

|   |   |   |                |
|---|---|---|----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b>   |                |
|   |   | Versión<br>02   | Página 1 de 38 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> enero 2025<br><b>Fecha Actualización:</b> enero 2025 |                |

## TABLA DE CONTENIDO

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1.    | TABLA DE CONTENIDO.....   | 1  |
| 2.    | INTRODUCCIÓN.....   | 2  |
| 3.    | JUSTIFICACIÓN .....   | 3  |
| 4.    | OBJETIVOS .....   | 5  |
| 5.    | ALCANCE .....   | 5  |
| 6.    | MARCO NORMATIVO .....   | 5  |
| 7.    | ESTANDAR / CATEGORÍA QUE APLICA.....  | 6  |
| 8.    | DEFINICIONES .....  | 7  |
| 9.    | RESPONSABLE.....  | 7  |
| 10.   | EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.....  | 7  |
| 11.   | DESCRIPCION / ACTIVIDADES DEL PROGRAMA .....  | 8  |
| 11.1  | Evaluación de Riesgos de Corrupción.....  | 8  |
| 11.2  | Lineamientos de Conducta del Programa de Transparencia y Ética Empresarial<br>10  |    |
| 11.3  | Políticas para la Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.<br>18  |    |
| 11.4  | Estructura del Programa de Transparencia y Ética Empresarial.....   | 19 |
| 11.5  | Medidas para Asegurar el Cumplimiento de las Políticas y Objetivos del Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE<br>22     |    |
| 11.6  | Metodologías para Identificar, Medir, Controlar y Monitorear los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude<br>22                       |    |
| 11.7  | Metodologías para Gestión de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno<br>26  |    |
| 11.8  | Políticas para el Manejo de Conflictos de Interés.....  | 27 |
| 11.9  | Políticas sobre Protección y Confidencialidad a las Personas que Informen sobre Posibles Casos de Corrupción, Opacidad o Fraude<br>28 |    |
| 11.10 | Manejo de Información sobre Posibles Casos de Corrupción, Opacidad o  |    |

|   |   |                 |                |
|---|---|-----------------|----------------|
|                                    | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b> |                |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>02   | Página 2 de 38 |
| <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> enero 2025<br><b>Fecha Actualización:</b> enero 2025 |   |                 |                |

Fraude, Incluyendo las Reglas y Principios que Rijan su Investigación, Análisis, Tratamiento, Escalamiento, e Información a las Autoridades Competentes  
29

**11.11** Mecanismos para Evitar el Uso de Información Privilegiada o Reservada  
29

**11.12** Consecuencias de la Inobservancia del Programa de Transparencia y Ética Empresarial  
29

**11.13** Estrategias de Capacitación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE  
30

**11.14** Estrategias de Divulgación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE  
30

12. DOCUMENTOS RELACIONADOS Y DE REFERENCIA BIBLIOGRAFICA ... 31

5. BIBLIOGRAFÍA..... 32

13. CONTROL DE CAMBIOS DE LA INFORMACION DOCUMENTADA ..... 32

|   |                 |   |                |
|---|-----------------|---|----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b> | <b>PG01-PLN</b>   |                |
|   |                 | Versión<br>02   | Página 3 de 38 |
| <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b>                                   |                 | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> enero 2025<br><b>Fecha Actualización:</b> enero 2025 |                |

## 2. INTRODUCCIÓN

La corrupción, constituye un riesgo al que se encuentra expuestas las instituciones en función de sus actividades, por lo tanto, resulta imprescindible el cumplimiento absoluto del marco normativo de la Circular....

La CIRCULAR EXTERNA 2022151000000053-5 DE 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud, estableció que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deben adoptar Programas de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE-, que debe permitirles a las entidades, prevenir, detectar y corregir situaciones que tengan la potencialidad de convertirse en una práctica indebida o fraudulenta. En el PTEE se compilan de manera integral todas las normas internas en materia de prevención y mitigación de los Riesgos de COF y soborno, así como los principios y valores éticos que cada entidad considere apropiados, para llevar a cabo su operación de manera ética, transparente y honesta.

La Circular establece: “3.4.2. **PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL – PTEE.**

*Medida 111. El PTEE compilará de manera integral todas las normas internas en materia de prevención y mitigación del riesgo de COF y soborno, así como los principios y valores éticos que cada entidad considere apropiados, para llevar a cabo su operación de manera ética, transparente y honesta. En consecuencia, cualquier modificación al PTEE y a la Política de Gestión de Riesgos, se incorporará de forma detallada y rigurosa en el documento respectivo de acuerdo con lo aprobado por el órgano correspondiente. Medida 112. La entidad diseña el PTEE con fundamento en una evaluación exhaustiva de los riesgos de COF y Soborno, y, otras prácticas que cada entidad tenga intención de mitigar. El PTEE debe estar aprobado por la Junta Directiva o quien haga sus veces.”*

El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., en procura de conservar los principios éticos, legales y jurídicos ha orientado sus esfuerzos en la preparación, implementación y divulgación de normas de orden legal e internas, formula su PTEE, teniendo en cuenta la importancia de evitar la materialización de riesgos de este tipo.

En ese sentido, la E.S.E. debe propender por adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas a implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética, transparente, de lucha contra la corrupción, opacidad, fraude, una gestión antisoborno

Es responsabilidad de todos los directivos, servidores públicos (empleados públicos y trabajadores oficiales) y contratistas de prestación de servicios del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, cumplir cabalmente los procedimientos establecidos en el presente programa, buscando siempre anteponer la ética en el desarrollo de todos los procesos.

|  |   |                 |                |
|--|---|-----------------|----------------|
|                     | <b>PROGRAMA</b>                                 | <b>PG01-PLN</b> |                |
|  | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01   | Página 4 de 38 |
| <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |   |                 |                |

### 3. JUSTIFICACIÓN

Según la Circular 2022151000000053-5 de 2022, desde la adopción del enfoque de la Supervisión Basada en Riesgos, la Superintendencia Nacional de Salud viene trabajando en la promoción de buenas prácticas empresariales, incluyendo códigos de ética y conducta, así como medidas que aportan a la transparencia e incentivan la autorregulación, autocontrol y autogestión.

Teniendo en cuenta lo anterior y la importancia de evitar cualquier acto de corrupción, opacidad o fraude al interior de las organizaciones vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, se han emitido lineamientos a través de las Circulares Externas: 009 de 2016, 007 de 2017, 003 de 2018, 004 de 2018 y 20211700000005-5 de 2021.

También, con el objeto de Implementar herramientas que contribuyan a la sanción y la prevención de los actos de corrupción, así como fomentar la cultura de la legalidad, la corresponsabilidad, la integridad y el buen manejo de los recursos públicos, se adicionó el artículo 34-7 de la Ley 1474 de 2011, a través del artículo 9 de la Ley 2195 de 2022, "Artículo 34-7 "PROGRAMAS DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL, obliga a "Las personas jurídicas sujetas a su inspección, vigilancia o control adoptar programas de transparencia y ética empresarial que incluyan mecanismos y normas internas de auditoría".

Bajo estas premisas la entidad de Inspección, Vigilancia y Control estableció en esta circular, los lineamientos para la adopción por parte de sus vigilados, del Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE, como principal medida de control de los riesgos de soborno, corrupción, opacidad, y fraude, los cuáles hacen parte de los riesgos priorizados para ser gestionados por los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.

Contar con un Programa de Transparencia y Ética Empresarial en una Empresa Social del Estado (ESE), institución prestadora de servicios de salud en Colombia, es esencial para asegurar la integridad, eficiencia y confianza en el sistema de salud, así como para garantizar el acceso a servicios de calidad para todos los ciudadanos, así:

- **Combatir la corrupción:** La corrupción es un problema grave en el sector de la salud en muchos países, incluido Colombia. Un Programa de Transparencia y Ética Empresarial en la ESE ayudaría a prevenir, detectar y abordar prácticas corruptas, como el soborno, el nepotismo y el desvío de fondos públicos, asegurando que los recursos destinados a la atención médica se utilicen de manera adecuada y efectiva.

|  |   |                 |                |
|--|---|-----------------|----------------|
|                     | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b> |                |
|  | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01   | Página 5 de 38 |
| <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |   |                 |                |

