PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL

2024 -2027

PLA-05

1. DEFINICIONES. 4
2. REQUISITOS LEGALES. 6
3. OBJETIVO....7
4. ALCANCE....7
5. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES 7
a. FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA....7
a. FUNCIONES DEL GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL ....**¡Error! Marcador no definido.**
b. FUNCIONES DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO 9
c. CONTROL INTERNO (AUDITORÍA INTERNA)....10
POLÍTICAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE....11
d. POLÍTICAS DEL SIAR 11
e. CONTROL INTERNO - POLÍTICA GENERAL....11
f. CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO - POLITICA GENERAL....11
g. GESTION TALENTO HUMANO - POLÍTICA GENERAL 12
i. POLÍTICA DE OPERACIÓN....12
h. POLÍTICAS DE LA COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PTEE 12
i. POLÍTICAS DE LAS SANCIONES....12
j. POLÍTICA DE REGALOS O INVITACIONES....13
k. POLÍTICA DE CONFLICTOS DE INTERÉS....13

l. POLÍTICA DE CLASIFICACIÓN Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN 14
m. POLÍTICA GLOBAL DE SEGURIDAD DIGITAL..... 14
n. POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD POR LOS ACTIVOS 14
o. POLÍTICA DE ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN DIGITAL 15
p. POLÍTICA DE ACCESO A REDES Y RECURSOS DE RED 15
q. POLÍTICA DE RESPONSABILIDADES DE ACCESO DE LOS USUARIOS 15
r. POLÍTICA DE CONTROL DE ACCESO A SISTEMAS Y APLICATIVOS 15
s. POLITICAS DE SEGURIDAD EN LAS OPERACIONES..... 15

t. POLÍTICA DE REGISTRO DE EVENTOS Y MONITOREO DE LOS RECURSOS TECNOLÓGICOS Y LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN 16
u. POLITICA DE CONTROL AL SOFTWARE OPERATIVO 16
v. POLÍTICAS DE SEGURIDAD EN LAS COMUNICACIONES..... 16
w. POLÍTICA DE USO DEL CORREO ELECTRÓNICO 17
x. POLÍTICA DE USO ADECUADO DE INTERNET 17
y. POLÍTICA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE REQUISITOS DE SEGURIDAD 17
z. POLÍTICA PARA EL REPORTE Y TRATAMIENTO DE INCIDENTES DE SEGURIDAD 17
aa. POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL 18
MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE 18
ACCIONES DE CONTROL PARA LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE19
COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PTEE 23
BIBLIOGRAFIA..... 24

INTRODUCCION.

En los últimos años, con el ánimo de fortalecer la confianza en la institucionalidad y de desarrollar entidades y mercados más competitivos en beneficio del país y de sus ciudadanos, Colombia ha implementado distintas medidas tendientes a mitigar los problemas y amenazas que representan la Corrupción, la Opacidad y en Fraude en su interior. Es por esta razón que la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022 en la cual dicta los lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, en adelante PTEE.

El PTEE de la E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL, es un documento dinámico, ajustado a la normatividad vigente en el territorio nacional en materia de transparencia

Carrera 70 No. 2A - 04 Cali – Colombia
PBX +57 (2) 339 0821
ancianatosanmiguel@sanmiguel.gov.co www.sanmiguel.gov.co

y ética empresarial. El documento se funda en un estudio constante de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude a los que se encuentra expuesto nuestro entorno, en consonancia con las dinámicas de nuestra operación y las características de la entidad.

1. DEFINICIONES.

- Activos: son todos los activos, corrientes y no corrientes, reconocidos en el estado de situación financiera que corresponden a los recursos económicos presentes controlados por la sociedad.

- Alta Dirección: son las personas naturales o jurídicas, designadas de acuerdo con los estatutos sociales o cualquier otra disposición interna de la sociedad y la ley colombiana, según sea el caso, para administrar y dirigir a la sociedad, trátese de miembros de cuerpos colegiados o de personas individualmente consideradas. Dentro de ellos se encuentran los miembros de la Junta Directiva y el Representante Legal.

- Auditoría de Cumplimiento: es la revisión sistemática, crítica y periódica respecto de la debida ejecución del PTEE.

- Canales de Denuncias de la SuperSociedades: son los sistemas de reporte en línea de denuncias sobre actos de soborno transnacional y corrupción, dispuestos por la Superintendencias de Sociedades en su página web.

