crear y/o actualizar los micrositos de la entidad a través de contenidos informativos para facilitar la interacción de las acciones a cargo de HCI con nuestros grupos de valor, incluyendo lineamientos mínimos en temas de accesibilidad y usabilidad. (Resolución 1519 de 2021, anexo 1 Accesibilidad web).	Micrositos actualizados.	2/01/2025	31/12/2025	Gestion TIC, Oficina Asesora de Comunicaciones, lideres de procesos.
Monitoreo del Acceso a la Información Pública	10	Seguimiento y actualización de la información institucional mediante matriz de responsabilidades Índice de Transparencia y Acceso a la Información - ITA	Portal web con requerimientos ITA actualizados.	2/01/2025	31/12/2025	Oficina Asesora Planeación
Transparencia colaborativa	11	Actualizar la estrategia de uso y apropiación de datos abiertos.	Informe de resultados de la implementación de la estrategia.	1/02/2025	30/11/2025	Oficina asesora de Planeación, Gestión TIC, Gestión documental, Estadística.
Gestión documental	12	Determinar el uso del software documental SEVENET en su modulo de correspondencia para manejo de comunicaciones oficiales internas y externas.	Informe de resultados de la implementación de la estrategia.	1/01/2025	31/12/2025	Oficina asesora de Planeación, Gestión TIC, Gestión Documental
	13	Parametrizar dentro de la Política de gestión documental la efectividad del software sevenet para la implementación del sistema de gestion de documento electronico de archivo.	Informe de política de gestion documental y SGDA con respecto al software SEVENET	1/01/2025	31/12/2025	Oficina asesora de Planeación, Gestión TIC, Gestión Documental

13. ACTUALIZACIÓN Y DIVULGACIÓN

El Programa será revisado y actualizado por el Asesor de Planeación y aprobado de forma anual, por el Representante Legal.

En caso de existir nuevas reglamentaciones interna o externas, deberá ser ajustado y los cambios deberán ser comunicados a todos los Colaboradores y a los grupos de interés del HCI.

14. VIGENCIA

Versión	Cambio	Elaboró		Revisó		Aprobó		Vigencia	
		Nombre	Cargo	Nombre	Cargo	Nombre	Cargo	Desde	Hasta
02	Versión actualizada	Carlos David Ortega	Asesor	Jessika Bonilla Santiusty	Jefe Oficina Planeación	Eduardo Narvaez Cujar	Gerente	20/05/2025	31/12/2025
03	Versión actualizada	Carlos David Ortega	Profesional apoyo Planeación	Gabriela Chamorro	Asesor Planeación	Eduardo Narvaez Cujar	Gerente	09/09/2025	31/12/2025

15. BIBLIOGRAFIA

- Ley 2195 de 2022.
- Circular Externa No. 20221510000000053-5 de 2022 (Supersalud).
- Circular Externa No. 202117000000005-5 de 2021 (Supersalud).
- Circular Externa No. 202117000000004-5 de 2021 (Supersalud)
- Resolución 4559 de 2018
- Ley 1757 de 2015

16. ANEXOS

Anexo 1. Resolución 112 de 2019 Código de Integridad.

Anexo 2 Resolución 032 de 2018 código de Conducta y Buen Gobierno

Anexo 3. PAAC 2024, Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

Anexo 4. Matriz de riesgos de corrupción.