- **Mejorar la calidad del servicio:** La ética empresarial y la transparencia fomentan una cultura organizacional basada en la honestidad y el compromiso con los pacientes. Al promover la responsabilidad y la rendición de cuentas, el personal de la ESE se sentirá motivado para brindar servicios de salud de alta calidad y tratar a los pacientes con dignidad y respeto.
- **Ganar la confianza de los ciudadanos:** La confianza es fundamental en el sector de la salud, donde las personas depositan su bienestar y vidas en manos de profesionales y entidades médicas. La implementación de un Programa de Transparencia y Ética Empresarial en la ESE demostraría el compromiso de la institución para actuar de manera íntegra y ética, generando confianza en los pacientes y en la comunidad en general.
- **Cumplir con la normativa legal y regulatoria:** En Colombia, como en muchos otros países, existen leyes y regulaciones específicas que exigen a las instituciones de salud actuar de manera ética y transparente. Un Programa de Transparencia y Ética Empresarial asegura el cumplimiento de estas normas, evitando sanciones legales y protegiendo la reputación de la ESE.
- **Evitar conflictos de interés:** En el sector de la salud, los conflictos de interés pueden afectar negativamente la toma de decisiones y la prestación de servicios imparciales. Un Programa de Ética Empresarial establecería pautas claras para identificar y abordar los conflictos de interés, garantizando que las decisiones se tomen en función del bienestar de los pacientes y no por intereses particulares.
- **Impulsar la sostenibilidad y el crecimiento:** La reputación de una ESE está directamente relacionada con su capacidad para atraer financiamiento, inversiones y talento humano. Un enfoque ético y transparente puede atraer inversionistas, donantes y profesionales de la salud altamente capacitados, lo que contribuiría al crecimiento y la sostenibilidad de la empresa.
- **Establecer estándares de conducta:** Un Programa de Transparencia y Ética Empresarial establecería estándares claros de conducta para todos los miembros de la organización, desde el personal administrativo hasta los médicos y enfermeras. Esto crearía una cultura de integridad en la que todos estén comprometidos con el cumplimiento de los principios éticos en sus funciones diarias.
- **Prevenir riesgos reputacionales:** Los escándalos de corrupción y comportamientos poco éticos pueden tener un impacto devastador en la reputación de una ESE. La implementación de un Programa de Ética Empresarial ayudaría a identificar y abordar riesgos potenciales antes de que se conviertan en crisis de reputación, protegiendo la imagen y el prestigio de la empresa.

|  |   |                 |                |
|--|---|-----------------|----------------|
|                     | <b>PROGRAMA</b>                                 | <b>PG01-PLN</b> |                |
|  | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01   | Página 6 de 38 |
| <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |   |                 |                |

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE en una Empresa Social del Estado prestadora de servicios de salud en Colombia, es crucial para promover una cultura de integridad, mejorar la calidad del servicio, ganar la confianza de los ciudadanos, cumplir con la normativa legal y evitar conflictos de interés. Además, contribuye a la sostenibilidad y el crecimiento de la empresa, estableciendo estándares de conducta claros y previniendo riesgos reputacionales. Todo esto, en última instancia, beneficiaría a la sociedad al asegurar un acceso equitativo y confiable a servicios de salud de calidad.

La implementación del numeral 3.4.2 “PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL” de la Circular Externa 007 de 2017 y de la Circular Externa 003 de 2018 cuenta con un plazo máximo para su implementación de 12 meses a partir de la expedición de la Circular (agosto 5 de 2023).

El Decreto 1122 de 2024, que reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública, en el ARTÍCULO 2.1.4.4.1.1. Ámbito de aplicación- Parágrafo 2. PARÁGRAFO 2. Respecto de las entidades obligadas a implementar un Programa de Transparencia y Ética Pública, pero que operan dentro de un mercado, industria o sector en el que se exija por parte de la autoridad de inspección, vigilancia y control un Programa de Transparencia y Ética Empresarial, podrán implementar únicamente el Programa Empresarial y se entenderá que cumplen con su obligación respecto del Programa Público.

Igualmente atendiendo, en el ARTÍCULO 2.1.4.4.1.5. Referencias al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano. Toda mención que se haga en normas o en cualquier otro documento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano se entiende referida al Programa de Transparencia y Ética Pública".

Teniendo en cuenta lo anterior y con base en reunión realizada por la Junta Directiva, donde se aprobó el Plan Anual de Acción 2025 del Plan de Desarrollo Institucional, a través del I Acuerdo No. 02 de 2025, en el cual se tiene establecido el Cumplimiento del Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano, se indicó que se refiere al cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética con ello, se establece un documento interno institucional el PG01-PLN “Programa Transparencia y Ética Empresarial-PTEE” procediendo en el lineamiento de adopción.

#### **4. OBJETIVOS**

El PTEE tiene como objetivo gestionar situaciones que potencialmente puedan convertirse en prácticas indebidas o fraudulentas, promoviendo los principios y valores éticos del servicio público, para llevar a cabo una prestación de servicios de salud ética, transparente y honesta.

|   |   |  |                |
|---|---|--|----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b>  |                |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01  | Página 7 de 38 |
|   |   | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                |

#### 4.1 Objetivos Específicos

- Prevenir riesgos de corrupción, opacidad o fraude en los procesos del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E
- Detectar riesgos de corrupción, opacidad o fraude en los procesos del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E
- Corregir riesgos de corrupción, opacidad o fraude en los procesos del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E
- Promover valores y principios en los colaboradores, como eje de la lucha contra la corrupción, opacidad o fraude en los procesos del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E

## 5. ALCANCE

Este programa aplica a todos los procesos del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E que orienta la actuación de todos los directivos, servidores públicos (empleados públicos y trabajadores oficiales) y contratistas de prestación de servicios, con el fin de prevenir o evitar prácticas indebidas o fraudulentas.

## 6. MARCO NORMATIVO

- **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”.
- **Decreto 1081 de 2015.** “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República.” Artículo 2.1.4.1. Estrategias de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano. Señálense como metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano contenida en el documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – Versión 2.”
- **Decreto 1083 de 2015.** “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública.”
- **Decreto 2106 de 2019** “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.”
- **Ley 1757 de 2015.** “Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática.”

|   |                 |   |                |
|---|-----------------|---|----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b> | <b>PG01-PLN</b>   |                |
|   |                 | Versión<br>01   | Página 8 de 38 |
| <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b>                                   |                 | Fecha Emisión: Agosto de 2023<br>Fecha Revisión: --<br>Fecha Actualización: --- |                |

- **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 disposiciones”.
- **Decreto 1712 de 2014.** “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones.”
- **Decreto 103 de 2015.** “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones.”
- **Decreto 124 de 2016.** "Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al Plan anticorrupción y de Atención al Ciudadano".
- **Decreto 2106 de 2019.** “Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la Administración Pública.”
- **Decreto Nacional 0612 de 2018.** “Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado.”
- **Decreto 1122 de 2024.** “Por el cual se reglamenta el artículo [73](#) de la Ley [1474](#) de 2011, modificado por el artículo [31](#) de la Ley [2195](#) de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública”
- **Circular Externa 20211700000005-5 de 2021:** 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 2022151000000053-5 DE 2022:** 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.

## 7. ESTANDAR / CATEGORÍA QUE APLICA

- **Estándar 92 (GER 4).** La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico.

## 8. DEFINICIONES

- **Riesgos de Corrupción:** 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.

|   |   |  |                |
|---|---|--|----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b>  |                |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01  | Página 9 de 38 |
|   |   | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                |

- **Riesgos de Soborno Transnacional o Riesgo ST:** es la posibilidad de que una persona jurídica, directa o indirectamente, dé, ofrezca o prometa a un Servidor Público Extranjero sumas de dinero, objetos de valor pecuniario o cualquier beneficio o utilidad a cambio de que dicho servidor público realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con sus funciones y en relación con un Negocio o Transacción Internacional.”
- **Alta Dirección:** Son las personas naturales, designadas de acuerdo con los estatutos sociales o cualquier otra disposición interna y de la ley colombiana, según sea el caso, para administrar y dirigir a la Corporación Interactuar, trátense de miembros individualmente consideradas o cuerpos colegiados. Es decir, hacen parte de la alta dirección los administradores, miembros del comité directivo, representante legal principal y suplente, miembros de Junta Directiva y Asociados de Interactuar.
- **Auditoría de Cumplimiento:** es la revisión sistemática, crítica y periódica respecto de la debida implementación y ejecución del PTEE.
- **Administración de Riesgos:** Actividades coordinadas para direccionar y controlar una organización en relación con el riesgo.
- **Corrupción:** serán todas las conductas encaminadas a que una compañía se beneficie, o busque un beneficio o interés, o sea usada como medio en la comisión de delitos contra la administración o el patrimonio público o en la comisión de conductas de Soborno Transnacional.
- **Debida Diligencia:** es el proceso de revisión y evaluación constante y periódico que debe realizar Interactuar de acuerdo con los riesgos de corrupción o riesgos de soborno transnacional a la que se encuentre expuesta. En ningún caso, el término Debida Diligencia que se define en esta política, se referirá a los procedimientos de debida diligencia que se utilizan en otros sistemas de gestión de riesgos (por ejemplo, lavado de activos y financiamiento del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masivas), cuya realización se rige por normas diferentes. **Debida Diligencia Intensificada:** es el proceso mediante el cual al Interactuar adopta medidas adicionales y con mayor intensidad para el conocimiento de la contraparte, de su negocio, operaciones, productos y su volumen de transacciones.