- Conflicto de intereses: Son aquellas situaciones en las que el juicio de un sujeto, en lo relacionado a un interés primario para él o ella, y la integridad de sus acciones, tienden a estar indebidamente influenciadas por un interés secundario, el cual frecuentemente es de tipo económico o personal.

- Contratista: se refiere, en el contexto de un negocio o transacción internacional, a cualquier tercero que preste servicios a la sociedad o que tenga con ésta una relación jurídica contractual de cualquier naturaleza. Los contratistas pueden incluir, entre otros, a proveedores, intermediarios, agentes, distribuidores, asesores, consultores y a personas que sean parte en contratos de colaboración o de riesgo compartido con la persona jurídica.

- Control Interno Disciplinario: La Oficina de Control Interno Disciplinario es la instancia competente para investigar las presuntas faltas disciplinarias de los servidores de la Escuela Superior de Administración Pública, lo que incluye a los docentes de carrera y al personal administrativo.

- Corrupción: serán todas las conductas encaminadas a que una empresa se beneficie, o busque un beneficio o interés, o sea usada como medio en, la comisión de delitos contra la administración o el patrimonio públicos o en la comisión de conductas de soborno transnacional.

- Fraude: Una ofensa intencional de engañar a alguien con el fin de ganar un ventaja desleal o ilegal (financiera, política o de cualquier otra).

- Funcionario: Personas naturales que ejercen la función pública y establecen una relación laboral con el estado.

- Entidad Estatal: Son creadas por la constitución, la ley, ordenanza o acuerdo, o autorizadas por éstas, que tengan participación pública, donde se cumple una función administrativa, comercial o industrial.

- Grupos de interés: Los grupos de interés (Stakeholders), son personas y organizaciones que están interesadas e involucradas con la entidad que usted representa e interactúan con la misma, la identificación de las expectativas, necesidades y canales de comunicación con sus grupos de interés es fundamental para el desarrollo de la estrategia.

- Es importante aclarar que los grupos de interés abarcan un importante abanico de actores, que van desde sus mismos compañeros de trabajo, directivas, autoridades, ciudadanía, proveedores, entre otros.

- Matriz de Riesgo: es la herramienta que le permite a la empresa identificar los riesgos de corrupción o de soborno transnacional.

- Oficial de Cumplimiento: es la persona natural encargada de identificar, medir, evaluar, gestionar y mitigar los riesgos de corrupción y soborno transnacional que puedan comprometer a la empresa. También de elaborar e implementar las medidas para prevención y lucha contra estos riesgos. Así como de dirigir el PTEE.

- Opacidad: Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.

- Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE): Es el documento que recoge la Política de la empresa en torno a los riesgos de corrupción y soborno transnacional, con el fin de identificarlos, detectarlos, prevenirlos, gestionarlos y mitigarlos.

- Riesgos de Corrupción (C): es la posibilidad de que, por acción u omisión, se desvíen los propósitos de la administración pública o se afecte el patrimonio público hacia un beneficio privado.

- Señales de Alerta: Son los hechos, situaciones, eventos, cuantías, indicadores cuantitativos y cualitativos, razones financieras y demás información que la compañía determine como relevante, a partir de los cuales se puede inferir oportuna y/o prospectivamente la posible existencia de un hecho o situación inusual o sospechosa.

- SIAR: Sistema Integrado de Administración de Riesgos

- SICOF: Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.

- Soborno: Acto de ofrecer dinero, servicios u otros objetos de valor, con el fin de persuadir a una persona a realizar algo a cambio.

- Riesgo inherente: Es el riesgo intrínseco de cada actividad, sin tener en cuenta los controles que de éste se hagan a su interior.

- Riesgo residual: Riesgo que queda después de considerar el impacto de los controles de mitigación sobre la reducción del riesgo.

2. REQUISITOS LEGALES.

- Ley 599 de 2000, por el cual se expide el Código Penal.

- Ley 1474 de 2011, por el cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

- Ley 1778 de 02 de febrero de 2016, por la cual se dictan normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de corrupción transnacional y se dictan otras disposiciones en materia de lucha contra la corrupción.

- Circular Externa 0007 de 2017, por la cual se profundizan las instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno EPS, EMP y SAP.

- Circular Externa 000003 de 2018, por medio de la cual se imparten instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales - código de conducta y de buen gobierno IPS de los grupos C1 y C2.

- Circular Externa 0004 de 2018, 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.

- Circular Externa 53-5 de 2022, por la cual se imparten 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.

3. OBJETIVO

El presente documento tiene como objetivos:

- Compilar en un solo documento los criterios generales de la entidad en la identificación, prevención y control de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- Vincular y comprometer a los colaboradores en el conocimiento, prevención y control de dichos riesgos.
- Proteger la reputación, principios y valores de la de la entidad y de sus colaboradores, así como su compromiso ético con la sociedad, evitando la comisión de prácticas corruptas o relacionadas con la Corrupción, al Opacidad y el Fraude, o en general, contrarias a los principios éticos que rigen la función pública.
- Formular las políticas del PTEE, que ayuden a prevenir los riesgos identificados en el marco de este programa, para ser aplicadas por los funcionarios, colaboradores y terceros que tengan relación contractual con la entidad.

4. ALCANCE

Este programa es de obligatoria aplicación y cumplimiento por parte de todas las personas naturales o jurídicas relacionadas con la E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL; es decir que impacta a la alta dirección, funcionarios (bajo todo tipo de contratación), proveedores, usuarios y demás personas que tengan una relación comercial o jurídico-contractual con la entidad.

5. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

a. FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA

- Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICOF, con fundamento en las recomendaciones del Oficial de Cumplimiento para la ejecución del SICOF.
- Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de Cumplimiento para la ejecución del SICOF y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- Aprobar el manual de prevención de la corrupción, la opacidad, el fraude y el soborno y sus actualizaciones.

- Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno de la entidad.
- Pronunciarse sobre la evaluación periódica del SICOF, que realicen los órganos de control.
- Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICOF.
- Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento para la ejecución del SICOF.
- Conocer los informes relevantes respecto del SICOF, e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.
- Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias, a través de informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento del SICOF, sobre la gestión de éste en la E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.
- Evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICOF, que formulen el Oficial de Cumplimiento y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- Analizar los informes que presente el Oficial de Cumplimiento 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.
- Todas las decisiones que se tomen en este cuerpo colegiado respecto del SICOF, deben constar por escrito en el acta respectiva.

a. FUNCIONES DEL GERENTE DE LA E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL.

- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del SICOF.
- Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.
- 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.
- Velar por la correcta aplicación de los controles del riesgo inherente, identificado y medido.
- Recibir y evaluar los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento para la ejecución del SICOF, de acuerdo con los términos establecidos en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.
- Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.
- Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada administración del Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

b. FUNCIONES DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

- Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva, el manual del Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude y sus actualizaciones.
- Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
- Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad administre efectivamente sus riesgos de prevención y detección de la corrupción, la opacidad, el fraude y el soborno, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 y las normas que complementen o modifiquen.
- Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la corrupción, la opacidad y el fraude de la entidad.
- Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno medidos.
- Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 y las normas que complementen o modifiquen.
- Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.
- Desarrollar los programas de capacitación relacionados con el SICOF.

- Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al Representante Legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.
- Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.
- Informar a la Junta Directiva sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.
- Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración de la Junta Directiva.
- Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
- Proponer a la Junta Directiva programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
- Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF, en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
- Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
- Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (judiciales y/o disciplinarlos) para fortalecer el SICOF.
- El Oficial de Cumplimiento es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de prevención y control, y verificar al interior de la E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL, su operatividad y su adecuado funcionamiento, para lo cual debe demostrar la ejecución de los controles que le corresponden.
- El Oficial de Cumplimiento debe dejar constancia documental de sus actuaciones en esta materia, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto. Adicionalmente, debe mantener a disposición del auditor interno, el revisor fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SICOF, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.

c. CONTROL INTERNO (AUDITORÍA INTERNA)

Evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SICOF, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones e informar los resultados de la evaluación al Representante Legal y a la Junta Directiva.

POLÍTICAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE

Es deber de los órganos de control, administración, de gestión y todos los funcionarios de la E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL, aplicar de forma estricta la ejecución de las siguientes políticas con el objetivo de alcanzar una seguridad razonable en el logro de los objetivos del PTEE, dichas políticas son las siguientes:

a. POLÍTICAS DEL SIAR

El Oficial de Cumplimiento y su equipo de apoyo, será el responsable de diseñar las metodologías para la medición y monitoreo de los riesgos y aplicarlas para la determinación de los perfiles de riesgo inherente y residual, así como monitorearlos periódicamente.

b. CONTROL INTERNO - POLÍTICA GENERAL

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL. Se compromete a realizar el control de controles de la organización mediante las actividades de asesoría, acompañamiento, evaluación, seguimiento, fortalecimiento del autocontrol y la gestión del riesgo y la relación con los Entes Externos de Control. Propendiendo por el equilibrio financiero y la rentabilidad satisfacción de los grupos de interés.