## 9. RESPONSABLE

Es responsabilidad de todos los directivos, servidores públicos (empleados públicos y trabajadores oficiales) y contratistas de prestación de servicios del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, cumplir cabalmente los lineamientos o normas que se establece en el presente programa, buscando siempre anteponer la ética en el desarrollo de todos los procesos.

## 10. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

A través del oficial de cumplimiento de forma anual presenta un informe de la gestión del Programa de Transparencia y Ética Empresarial-PTEE ante la junta directiva o quien haga sus veces, el informe debe contener un evaluación y análisis sobre la eficiencia y efectividad del PTEE y proponer mejoras.

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01  | Página 10 de 38 |
|   |   | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

## 11. DESCRIPCION / ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

### 11.1 Evaluación de Riesgos de Corrupción

El Proceso de Control Interno, en el marco de sus funciones y roles establecidos por la Ley, presenta a la Gerencia del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., el Informe de Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la vigencia 2024, de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, de conformidad lo establecido en el artículo 2.1.4.6 del Decreto 124 de 2016 que insta que mencionado seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas de los documentos *Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Versión 2 de 2015* y Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción de 2015 de la Presidencia de la República, anexos de citado decreto;

corresponde a las Oficinas de Control Interno o quienes hagan sus veces; por lo que se llevó a cabo la verificación, con el propósito de identificar oportunidades de mejora, si es el caso, que fortalezcan el instrumento de control de la corrupción con el que cuenta la Entidad. La revisión del Mapa de Riesgos de Corrupción, en el marco del Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, de la vigencia 2024, arrojó los siguientes resultados:

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   |   | Versión<br>01  | Página 11 de 38 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

| <b>Riesgo</b>                                      | <b>Controles</b>  | <b>Observaciones</b>   |
|--|---|--|
| Ingreso de personal sin cumplimiento de requisitos | Elaborar formato para la verificación del cumplimiento de requisitos.   | La Oficina de Talento Humano cuenta con el formato para la verificación del cumplimiento de requisitos, el cual es actualmente utilizado en los ingresos de personal de planta fija que realiza el HROB.   |
|  | Revisar de manera detallada la documentación que se aporta al momento del ingreso (cada que ingresa un empleado).                         | La Oficina de Talento Humano revisa de manera detallada la documentación que aporta cada persona que desea ingresar al HROB. En caso de existir inconsistencias o falta de información, se contacta a la persona interesada y se establecen las subsanaciones, en caso de que existan.     |
| Solicitar dádivas o acceder a sobornos             | Aplicar y realizar seguimiento al Estatuto Interno de Contratación, al Manual de Contratación y al Manual de Supervisión e Interventoría. | La Oficina Asesora Jurídica aplica el Estatuto Interno de Contratación en cada uno de los procesos contractuales del HROB, el Manual de Contratación, así como el Manual de Supervisión e Interventoría, documentos que se encuentran actualizados de acuerdo con la normatividad vigente. |



**PROGRAMA**

**PG01-PLN**

Versión  
01

Página 12 de 38

**TRANSPARENCIA Y ETICA  
EMPRESARIAL - PTEE**

Fecha Emisión: Agosto de 2023  
Fecha Revisión: --  
Fecha Actualización: ---

| Riesgo   | Controles   | Observaciones   |
|--|---|---|
|  |   | La aplicación del Manual de Supervisión e Interventoría se realiza a través del Modelo de Informe de Supervisión, el cual está a cargo de cada uno de los supervisores de contratos.  |
|  | Realizar los procesos de contratación como lo establece el Estatuto Interno de Contratación y Manual de Contratación, garantizando adherencia con la normatividad vigente | La Oficina Asesora Jurídica aplica el Estatuto Interno de Contratación y el Manual de Contratación, documentos que se encuentran actualizados de acuerdo con la normatividad vigente, en cada uno de los procesos contractuales del HROB, por lo que se garantiza su adherencia a la normatividad vigente.  |
| Pérdida y daño de activos<br><br>Inventario desactualizado | Realizar inventario anual   | Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2024, no se ha realizado inventario de activos fijos. Se está a la espera de la definición del cronograma correspondiente. Sin embargo, a la fecha de corte del presente informe, no se ha tenido reporte oficial de materialización de este riesgo.  |
|  | Realizar pruebas aleatorias para revisión de los activos fijos  | Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2024, como parte del proceso y como medida de control, el Equipo de Mantenimiento y de Biomédicos, el Área de Activos Fijos realiza inspecciones aleatorias y permanentes de los equipos para determinar su funcionalidad, además realizando mantenimiento preventivo y correctivo, calibraciones y atendiendo los reportes y requerimientos del mantenimiento hospitalario que realizan las áreas. |



**PROGRAMA**

**PG01-PLN**

Versión  
01

Página 13 de 38

**TRANSPARENCIA Y ETICA  
EMPRESARIAL - PTEE**

Fecha Emisión: Agosto de 2023  
Fecha Revisión: --  
Fecha Actualización: ---

| Riesgo  | Controles  | Observaciones   |
|---|--|---|
| Recepción de suministros requisitos contractuales sin | Informar a la Subgerencia Administrativa para que realice la gestión PR1-ALM Gestión de Almacén. | El Almacén recibe los suministros bajo las especificaciones técnicas determinadas en el contrato u orden de compra. En caso de encontrar elementos que no cumplan, se realiza la respectiva devolución al proveedor, dejando nota al respecto.  |
| Recepción de suministros en áreas ajenas al Almacén   | Comité de Compras<br>Seguir conducto regular   | El Almacén es la única área autorizada para el recibo de los suministros, incluidos los medicamentos, que posteriormente son despachados a la Farmacia, siguiendo el procedimiento correspondiente.   |
| Recepción de bienes y suministros en mal estado       | Recepcionar en la zona determinada por el Almacén  | El Almacén es la única área autorizada para el recibo de los suministros, incluidos los medicamentos, que posteriormente son despachados a la Farmacia, siguiendo el procedimiento correspondiente.<br><br>El Almacén recibe los suministros bajo las especificaciones técnicas determinadas en el contrato u orden de compra. En caso de encontrar elementos que no cumplan, se realiza la respectiva devolución al proveedor, dejando nota al respecto. |
|   | Inspeccionar todos los elementos ingresados, con fecha de vencimiento, cadena de frío, etc.      |   |
| No realizar inventarios periódicos                    | Ejecución de inventarios   | Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2024, no se ha realizado inventario de Almacén. Se está a la espera de la definición del cronograma correspondiente. Sin embargo, a la fecha de corte del presente informe, no se ha tenido reporte oficial de materialización de este riesgo.  |
| Compra de bienes y servicios sin                      | Cumplimiento de los requisitos legales vigentes en cuanto a lo contractual.                      | La Oficina Asesora Jurídica y el Área de Compras aplican el Estatuto Interno de Contratación, así como el Manual de   |

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   |   | Versión<br>01  | Página 14 de 38 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

| Riesgo                                  | Controles  | Observaciones   |
|---|--|---|
| requisitos contractuales                | Estudios previos proyectados y el análisis para dar cumplimiento.                                      | <p>Contratación en cada uno de los procesos contractuales del HROB, por lo que se evita la compra de bienes y servicios sin el cumplimiento de los requisitos contractuales.</p> <p>Los documentos mencionados se encuentran actualizados a la normatividad vigente.</p>  |
| Adquisiciones de bienes a altos precios | Revisar cada proveedor con su cotización y medirlos por medio de los precios comerciales en el mercado | <p>La Oficina Asesora Jurídica y el Área de Compras aplican el Estatuto Interno de Contratación y el Manual de Contratación en cada uno de los procesos contractuales del HROB, el cual establece que se debe contar con mínimo dos (2) cotizaciones para realizar las adquisiciones o las prestaciones de servicios.</p> <p>Los documentos mencionados se encuentran actualizados a la normatividad vigente.</p>   |
| Uso indebido de la información          | Mejoramiento en la administración del usuario.   | <p>El Área de Sistemas cuenta con los planes institucionales correspondientes a manejo de la información, seguridad de la misma y riesgos a los que pueda estar expuesta la Entidad. En dichos planes se cuenta con los lineamientos para cada uno de los temas relacionados con administración del usuario y monitoreo a los sistemas de información.</p> <p>Dichas actividades se llevan a cabo de manera permanente por el Área de Tecnologías y Técnicas de la Información.</p> |
|   | Divulgación de las políticas de manejo de la información.  |   |
|   | Monitoreo a los sistemas de información.   |   |

|   |   |   |                 |
|---|---|---|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b>   |                 |
|   |   | Versión<br>01   | Página 15 de 38 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | Fecha Emisión: Agosto de 2023<br>Fecha Revisión: --<br>Fecha Actualización: --- |                 |

| Riesgo   | Controles  | Observaciones  |
|--|--|--|
| Incumplimiento de requisitos legales y reglamentarios aplicables | Procedimientos de identificación y evaluación de cumplimiento de requisitos legales. Matriz de reportes de información | Desde la Oficina Asesora de Control Interno se realiza seguimiento al cumplimiento y reporte de información obligatoria a los diferentes Entes de Control y en las diferentes plataformas dispuestas para tal fin. A lo anterior, durante el primer cuatrimestre de 2024, se reportó de manera oportuna los reportes del Decreto 2193, así como la Circular Única y Circular 030 de la SNS, y el último informe de monitoreo al PMI suscrito con la SNS. |

## 11.2 Lineamientos de Conducta del Programa de Transparencia y Ética Empresarial

Para promover una cultura organizacional que prevenga los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, la entidad ha adoptado lineamientos de conducta que se rigen por la siguiente estructura:

### 11.2.1 Direccionamiento Estratégico

#### Misión

El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E, ubicado en el municipio de Palmira, Valle del Cauca, es una Empresa Social del Estado que ofrece atención en salud de baja complejidad y servicios complementarios; fundamentados en la calidad, seguridad, humanización, docencia servicio, responsabilidad social, inclusión, sostenibilidad financiera y ambiental, comprometidos con el mejoramiento continuo para satisfacer las necesidades en salud y mejorar la calidad de vida de la comunidad y sus familias.

#### Visión

El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E para el año 2027, será reconocido en la comunidad Palmirana como una institución de salud confiable, por la calidad, integralidad de los servicios de salud y el control y transparencia de sus procesos, además de posicionarse como un referente en la prestación de servicios de mediana y alta complejidad.

|   |   |   |                 |
|---|---|---|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b>   |                 |
|   |   | Versión<br>01   | Página 16 de 38 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | Fecha Emisión: Agosto de 2023<br>Fecha Revisión: --<br>Fecha Actualización: --- |                 |

## Política de Calidad

En el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., estamos comprometidos con la mejora continua y la transparencia en la ejecución de nuestros procesos institucionales, enfocados en ofrecer servicios de salud a través de nuestras sedes integradas en red, utilizando un sistema de gestión de calidad orientado a satisfacer las necesidades y expectativas de las partes

interesadas, proporcionando una atención segura y de calidad que fortalezca los niveles de confianza con el usuario y su familia.

## Objetivos de Calidad

- Mantener el proceso de certificación en el Sistema de Gestión de Calidad
- Fortalecer la gestión de los procesos a través del cumplimiento de los planes de mejoramiento
- Mantener los niveles de satisfacción del usuario
- Lograr reconocimiento de la IPS a través de la ejecución de los procesos institucional
- Articular el Direccionamiento estratégico a la cultura organizacional

### 11.2.2 Principios y Valores Institucionales

#### a) Principios Organizacionales y de Responsabilidad Empresarial

- **Accesibilidad:** Los servicios y tecnologías de salud que ofrece la Empresa deben ser accesibles a todos en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y el acceso a la información.
- **Aceptabilidad:** El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., y todos sus servidores públicos deberán ser respetuosos de la ética médica y del derecho a la confidencialidad del paciente, y establecerá condiciones para responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida, en el marco de sus competencias.
- **Responsabilidad Social:** Estamos comprometidos con la comunidad, el medio ambiente, nuestra competencia, colaboradores y sus familias
- **Equidad:** En su condición de empresa pública, el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., debe privilegiar su rentabilidad social adoptando políticas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección que constituyen su objetivo primigenio, con sujeción a sus competencias y a las políticas públicas de los organismos rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01  | Página 17 de 38 |
|   |   | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

- **Calidad e idoneidad profesional:** El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., tiene como centro de su gestión empresarial el usuario y a su grupo familiar, y sujeta la prestación de servicios a los

estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas y adoptadas por la normatividad del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Por lo tanto, garantiza que el personal de la salud es adecuadamente competente, enriquecido con capacitación y actualización permanente.

- **Continuidad:** El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., garantiza una oferta permanente, continua y oportuna de servicios acorde a sus competencias. En desarrollo de este principio se establecerán

los procedimientos y etapas estrictamente necesarios para asegurar el cumplimiento de las funciones y servicios a cargo de la empresa, identificando que el desarrollo de los procesos no se vea afectado por dilaciones que retarden la gestión y obstaculicen la obtención del resultado.

- **Participación:** El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., garantizará y estimulará la participación de los usuarios en la gestión y fiscalización de la empresa, con sujeción a las normas y procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **Eficiencia Administrativa y Financiera:** Objetivo fundamental en el manejo de lo público, optimizar los costos del Talento Humano, físico y financiero hasta los más altos niveles posibles; sin perder el concepto de rentabilidad social, este compromiso impulsa la eficiencia como un principio fundamental, apoyados en el desarrollo de los Sistemas de Información.

#### b) Valores Institucionales

El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., comprende que el servicio público es parte esencial del contrato social estatal y que representa una institución fundamental para el desarrollo de las sociedades. Han sido muchos servidores públicos los forjadores de desarrollo en nuestros territorios y son la base de una administración pública efectiva y orientada al ciudadano. El Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira, como empresa social del Estado colombiano, tiene un compromiso aún más grande, un compromiso de vida por la salud de los palmiranos y de la región.

Como organización pública de salud, la E.S.E. debe propender por “adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas a implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética, transparente, de lucha contra la corrupción, opacidad, fraude, una gestión antisoborno, y un MN01-GTH “Código de Integridad” que esté acompañado de valores como: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia, entre los demás valores que consideren relevantes las entidades.”

El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. ha trabajado teniendo como base, los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública; entidad que ha trabajado notoriamente en la generación de hábitos de excelencia en el servicio público colombiano, promoviendo estrategias y políticas para el fortalecimiento de los lazos entre el Estado y la sociedad civil a través de los servidores públicos.

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   |   | Versión<br>01  | Página 18 de 38 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

En ese ejercicio evidenciamos que el DAFP realizó un trabajo que involucró miles de servidores públicos de todo el país, incluyendo los pertenecientes a empresas sociales del Estado, lo que permitió identificar los valores con los cuales nos identificamos y promover conductas para el mejoramiento continuo y la generación de valor público. “Los servidores públicos somos personas que con vocación y orgullo trabajamos duro todos los días para servir y ayudar a los colombianos.”, concluye el DAFP.

La adopción de un MN01-GTH “Código de Integridad” representa la legitimación y formalización de la declaración colectiva de valores del servicio público de salud, por parte del talento humano, en el marco de la organización; sus recursos, objetivos y principios. Representa un ejercicio de revisión interna, de indagación, de contextualización de los valores que se promueven e identifican en la organización.

En congruencia con dichas premisas, la E.S.E. adoptó un Código de Integridad, mediante Resolución 110.04.02-661 de septiembre 16 de 2022 y de igual forma está establecido en el MN01-GTH “Código de Integridad”, con miras a avanzar en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y en fortalecer los Lineamientos de Conducta de nuestros servidores públicos.

El Código de Integridad es un instrumento que permite entender los valores del servicio público, con el fin de interiorizarlos y ponerlos en práctica cada día. Es la declaración y apuesta de la E.S.E. por fortalecer el servicio público, en el marco de la prestación de servicios de salud, de cara a la ciudadanía y bajo los imperativos legales, éticos, sociales y políticos que demanda la sociedad actual.

El Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., acoge los valores que declara el DAFP, quien en el marco de la conmemoración del Día Nacional del Servidor Público edición 2017, presentó los 5 valores que componen el Código de Integridad aplicable a todos los servidores públicos en Colombia. Estos se presentan así:

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

#### Lo que hago:

- ✓ Siempre digo la verdad, incluso cuando cometo errores, porque es humano cometerlos, pero no es correcto esconderlos, cuando tengo dudas respecto a la aplicación de mis deberes busco orientación en las instancias pertinentes al interior de mi entidad. Se vale no saberlo todo, y también se vale pedir ayuda.
- ✓ Facilito el acceso a la información pública completa, veraz, oportuna y comprensible a través de los medios destinados para ello.
- ✓ Denuncio las faltas, delitos o violaciones de derechos de los que tengo conocimiento en el ejercicio de mi cargo, siempre.
- ✓ Apoyo y promuevo los espacios de participación para que los ciudadanos hagan parte de la toma de decisiones que los afecten relacionadas con mi cargo o labor.

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   |   | Versión<br>01  | Página 19 de 38 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

**Lo que no hago:**

- ✓ No le doy trato preferencial a personas cercanas para favorecerlos, es un proceso en igualdad de condiciones.
- ✓ No acepto incentivos, favores, ni ningún otro tipo de beneficio que me ofrezcan personas o grupos que estén interesados en un proceso de toma de decisiones.
- ✓ No uso recursos públicos para fines personales relacionados con mi familia, mis estudios y mis pasatiempos (esto incluye el tiempo de mi jornada laboral, los elementos y bienes asignados para cumplir con mi labor, entre otros).
- ✓ No soy descuidado con la información a mi cargo, ni con su gestión.