El jefe de la Oficina de Control Interno y su equipo periódicamente realiza actividades para fomentar la cultura del Autocontrol entre los funcionarios de la E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL, los principios esenciales del sistema de Control Interno, utilizando los espacios de participación directa, los medios de comunicación establecidos y efectuando recomendaciones en la Entidad.

c. CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO - POLITICA GENERAL

El responsable de Control Interno Disciplinario debe prevenir y corregir la violación de los deberes y sancionar la incursión en las prohibiciones de los servidores públicos conforme lo determinado por la Ley. Buscando garantizar y contribuyendo a la buena prestación de la administración pública, procurando asegurar “Que la función pública sea ejercida en beneficio de la comunidad y para la protección de los derechos y libertades de los asociados”.

El responsable de Control Interno Disciplinario debe propender por el cumplimiento de una eficiente Administración y eficaz prestación del servicio, a través de la vigilancia y control de la conducta de los funcionarios en su desempeño frente al estado y los ciudadanos. Teniendo como base y fortaleza conceptual “que la función administrativa, que se encuentra al servicio de los intereses comunes, se cumpla con fundamento en los principios de imparcialidad, celeridad, transparencia, eficacia y moralidad” según lo ordena el artículo 229 de la Constitución Política.

d. GESTION TALENTO HUMANO - POLÍTICA GENERAL

El Equipo de Gestión del Talento Humano implementará acciones para el fortalecimiento del Talento Humano, mediante principios constitucionales de justicia, equidad, imparcialidad y transparencia en las diferentes actividades de planificación, selección, inducción y reinducción, formación y capacitación, compensación, bienestar social, evaluación del desempeño y salud ocupacional.

i.POLÍTICA DE OPERACIÓN

(…) El responsable de Gestión del Talento Humano y la oficina de capacitación desarrollará el programa de inducción y/o reinducción, el cual incluirá entre otros conocimientos generales de la empresa y sus políticas, plataforma estratégica, código de ética, las normas de bioseguridad y salud ocupacional, con el fin de facilitar y fortalecer la integración del empleado a la cultura organizacional familiarizándolo con la estructura funcional de la empresa.

e. POLÍTICAS DE LA COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PTEE

El SICOF implementado en la E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL garantiza que los requerimientos de autoridades, así como los requerimientos de los entes de control interno y externos se atienden de forma efectiva, eficiente y oportuna.

La información del PTEE y el SICOF será administrada por el Oficial de Cumplimiento, quien la dispondrá a los entes internos y externos en conformidad con la finalidad requerida y conservando las características de confidencialidad.

La entidad establecerá mecanismos a través de los cuales se puedan recibir reportes internos y externos relacionados con situaciones de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno.

Por lo menos cada semestre el Oficial de Cumplimiento elaborará un reporte que permita establecer el perfil de riesgo residual, la evolución individual y general de los perfiles de riesgo, de las fuentes de riesgo y de los riesgos asociados, el cual se dará a conocer a la Alta Dirección, a la Junta Directiva y se incluirá en el informe de gestión del cierre de cada ejercicio anual.

f. POLÍTICAS DE LAS SANCIONES

El incumplimiento o violación a las políticas y normas del PTEE y el SICOF constituye una falta grave. En consecuencia y en los casos en que haya lugar, se aplicarán los procedimientos y las sanciones establecidas por la entidad.

En la divulgación de esta política a los funcionarios, se darán a conocer las sanciones que acarreará el no cumplir y acatar las políticas y normas relacionadas.

Es responsabilidad de todos los funcionarios, el cumplimiento a cabalidad con las instrucciones impartidas y que cualquier información relacionada con el PTEE y el SICOF, se ponga de manera inmediata en conocimiento del Oficial de Cumplimiento.

g. POLÍTICA DE REGALOS O INVITACIONES

La E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL. establece como norma de comportamiento el no recibir ni aceptar ningún obsequio o regalo de proveedores de bienes o servicios, o de potenciales proveedores, en general terceros, que puedan generar algún tipo de compromiso o influencia en el desarrollo de la relación contractual.