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

**Lo que hago:**

- ✓ Atiendo con amabilidad, igualdad y equidad a todas las personas en cualquier situación a través de mis palabras, gestos y actitudes, sin importar su condición social, económica, religiosa, étnica o de cualquier otro orden. Soy amable todos los días, esa es la clave, siempre.
- ✓ Estoy abierto al diálogo y a la comprensión a pesar de perspectivas y opiniones distintas a las mías. No hay nada que no se pueda solucionar hablando y escuchando al otro.

**Lo que no hago:**

- ✓ Nunca actúo de manera discriminatoria, grosera o hiriente, bajo ninguna circunstancia.
- ✓ Jamás baso mis decisiones en presunciones, estereotipos, o prejuicios
- ✓ No agredo, ignoro o maltrato de ninguna manera a los ciudadanos ni a otros servidores públicos.

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

**Lo que hago:**

- ✓ Asumo mi papel como servidor público, entendiendo el valor de los compromisos y responsabilidades que he adquirido frente a la ciudadanía y al país.
- ✓ Siempre estoy dispuesto a ponerme en los zapatos de las personas. Entender su contexto, necesidades y requerimientos es el fundamento de mi servicio y labor.
- ✓ Escucho, atiendo y oriento a quien necesite cualquier información o guía en algún asunto público.
- ✓ Estoy atento siempre que interactúo con otras personas, sin distracciones de ningún tipo.
- ✓ Presto un servicio ágil, amable y de calidad.

|   |                 |   |                               |
|---|-----------------|---|-------------------------------|
|  | <b>PROGRAMA</b> | <b>PG01-PLN</b>   |                               |
|   |                 | Versión<br>01   | Página <b>20</b> de <b>38</b> |
| <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b>                                   |                 | Fecha Emisión: Agosto de 2023<br>Fecha Revisión: --<br>Fecha Actualización: --- |                               |

**Lo que no hago:**

- ✓ Nunca trabajo con una actitud negativa. No se vale afectar mi trabajo por no ponerle ganas a las cosas
- ✓ No llego nunca a pensar que mi trabajo como servidor es un “favor” que le hago a la ciudadanía. Es un compromiso y un orgullo.
- ✓ No asumo que mi trabajo como servidor es irrelevante para la sociedad.
- ✓ Jamás ignoro a un ciudadano y sus inquietudes.
- ✓
- **DILIGENCIA:** “Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.”

**Lo que hago:**

- ✓ Uso responsablemente los recursos públicos para cumplir con mis obligaciones. Lo público es de todos y no se desperdicia.
- ✓ Cumplo con los tiempos estipulados para el logro de cada obligación laboral. A fin de cuentas, el tiempo de todos es oro.
- ✓ Aseguro la calidad en cada uno de los productos que entrego bajo los estándares del servicio público. No se valen cosas a medias.
- ✓ Siempre soy proactivo comunicando a tiempo propuestas para mejorar continuamente mi labor y la de mis compañeros de trabajo.

**Lo que no hago:**

- ✓ No malgasto ningún recurso público
- ✓ No postergo las decisiones ni actividades que den solución a problemáticas ciudadanas o que hagan parte del funcionamiento de mi cargo. Hay cosas que sencillamente no se dejan para otro día.
- ✓ No demuestro desinterés en mis actuaciones ante los ciudadanos y los demás servidores públicos
- ✓ No evado mis funciones y responsabilidades por ningún motivo
- **JUSTICIA:** “Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.”

**Lo que hago:**

- ✓ Tomo decisiones informadas y objetivas basadas en evidencias y datos confiables. Es muy grave fallar en mis actuaciones por no tener las cosas claras.
- ✓ Reconozco y protejo los derechos de cada persona de acuerdo con sus necesidades y condiciones.
- ✓ Tomo decisiones estableciendo mecanismos de diálogo y concertación con todas las partes involucradas.

|  |   |                 |                               |
|--|---|-----------------|-------------------------------|
|                     | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b> |                               |
|  | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01   | Página <b>21</b> de <b>38</b> |
| <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |   |                 |                               |

**Lo que no hago:**

- ✓ No promuevo ni ejecuto políticas, programas o medidas que afectan la igualdad y la libertad de personas.
- ✓ No favorezco el punto de vista de un grupo de interés sin tener en cuenta a todos los actores involucrados en una situación.
- ✓ Nunca permito que odios, simpatías, antipatías, caprichos, presiones o intereses de orden personal o grupal interfieran en mi criterio, toma de decisión y gestión pública.

En el ejercicio de análisis del contexto institucional realizado en la vigencia 2024, se identificó dos valores coherentes con muestra misionalidad, los cuales fueron incluidos en el direccionamiento estratégico.

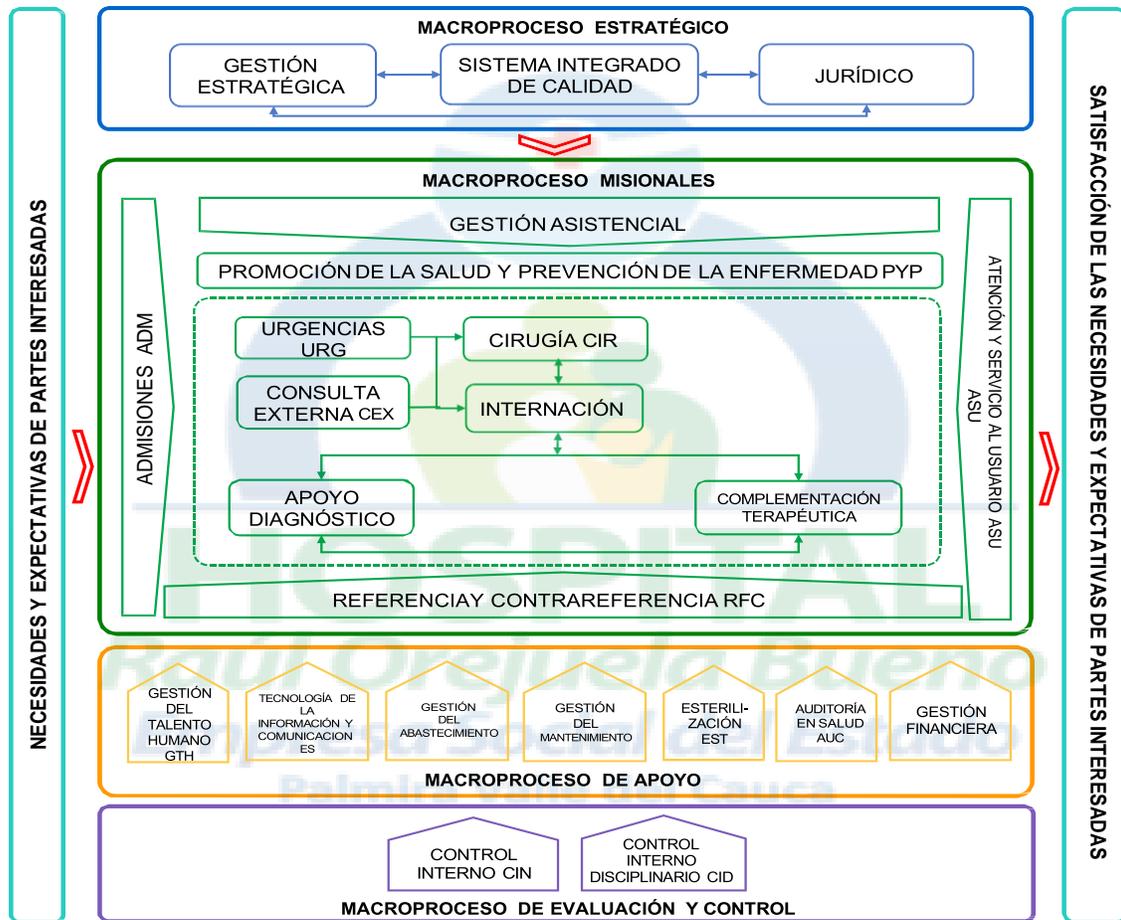
- **VOCACIÓN:** Se trata de la disposición que inspira hacer un mejor trabajo en beneficio de la entidad, sus integrantes y sus usuarios.

- **RESPECTO:** Se entiende como la capacidad de sensibilizarse con las necesidades del usuario y su familia, así como de los compañeros de trabajo y demás partes.

- **Mapa de Procesos**

El mapa de procesos de la organización, conforme a su cadena de valor, se representa así:

|   |                 |   |                               |
|---|-----------------|---|-------------------------------|
|  | <b>PROGRAMA</b> |   | <b>PG01-PLN</b>               |
|   |                 |   | Versión 01<br>Página 22 de 38 |
| <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b>                                   |                 | Fecha Emisión: Agosto de 2023<br>Fecha Revisión: --<br>Fecha Actualización: --- |                               |



- **Objetivos Estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional 2024-2027**

Con el fin de lograr el cumplimiento de la misión y visión del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E., el Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2024 -2027 se estructura a través de cuatro líneas estratégicas, con sus objetivos que expresan el compromiso de la administración, su equipo directivo, colaboradores y todas las partes interesadas frente al cumplimiento de las metas, demostrando eficiencia y calidad en la prestación de los servicios a nivel institucional.

**La línea estratégica No. 1. HOSPITAL MÁS SANO**, busca desarrollar la Atención Primaria en Salud (APS) a través de sus componentes principales: accesibilidad, integralidad y participación comunitaria

**Objetivo Estratégico No. 1.** Fortalecer la prestación de los servicios de salud con la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en la población asignada al Hospital Raúl Orejuela Bueno

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                 | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01  | Página 23 de 38 |
|   |   | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

**La línea estratégica No. 2. HOSPITAL MAS HUMANO**, busca implementar prácticas y políticas que consideren la humanidad de cada individuo, enfocándose en un trato cálido, compasivo y empático a través de un entorno hospitalario donde todos, tanto usuarios como funcionarios se sientan valorados y cuidados, más allá de sus roles o condiciones de salud; favoreciendo la dignidad, el respeto y el buen trato.

**Objetivo Estratégico No. 2.** Mejorar el nivel de satisfacción del cliente interno y externo

**La línea estratégica No. 3. HOSPITAL MÁS BACANO**, busca avanzar e innovar de manera eficiente en el ambiente físico y tecnológico, implementando procesos que reduzcan los tiempos de espera, optimicen el flujo de información y mejoren la experiencia del paciente, todo ello enmarcado en el desarrollo de la política la gestión ambiental y la política de responsabilidad social empresarial.

**Objetivo Estratégico No. 3.** Mejorar el ambiente físico y tecnológico del Hospital

**La línea estratégica No. 4. HOSPITAL MÁS SOSTENIBLE**, busca la administración eficiente, transparente y efectiva de los recursos financieros; garantizando que el hospital tenga la capacidad económica para operar a largo plazo, evitando problemas financieros que puedan comprometer su funcionamiento, asegurando que cada gasto contribuya al cumplimiento de los objetivos del hospital y monitorizando y controlando los costos operativos sin comprometer la calidad de la atención médica.

**Objetivo Estratégico No. 4.** Mejorar la gestión de los recursos financieros, asegurando una adecuada planificación, ejecución y seguimiento de los ingresos

### **11.3 Políticas para la Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.**

El HROB está comprometido con el desarrollo de sus negocios a través de un modelo de gestión basado en principios, lineamientos y objetivos socialmente responsables y, en cumplimiento de sus valores y principios éticos, hace manifiesta su posición “**Cero tolerancias frente al fraude, la opacidad, la corrupción y el soborno**” como una política inquebrantable del quehacer organizacional.

Por lo tanto, adopta la política “**Cero tolerancias frente al fraude, la opacidad, la corrupción y el soborno**” tomando las medidas necesarias para combatir estos flagelos, buscando implementar, de forma permanente, mecanismos, sistemas y controles adecuados que permitan su prevención, detección y tratamiento.

Para tal fin, se adoptan los siguientes lineamientos:

- La gerencia, el equipo directivo, los colaboradores y contratistas prestadores de servicios no participarán en ninguna forma de fraude, soborno o práctica de corrupción, directa o indirectamente y tomarán las medidas necesarias para combatirlos, independientemente de

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                 | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01  | Página 24 de 38 |
|   |   | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

cualquier forma o tipología de la que se trate.

- El HROB establece y promueve dentro de toda la organización, una cultura institucional encaminada a fortalecer la transparencia como valor y principio de toda actuación.
- El hospital No mantiene relaciones de ningún tipo con, prestadores de servicios, proveedores o

terceros que hayan sido condenados por actividades ilícitas relacionadas con el fraude, la corrupción o el soborno.

- El hospital no tolera la recepción de regalos e invitaciones por parte de colaboradores, cuando esto signifique cruzar los límites de conflicto de intereses y de conducta ética, asociado a las funciones y actividades de cada colaborador.
- La institución No tolera que sus colaboradores, prestadores de servicios, proveedores, contratistas y cualquier tercero que tenga relacionamiento con el HROB obtengan resultados económicos, comerciales o de cualquier otra índole a cambio de violar la ley o actuar de manera deshonesto.
- La E.S.E. y su equipo directivo Adopta un enfoque preventivo de tal forma que, las vulnerabilidades son minimizadas desde su origen a través de adecuados criterios de diseño organizacional y programas de transformación cultural.
- El hospital segmenta, identifica, mide, controla y monitorea los factores de riesgo relacionados con el fraude, el soborno y la corrupción y evalúa sistemática y periódicamente, la exposición a los riesgos relacionados con estos delitos, con el fin de implementar medidas administrativas efectivas.
- El HROB tiene a disposición de todos los grupos de interés la **‘Línea ética’** para la recepción y registro de indicios o incidentes por posibles actos indebidos cometidos por parte de sus colaboradores, prestadores de servicios y/o demás grupos de interés. Además, gestiona de forma oportuna todas las denuncias de actos relacionados con el fraude, la corrupción y el soborno independientemente de su cuantía o del personal involucrado, garantizando confidencialidad, objetividad, no retaliación, respeto, transparencia, independencia y autonomía de los responsables de las evaluaciones.
- Ningún denunciante sufrirá consecuencias negativas por prevenir, rechazar o denunciar actos de esta naturaleza. Cuando sea procedente, el HROB pondrá en conocimiento de las autoridades competentes toda conducta que contraría lo previsto en estos lineamientos e igualmente emprenderá y acompañará las acciones judiciales que sean pertinentes.

#### 11.4 Estructura del Programa de Transparencia y Ética Empresarial

El Hospital Raúl Orejuela Bueno, provee la estructura organizacional requerida en la circular externa 2022151000000053-5, a cargo de la Junta Directiva, la gerencia, el equipo directivo y las diferentes áreas de la entidad en relación con las distintas etapas y elementos del Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE, representada de la siguiente manera:

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   |   | Versión<br>01  | Página 25 de 38 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

#### 11.4.1 Roles y Responsabilidades de los Participantes del PTEE

##### a) Gerencia

- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- Realizar seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del PG01-PLN “Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE”.
- Asignar al área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE.
- Desarrollar y velar por la implementación de las estrategias, con el fin de establecer el cambio cultural que la Administración de Riesgos, implica para la entidad.
- Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo.
- Recibir y evaluar los informes presentados por la persona encargada por la entidad para la ejecución del Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE.
- Velar por que las etapas y elementos del Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Velar por que se implementen los procedimientos para la adecuada Administración del riesgo a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

##### b) Oficina Asesora de Planeación: Oficial de Cumplimiento- Persona Designada para la Administración del PTEE

- Presentar con el representante legal, para aprobación de la junta directiva o quien haga sus veces, la propuesta del PTEE.
- 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. Así mismo, deberán demostrar los resultados de esta gestión.
- Velar porque el PTEE se articule con las Políticas de Riesgo adoptada por la junta directiva o quien haga sus veces.
- Velar por el cumplimiento efectivo, eficiente y oportuno del PTEE.
- 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.
- Verificar la debida aplicación de la política de protección a denunciantes que la entidad establezca.
- Coordinar el desarrollo de programas internos de capacitación del PTEE.
- Realizar la evaluación del cumplimiento del PTEE como mínimo una vez al año.

##### c) Oficina de Talento Humano

Para la promoción de Valores de Integridad y Lineamientos de Conducta a los colaboradores, la Oficina de Talento Humano desarrolla diversas estrategias para que, en los procesos de inducción y reinducción, se incorpore este aspecto. Así mismo, gestionará acciones de formación, para

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   |   | Versión<br>01  | Página 26 de 38 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

capacitar al talento humano en las disposiciones y lineamientos del presente documento y realiza todas aquellas actividades que normativamente debe cumplir el talento humano en la entidad

**d) Oficina Asesora de Control Interno**

Desde la Oficina de Control Interno, La entidad debe efectuar una evaluación del PG01-PLN “Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE”. La misma informará, de forma oportuna, los resultados a los órganos competentes y en ningún caso cumplirá las funciones asignadas a la unidad de Corrupción, Opacidad y Fraude.

**e) Oficina Asesora Jurídica**

Le corresponde establecer la política de prevención del riesgo antijurídico, la cual está establecida a través del PO01-GJD “Política de Daño Antijurídico”, así como controles en los procesos de contratación, para contribuir a controlar los riesgos de opacidad, fraude, corrupción y soborno en la operación de la organización. Así mismo, le corresponde establecer los mecanismos y procedimientos legales para el abordaje de denuncias relacionadas con opacidad, fraude, corrupción y soborno, en el marco de las políticas que la entidad establezca.