Los regalos, invitaciones, patrocinios, asistencia a eventos, y cualquier otra tipología similar deberán hacerse a favor de La Red de Salud de Ladera E.S.E., para que sea la entidad, cuando aplique, la que decida a qué funcionario se le otorgará dicho beneficio, conforme con la pertinencia y conveniencia que se evalúe. En aquellos eventos en que se presenten inquietudes, vacíos o dudas respecto a la aplicación de estas políticas, estos deberán ser puestos en conocimiento del Oficial de Riesgo del SICOF, para que evalúen en primera instancia la situación y posteriormente, si es del caso, sea escalado al Comité de Ética.

h. POLÍTICA DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los conflictos de intereses son situaciones en las que existen intereses privados en los funcionarios, que les pueden impedir o le impiden actuar de forma objetiva e independiente en el ejercicio de sus funciones. Estos intereses pueden ser de tipo económico, profesional, de relacionamiento, laboral, entre otros. Pueden ser propios, o de sus parientes, amigos, socios, u otros terceros con un vínculo estrecho.

Los funcionarios, contratistas, proveedores y demás partes interesadas de la Red de Salud de Ladera E.S.E.:

- Deberán velar por la protección de los intereses de la entidad cuando se encuentren en el ejercicio de sus funciones. En sus comportamientos deberán primar estos intereses por sobre los intereses privados que puedan tener.
- Cuando se encuentren en una situación de conflicto de intereses, deberán declarar el conflicto.
- Se abstendrán de actuar o decidir cuándo se encuentren en una situación de conflicto de intereses. Deberán aguardar a que se tomen las medidas frente a la función que se desempeña en la entidad.
- Se deberán declarar las situaciones de conflicto de intereses, incluso cuando el funcionario o contratista haya actuado o tomado una decisión existiendo previamente el conflicto.
- Se deberán declarar las situaciones de conflicto de intereses incluso cuando se tenga duda que efectivamente se está inmerso en una. En estos casos, también se podrá solicitar orientación al Oficial de Cumplimiento del SICOF, planteándole la situación y la correspondiente duda.

- Cuando se tenga sospecha de que un funcionario de la entidad se encuentra inmerso en una situación de conflicto de intereses, se deberá denunciar este hecho a través de los canales de denuncia dispuestos.

i. POLÍTICA DE CLASIFICACIÓN Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN

La E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL define los niveles más adecuados para clasificar su información de acuerdo con los requisitos legales, criticidad, susceptibilidad a divulgación no autorizada, y genera la Guía para la clasificación de los activos de información con el fin de que los propietarios de esta las apliquen y ejecuten los controles requeridos para su protección.

j. POLÍTICA GLOBAL DE SEGURIDAD DIGITAL

En la E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL es vital brindar la confianza a nuestros usuarios y partes interesadas, propendiendo porque la información administrada está debidamente protegida.

Los productos y servicios están asegurados con un modelo de seguridad digital, que gestiona los riesgos para garantizar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y privacidad que contribuyen al desarrollo de la estrategia de negocio y el cumplimiento de metas.

k. POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD POR LOS ACTIVOS

La información, archivos físicos, los sistemas, los servicios y los equipos (ej. estaciones de trabajo, equipos portátiles, impresoras, redes, Internet, correo electrónico, herramientas de acceso remoto, aplicaciones, teléfonos y faxes, entre otros) son propiedad de la E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL, y se proporcionan a los funcionarios y terceros autorizados para cumplir con los propósitos del negocio.

La E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL. como propietaria de la información delega en los Jefes de áreas el cumplimiento de las directrices que regulan el uso adecuado de los activos de la información en su ciclo de vida.

Los recursos tecnológicos de la E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL, deben ser utilizados de forma ética y en cumplimiento de las leyes y reglamentos vigentes, con el fin de evitar daños o pérdidas sobre la operación o la imagen de la E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL.

l. POLÍTICA DE ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN DIGITAL

La E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL proporciona los medios de almacenamiento seguros a nivel local como en la nube, con el fin de facilitar el acceso, uso y respaldo de la información, mitigando el riesgo de pérdida y acceso no autorizado a la misma.

m. POLÍTICA DE ACCESO A REDES Y RECURSOS DE RED

La Dirección de Tecnología de La E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL, como responsable de las redes de datos y los recursos de red de la Empresa, propende porque dichas redes sean debidamente protegidas contra accesos no autorizados a través de mecanismos de control de acceso lógico y físicos monitoreados y con capacidad de generar alertas.

n. POLÍTICA DE RESPONSABILIDADES DE ACCESO DE LOS USUARIOS

Los usuarios de los recursos tecnológicos y los sistemas de información de la E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL realizan un uso adecuado y responsable de dichos recursos y sistemas, salvaguardando la información a la cual les es permitido el acceso.

o. POLÍTICA DE CONTROL DE ACCESO A SISTEMAS Y APLICATIVOS

La E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL vela porque todos los usuarios se identifiquen en los sistemas de información y recursos tecnológicos, se autentiquen con credenciales únicas y las autorizaciones se otorguen conforme a los niveles de acceso a la información.

Se registran los accesos exitosos y fallidos a los sistemas de información y tecnologías con el fin de identificar y alertar posibles amenazas de accesos y cambios no autorizados.

p. POLITICAS DE SEGURIDAD EN LAS OPERACIONES

La E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL vela por la protección de operaciones y el procesamiento de la información, ello incluye la gestión de capacidad, gestión de cambios, controles contra código malicioso, respaldo de la información, registro de eventos, protección de la información de registro, registro del administrador y operadores, sincronización de relojes, instalación de softwares en sistemas operativos, gestión de vulnerabilidades técnicas, restricción sobre la instalación de software y controles de auditorías de sistemas de información.

La seguridad en las operaciones se encuentra documentados y con las responsabilidades asignadas.

q. POLÍTICA DE REGISTRO DE EVENTOS Y MONITOREO DE LOS RECURSOS TECNOLÓGICOS Y LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL realiza monitoreo permanente del uso que dan los funcionarios y el personal provisto por terceras partes a los recursos de la plataforma tecnológica y los sistemas de información de la Empresa. Además, vela por la custodia de los registros de auditoria cumpliendo con los períodos de retención establecidos para dichos registros.

El monitoreo contempla una definición de los registros de auditoría sobre los aplicativos donde se opera los procesos misionales de la Empresa y análisis de los logs de auditoria para establecer posibles anomalías.

Los logs de los eventos generados por los componentes informáticos capturan y retiene con base en criticidad de los sistemas y el valor de los datos, aspecto relevante para la revisión periódica en beneficio de identificar posibles anomalías, generar alertas tempranas conducentes a reconstruir operaciones sensibles y tomar acciones en lo pertinente a la gestión de riesgos en la Entidad.

Los registros de auditoria requieren de condiciones de preservación similares a las establecidas para los datos y operaciones que los generan y ser consistentes con los criterios de respaldo y recuperación fundamentados en los requerimientos de retención de la información.

Los logs deben tener mecanismos de seguridad y control administrativo resistentes a ataques para evitar la adulteración de estos, también deben generar las capacidades suficientes para detectar y grabar eventos significativos en aspectos de seguridad de información (control a través de un detector de intrusos para los archivos de configuración y Logs).

r. POLITICA DE CONTROL AL SOFTWARE OPERATIVO

La E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL revisa la aparición de vulnerabilidades técnicas sobre los recursos de la plataforma tecnológica por medio de pruebas periódicas de vulnerabilidades, a fin de realizar la corrección sobre los hallazgos arrojados por dichas pruebas, de acuerdo con los criterios establecidos. La Dirección de Tecnología y la Oficina de Riesgos conforman el Comité de Vulnerabilidades encargado de revisar, valorar y gestionar las vulnerabilidades técnicas encontradas.

s. POLÍTICAS DE SEGURIDAD EN LAS COMUNICACIONES

Las redes y servicios de comunicaciones, así como las instalaciones que le dan soporte se gestionan y controlan para evitar accesos no autorizados. La información transmitida o transferida mediante redes públicas se salvaguarda a través de controles para prevenir la pérdida de confidencialidad, integridad y la pérdida de disponibilidad de estos.

La conexión de equipo o estaciones de trabajo a las redes de la entidad está controlada y supervisada.

t. POLÍTICA DE USO DEL CORREO ELECTRÓNICO

La E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL teniendo en cuenta la importancia del correo electrónico como herramienta para facilitar la comunicación entre funcionarios y terceras partes, proporciona un servicio idóneo y seguro para la ejecución de las actividades que requieran el uso del correo electrónico, respetando siempre los principios de confidencialidad, integridad, disponibilidad, autenticidad y privacidad de quienes realizan las comunicaciones a través de este medio.

u. POLÍTICA DE USO ADECUADO DE INTERNET

La E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL consciente de la importancia de Internet como una herramienta para el desempeño de labores, proporciona los recursos necesarios para asegurar su disponibilidad a los usuarios que así lo requieran para el desarrollo de sus actividades diarias en la entidad.

v. POLÍTICA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE REQUISITOS DE SEGURIDAD

La E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL asegura que el software adquirido y desarrollado tanto al interior de la Empresa, como por terceras partes, cumpla con los requisitos de seguridad y calidad establecidos. Las áreas propietarias de sistemas de información, la Dirección de Tecnología incluyen requisitos de seguridad en la definición de requerimientos y, posteriormente se aseguran de que estos se encuentren generados a cabalidad durante las pruebas realizadas sobre los desarrollos del software construido. Todos los sistemas de información o desarrollos de software deben tener un área propietaria dentro de la Empresa formalmente asignada.

w. POLÍTICA PARA EL REPORTE Y TRATAMIENTO DE INCIDENTES DE SEGURIDAD

La E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL promueve entre los funcionarios y contratistas el reporte de incidentes de seguridad digital en sus medios de procesamiento, medio de almacenamiento, la plataforma tecnológica, los sistemas de información y las personas.