**f) Oficina de Control Interno Disciplinario**

Le corresponde adelantar el proceso disciplinario, en el marco de la ley vigente, en los casos en que se presenten denuncias relacionadas con la conducta de los servidores públicos de la planta de personal del Hospital, en casos de opacidad, fraude, corrupción y soborno.

**g) Revisor Fiscal.**

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones el Revisor Fiscal, debe elaborar un reporte al cierre de cada ejercicio contable, en el que informe acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE. A su vez, debe poner en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del PG01-PLN “Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE”, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ellos a la Junta Directiva.

**h) Jefe de Oficina, Coordinadores y Líderes de Procesos**

Ejercer el autocontrol, la autogestión y autorregulación del proceso que permita lograr la eficiencia, eficacia y efectividad, así como el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.

**11.5 Medidas para Asegurar el Cumplimiento de las Políticas y Objetivos del Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE.**

El HROB ha diseñado una serie de medidas que garantizan el cumplimiento de políticas y objetivos para cada subsistema del sistema integrado de gestión del riesgo, de la siguiente manera:

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                 | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01  | Página 27 de 38 |
|   |   | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

- Identificar, evaluar e implementar controles a los riesgos asociados con opacidad, fraude, corrupción y soborno, en el marco de las políticas de riesgos.
- Realizar seguimiento, a través del comité de riesgos, a las estrategias adoptadas para mitigar o evitar los riesgos asociados a:
  - Garantizar la disponibilidad de información para los análisis y reportes necesarios.
  - Garantizar la disponibilidad de recursos para la gestión de riesgos de corrupción opacidad y fraude.
  - Garantizar la transparencia en sus actuaciones.

## 11.6 Metodologías para Identificar, Medir, Controlar y Monitorear los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.

### 11.6.1 Identificación del Riesgo

Para la adecuada identificación de riesgos, en el marco del presente PTEE, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- Identificación de todos los procesos del HROB.
- Establecer los riesgos de fraude, soborno y corrupción, para ello, se debe utilizar la metodología de gestión de riesgos establecida por el DAFP, versión 6
- Para nuevos procesos o proyectos, es necesario determinar los riesgos de fraude, soborno y corrupción.

### 11.6.2 Medición del Riesgo

En esta etapa se medirán los riesgos por la probabilidad de ocurrencia y su impacto en caso de materializarse. Para llevar a cabo esta etapa se deben tener en cuenta todos los lineamientos de la política de gestión de riesgos, para así determinar el perfil de riesgo inherente.

### 11.6.3 Control de Riesgos

El HROB tomará medidas para controlar los riesgos inherentes a los que se ve expuesto, con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto en caso de que se materialicen. Para llevar a cabo esta etapa se tendrán en cuenta todos los lineamientos de la Política de gestión de riesgos, determinando el perfil de riesgo residual.

Es importante resaltar que todos los colaboradores, junto con sus líderes, son responsables de identificar y calificar los riesgos propios de su proceso, identificando la causa que los origina y las consecuencias, por ende, son los responsables de implementar los controles que consideren necesarios para mitigar esos riesgos validando el costo/beneficio de la implementación.

Los lineamientos, situaciones prohibidas y comportamientos que ayudan a controlar el riesgo de fraude, soborno y corrupción se encuentran en los siguientes documentos:

- Acuerdo No. 24 del 29 de noviembre aprueba la Política de Gestión de Riesgos en el Hospital Raúl Orejuela Bueno
- Política de Calidad.
- PR02-PLN Administración de Riesgos

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                 | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01  | Página 28 de 38 |
|   |   | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

- PL03-TIC “Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.
- PL02-TIC “Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información”
- MN01-GTH “Código de Integridad”.

Entre los controles que se deben establecer dentro del HROB para la prevención del riesgo de fraude, soborno y corrupción se encuentran los siguientes:

#### a) Controles Estratégicos

La alta dirección realiza revisiones de alto nivel a los asuntos de alta criticidad para la organización, tales como:

- Seguimiento al cumplimiento del plan de desarrollo institucional.
- Revisión de los niveles de cumplimiento o avance de los indicadores del tablero de mando integral.
- Monitoreo de la efectividad del modelo integrado de planeación y gestión.

#### b) Controles Contables

La Gerencia y subgerencia financiera deben garantizar el cumplimiento de la política contable aprobada por la junta directiva y la implementación de los procedimientos necesarios para llevarla a cabo. La política y los procedimientos deben cumplir con los requisitos normativos vigentes. Se debe contar con controles tales como:

- Monitoreo del procedimiento de pagos a terceros.
- Cuadros diarios de caja.
- Verificación de registros contables (arqueos, conciliaciones, inventarios, circularizaciones, controles tributarios).

#### c) Controles de Seguridad de la Información

La Gerencia y el área de Tecnologías de la información y las comunicaciones deben velar por la implementación de políticas, procedimientos y controles que garanticen que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (efectividad, eficiencia y confiabilidad) y por el cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes.

#### d) Controles al Talento Humano

La Gerencia y la oficina de Gestión del Talento Humano deben garantizar la implementación de controles efectivos en los procesos de provisión de cargos públicos, en el marco de la normatividad existente, así mismo propenderá por mantener actualizado:

- Manual de funciones y competencias laborales.
- Evaluación del desempeño laboral.
- Medición del Clima Organizacional.
- Políticas de gestión estratégica del Talento Humano.

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                 | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01  | Página 29 de 38 |
|   |   | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

#### e) Controles de los Proveedores

La Gerencia, la Subgerencia Administrativa y la oficina Asesora Jurídica deben garantizar la implementación de políticas y procedimientos que permitan controlar la contratación de proveedores y monitorear la calidad de sus entregables, entre estos controles se puede mencionar:

- Seguimiento al cumplimiento del estatuto y manual de contratación.
- Promover la selección objetiva a través de la definición de criterios de evaluación y de un comité evaluador, para los casos en los cuales el tipo de contratación lo amerite.
- Controles de vinculación de acuerdo con los lineamientos establecidos en el MN01-PRE 'Manual gestión, prevención de lavado de activos y de la financiación del terrorismo- SARLAF'.
- Establecimiento de acuerdos de confidencialidad y cumplimiento de otros requisitos relacionados con la administración de la seguridad de la información.
- Valorar la gestión realizada por el proveedor (evaluación periódica y reevaluación).

#### f) Controles Físicos y Patrimoniales

La Gerencia y la Subgerencia Administrativa deben velar por la implementación y aplicación de controles que permitan garantizar niveles de seguridad adecuados para los activos del HROB y mitigar riesgos de fraude relacionados con la sustracción de activos. Dentro de este tipo de controles tenemos:

- Control al ingreso de visitantes.
- Seguridad física a las instalaciones administrativas (alarmas, uso de tarjetas de aproximación con registro obligatorio, entre otros).
- Inventarios periódicos de inventarios y activos fijos.

#### g) Auditoria de Controles

Las actividades de control antifraude pueden ser de prevención o detección. Los controles preventivos están diseñados para mitigar riesgos de fraude específicos y pueden disuadir de que ocurra el fraude, mientras que las actividades de detección están diseñadas para identificar el fraude si ocurre.

Los controles de detección también pueden ser usados para el monitoreo de las actividades, con el fin de valorar la efectividad de los controles antifraude y pueden ofrecer evidencia adicional respecto a la eficiencia de los programas y de los controles mismos.

El auditor debe probar la efectividad del diseño de los controles para determinar si son operados conforme fueron definidos, si los ejecutan colaboradores que poseen las competencias necesarias, si satisfacen los objetivos de control de la organización y si, indudablemente, pueden prevenir o detectar errores o posibles fraudes.

Adicionalmente, la auditoría interna debe tener entre sus responsabilidades, la evaluación de la efectividad del programa antifraude y la comunicación al representante legal y al Comité de riesgos de las deficiencias y debilidades detectadas. Los hallazgos y las debilidades deben ser

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                 | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01  | Página 30 de 38 |
|   |   | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

gestionados a través de la implementación de acciones correctivas que se deben documentar en el mapa de riesgos.

#### **h) Programa de Denuncias Anónimas**

El HROB para la vigencia 2025, implementará mecanismos y dispondrá de canales para el reporte de situaciones que vayan en contravía de las políticas y procedimientos, los cuales deben ser accesibles tanto para colaboradores como para terceros. Se darán a conocer por la intranet y página web institucional.

El Hospital dispondrá de un micrositio en su página web institucional en el cual se incluye un buzón exclusivo para la recepción de denuncias, con el fin de que los ciudadanos, usuarios y colaboradores que detecten eventuales irregularidades, incumplimientos legales, violaciones al manual, así como situaciones que puedan afectar el adecuado funcionamiento del Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE. Las denuncias que se llegaran a recibir en dicho buzón deberán ser comunicadas por el área que lo administre o la persona encargada del PTEE.