De igual manera, asigna responsables para el tratamiento de los incidentes de seguridad digital, quienes tienen la responsabilidad aislar, investigar y solucionar los incidentes reportados, tomando las medidas necesarias para evitar su reincidencia y escalando los incidentes de acuerdo con su criticidad. Los responsables con sus respectivas actividades están establecidos en el Procedimiento de Incidentes y en la Guía para el manejo de posible delito informático.

x. POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL

La E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL brinda el marco de gestión de riesgos de seguridad digital por medio del cual identifica, gestiona, trata y mitiga los riesgos de seguridad digital en sus procesos y actividades, alineándolo con los modelos, guías y buenas prácticas suministradas por el Gobierno Nacional.

Los lineamientos relacionados en esta política abarcan a todos los procesos de la entidad con el fin de garantizar un manejo sistemático y unificado que aplique de manera transversal.

Para facilitar los propósitos y requerimientos de administración de riesgos de seguridad digital, se mantiene una adecuada estructura organizacional, el modelo de operación por procesos, los roles y responsabilidades de cada uno de los funcionarios y contratistas de la entidad.

MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE

En el proceso de diseño de la matriz de riesgos de la entidad y a través de la aplicación de las etapas del ciclo de gestión de riesgos la entidad identificó los riesgos asociados a la corrupción, la opacidad y el fraude, con el objetivo de prevenir la comisión de actos ilícitos y situaciones de fraude, contribuyendo al fortalecimiento de una cultura de prevención y control al interior de la organización.

En ese marco se relacionan los riesgos institucionales que podrían traer como consecuencias la materialización de situaciones asociadas a la corrupción, la opacidad y/o el fraude (COF):

Proceso	Descripción del Riesgo
CONSULTA EXTERNA Y ESPECIALIZADA (P4) **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (P5)** **TERAPIAS COMPLEMENTARIAS (P6)** **ODONTOLOGIA (P9)**	Mal diligenciamiento de la Historia Clínica
FARMACIA (P11)	Recepción de medicamentos sin órdenes de compras, sin remisión y/o Factura

	Recepción de medicamentos que no cuentan con registro INVIMA y averiados, o en mal estado
GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (P13)	Deficiencia en el registro de hechos económicos
	Falsificación de documentos, suplantación de claves y Perdida de dinero.
	Cuenta mal soportada.
	Radicación no oportuna de cuentas por cobrar.
GESTION DE INFORMACION(P14)	Ataque de Virus o hacker
	Perdida de información
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO (P15)	Pago Conceptos de Nómina no Justificados
	Falta de oportunidad en la radicación y Gestión de cobro de las incapacidades ante las aseguradoras
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO (P17)	Perdida o sustracción de elementos
GESTIÓN JURIDICA (P19)	Incumplimiento contractual.
	Incumplimientos normativos.
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO (P21)	Incumplimiento Proceso Disciplinario

ACCIONES DE CONTROL PARA LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE

Con el objetivo de mitigar y controlar los riesgos, la entidad identificó y diseño, cuando lo consideró necesario, una serie de actividades de control tendientes a disminuir la probabilidad

de ocurrencia y/o el impacto de los riesgos identificados; de acuerdo con la metodología para la gestión de riesgos, la entidad realizará seguimiento y monitoreo a los riesgos que por su severidad considere prioritarios, estos riesgos con sus respectivos controles se relacionan a continuación:

Proceso	Descripción del Riesgo	Descripción del Control
CONSULTA EXTERNA Y ESPECIALIZADA (P4) **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (P5)** **TERAPIAS COMPLEMENTARIAS (P6)** **ODONTOLOGIA (P9)**	Mal diligenciamiento de la Historia Clínica	Capacitación continua al personal.
		Auditoria Medica interna y externa.
		Capacitación continua con énfasis en implicaciones legales y económicas.
FARMACIA (P11)	Recepción de medicamentos sin órdenes de compras, sin remisión y/o Factura	Coordinar la ejecución presupuestal con los agentes receptores de los rubros presupuestales
	Recepción de medicamentos que no cuentan con registro INVIMA y averiados, o en mal estado	Capacitar al personal para que realice todas las acciones tendientes a mejorar el servicio.
GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (P13)	Deficiencia en el registro de hechos económicos	Implementar el módulo de descuentos por gravámenes tributarios en el sistema de información de acuerdo a los procedimientos y normatividad vigente como agente retenedor.

		Verificación y seguimiento a los registros contables con apoyo de la revisoría fiscal
	Falsificación de documentos, suplantación de claves y Perdida de dinero.	Implementación de medidas de seguridad tecnológicas e informáticas tales como: PC con permisos únicos para las transacciones financieras.
		Brindar capacitación sobre desarrollo de estrategias de seguridad y control financiero.
		Implementar niveles de autorización para la materialización del pago (firmas: tradicional y virtual).
	Cuenta mal soportada.	Realizar seguimiento Permanentes.
	Radicación no oportuna de cuentas por cobrar.	Realizar radicación de manera oportuna ante las EAPB y demás partes interesadas.
GESTION DE INFORMACION(P14)	Ataque de Virus o hacker	Bloqueo y restricción de puertos de comunicación.
		Actualización del antivirus.
		Backup de la información.
	Perdida de información	Capacitar al usuario que debe grabar su información corporativa en las carpetas donde su perfil le autorice.
		Monitoreo diario de la realización de las tareas de backup

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO (P15)	Pago Conceptos de Nómina no Justificados	Realizar verificación a la totalidad de los conceptos liquidados en la nómina por el responsable, previo al cierre de ésta.
		Realizar revisión y análisis de la nómina por la Coordinación Financiera a los conceptos liquidados previo al pago.
	Falta de oportunidad en la radicación y Gestión de cobro de las incapacidades ante las aseguradoras	Revisión continua de las incapacidades radicadas en la aseguradora
		informe bimensual al comité de gestión y desempeño para buscar alternativas financieras y jurídicas en los casos que se requiera
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO (P17)	Perdida o sustracción de elementos	realizar inventario de activos total una vez al año y aleatorios en las IPS pertenecientes a la Red de Salud Ladera.
		Control de seguridad física al ingreso y salida de la institución
		Dotación de sistemas y/o elementos de seguridad en las instalaciones.
		Desarrollar estrategias que garanticen y mejoren los sistemas de seguridad física de las IPS, permitiendo minimizar la perdida de equipos.
GESTIÓN JURIDICA (P19)	Incumplimiento contractual.	Evaluación técnica, administrativa, financiera y de seguimiento a la gestión de los riesgos de la contratación.

E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO

		Capacitación a los funcionarios que tienen asignadas funciones de supervisión de contratos.
		Seguimiento por parte de los Supervisores e interventores de los riesgos específicos identificados en cada contrato.
		Supervisión o interventoría al cumplimiento de los contratos.
	Incumplimientos normativos.	Actualización del normograma de procesos.
		Capacitación en actualización normativa.
		Actualización normativa a través de herramientas tecnológicas de consulta.
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO (P21)	Incumplimiento Proceso Disciplinario	Evaluación técnica, administrativa, financiera y de seguimiento a la gestión de la defensa disciplinaria.
		Capacitación a los funcionarios que tienen asignadas funciones de supervisión de contratos.
		Seguimiento por parte de los Supervisores e interventores de los riesgos específicos identificados en cada contrato.

COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PTEE

Como medida adicional para gestionar los riesgos de corrupción, opacidad y fraude en la entidad, el presente programa está disponible en la intranet y en la página web de la E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL, para acceso de todos los funcionarios, contratistas, proveedores y demás partes interesadas.

BIBLIOGRAFIA.

- Código de Integridad del Servicio, Valores del Servidor Público, Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Circular Externa número 000004 del 29 de junio del 2018.
- Circular Externa número 000003 del 24 de mayo del 2018.

Actualizado por: **ORIGINAL FIRMADO**	Revisado por: **ORIGINAL FIRMADO**	Aprobado por: **ORIGINAL FIRMADO**
Idaline Diaz Escobar **Gestion y Mejora**	Brenda Ospina **Gestión y Mejora**	Oscar Erazo Castro **Subgerente Administrativo y Financiero**
Fecha:22/01/2025	**Fecha:22/01/2025**	**Fecha:22/01/2025**

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	FECHA DE VIGENCIA
01	Creación del plan	Enero 2023
02	Actualización Plan	Enero 2024
03	Actualización Plan	Enero 2025