El Hospital dispondrá del correo electrónico [denuncias@hrob.gov.co](mailto:denuncias@hrob.gov.co) para la recepción de denuncias que puedan afectar al PTEE, el cual será divulgado a través de los diferentes medios de comunicación de la ESE.

#### **i) Monitoreo de Controles**

Por lo menos anualmente se efectuará un monitoreo al perfil de riesgo de fraude, soborno y corrupción. Cada líder de proceso, dentro de sus responsabilidades, velará porque los controles de su proceso estén funcionando en las periodicidades establecidas y adoptará los correctivos o mejoras a que haya lugar.

### **11.7 Metodologías para Gestión de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno**

El HROB dispone primordialmente como procedimiento para la identificación de los riesgos, la revisión documental, la realización de entrevistas y grupos focales, los cuales son fundamentales para caracterizar los principales riesgos de corrupción y opacidad en los procesos.

#### **a) Identificación de Riesgos de Corrupción**

La identificación de riesgos de corrupción asociados a trámites se debe realizar atendiendo lo establecido en la **Guía para la Gestión de Riesgos de Corrupción de la Presidencia de la República**.

#### **b) Identificación del Contexto**

El HROB debe identificar el contexto analizando las debilidades y amenazas que pueden causar hechos de corrupción en las actividades desarrolladas o en su entorno. Es así, como en el contexto interno se debe determinar las debilidades que generan espacios de corrupción como son: espacios de discrecionalidad, fallas en el diseño de los procesos, normatividad compleja, excesivos costos administrativos, débiles sistemas de información, inadecuada selección de

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                 | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01  | Página 31 de 38 |
|   |   | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

personal, ausencia de manuales, tecnología obsoleta o carente de controles, entre otros.

Igualmente, para establecer el contexto externo se debe considerar las amenazas del entorno, que pueden incidir en el uso del poder para beneficio de un privado como son: la intervención de carteles de contratistas, organizaciones delictivas, grupos armados, participación y control social débiles, fragilidad en el control externo, recursos públicos no regulados efectivamente entre otros.

### c) Construcción de Riesgos de Corrupción

- **Paso 1. Identificación de los Procesos:** Para elaborar el mapa de riesgos de corrupción la entidad debe identificar los procesos misionales que incluyan procedimientos que deben atender los usuarios para cumplir los requerimientos del servicio.
- **Paso 2. Objetivos del proceso:** El objetivo del proceso es el centro del análisis de la gestión del riesgo de corrupción, en la medida que cualquier evento que afecte su logro se constituye en riesgo.
- **Paso 3. Establecer las causas:** A partir del análisis de los factores externos e internos se establecen los agentes generadores del riesgo de corrupción. (Transparencia, 2015), así como las actividades o escenarios que pueden utilizar los agentes corruptos para afectar el proceso.
- **Paso 4. Identificar los riesgos de corrupción:** la identificación de riesgos de corrupción asociados a trámites se puede realizar a partir de los componentes del triángulo de la corrupción, que ya fueron mencionados y que deben ser analizados en cada una de las etapas.

**Oportunidad:** Las variables que inciden en la oportunidad para la corrupción debido a las fallas de los procedimientos y ausencia de controles en el desarrollo de los procesos.

**Presión:** Los factores de la dimensión de presión donde es necesario identificar que actores corruptos externos a la entidad inciden,

**Responsabilidad:** Las fallas éticas y de compromiso con lo público que afectan un desarrollo objetivo e imparcial en el manejo y regulación de los recursos públicos.

### 11.8 Políticas para el Manejo de Conflictos de Interés

Los conflictos de intereses ponen en riesgo la obligación de garantizar el interés general del servicio público y afectan la confianza ciudadana en la administración pública.

Por ello, es necesario que los servidores públicos y contratistas conozcan sobre las situaciones en las que sus intereses personales pueden influir en el cumplimiento de sus funciones y responsabilidades, en beneficio particular, afectando el interés público, con el fin de que puedan ser advertidos y gestionados en forma preventiva, evitando que se favorezcan intereses ajenos al bien común.

Es necesario promover en los servidores públicos una cultura de integridad que permita prácticas preventivas para evitar que el interés particular interfiera en la realización del fin al que debe estar destinada la actividad del Estado y así no incurrir en actividades que atenten contra la transparencia y la moralidad administrativa y, en ocasiones, puedan constituirse en actos de

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                 | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01  | Página 32 de 38 |
|   |   | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

corrupción o faltas disciplinarias.

Con el fin de ejercer una adecuada gestión preventiva de conflictos de interés, el HROB formulara una estrategia anual en el marco de la planeación institucional que incluya, entre otras, las siguientes acciones:

- Capacitar a sus servidores y contratistas en la identificación, declaración y gestión de posibles conflictos de intereses.
- Establecer, implementar y socializar con ellos su procedimiento interno para el manejo y declaración de conflictos de intereses;
- Mantener actualizada su información institucional (planta de personal, nomenclatura de empleos, vinculaciones y desvinculaciones y hojas de vida) en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público (SIGEP);
- Identificar sus servidores y contratistas obligados a cumplir con las disposiciones de la Ley 2013 de 2019; Por medio del cual se busca garantizar el cumplimiento de los principios de transparencia y publicidad mediante la publicación de las declaraciones de bienes y renta y el registro de los conflictos de interés.
- Hacer seguimiento y control al cumplimiento de la Ley 2013 de 2019 en el Aplicativo por la Integridad Pública.
- Analizar y gestionar los impedimentos declarados por sus servidores y contratistas, las recusaciones informadas y los posibles conflictos de intereses registrados en el Aplicativo por la Integridad Pública, de acuerdo con el procedimiento interno definido.

Finalmente, el HROB se acoge a La Ley 1952 de 2019, **“Por medio de la cual se expide el código general disciplinario se derogan la ley 734 de 2002 y algunas disposiciones de la ley 1474 de 2011, relacionadas con el derecho disciplinario, y señala**

*Artículo 105. Declaración de impedimento.: El servidor público en quien concurra cualquiera de las anteriores causales debe declararse inmediatamente impedido, una vez la advierta, mediante escrito en el que exprese las razones, señale la causal y, si fuere posible, aporte las pruebas pertinentes.*

*Artículo 106. Recusaciones. Cualquiera de los sujetos procesales podrá recusar al servidor público que conozca de la actuación disciplinaria, con base en las causales a que se refiere el artículo 104 de esta ley. Al escrito de recusación acompañará la prueba en que se funde.*

*Artículo 107. Procedimiento en caso de impedimento o de recusación. **Procedimiento en caso de impedimento o de recusación.** En caso de impedimento el servidor público enviará, inmediatamente, la actuación disciplinaria al superior, quien decidirá de plano dentro-de los tres (3) días siguientes a la fecha de su recibo. Si acepta el impedimento, determinara a quien corresponde el conocimiento de las diligencias.*

*Cuando se trate de recusación, el servidor público manifestará si acepta o no la causal, dentro de los dos (2) días siguientes a la fecha de su formulación; vencido este término, se seguirá el trámite señalado en el inciso anterior.*

*La actuación disciplinaria se suspenderá desde que se manifieste el impedimento o se presente la recusación y hasta cuando se decida.*

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                 | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01  | Página 33 de 38 |
|   |   | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

*Artículo 88. Impedimento y recusación del Procurador General de la Nación: Si el Procurador General de la Nación se declara impedido o es recusado y acepta la causal, el Viceprocurador General de la Nación asumirá el conocimiento de la actuación disciplinaria. Si el Procurador General no acepta la causal de recusación, enviara de manera inmediata la actuación disciplinaria a la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado en un término de cinco días hábiles, para que decida. Si declara infundada la causal, devolverá la actuación al Despacho del señor Procurador General. En caso contrario la enviara al despacho del señor Viceprocurador General.*

### **11.9 Políticas sobre Protección y Confidencialidad a las Personas que Informen sobre Posibles Casos de Corrupción, Opacidad o Fraude**

Al buscar la defensa de los derechos humanos, unos cambios éticos y una mayor justicia, el denunciante se convierte entonces él mismo en una nueva víctima de la corrupción. Por lo tanto, debe ser protegido. Desafortunadamente, la protección a denunciantes de corrupción sigue siendo muy débil y restringida a la evaluación de los riesgos y a un marco legislativo muy disperso, lo cual impide brindar medidas adecuadas.

El HROB en concordancia con la ley y el principio de buena fe y con el ánimo de brindar una protección adecuada y eficiente a los denunciantes, genera las siguientes políticas:

- Considerar los denunciantes y reportantes como una población vulnerable y por ende adelantar una protección jurídica específica e integral para su categoría. Como mínimo, el Decreto Único 1066 de 2015, debería incluir a los denunciantes o reportantes de corrupción como sujetos de protección por parte de la Unidad Nacional de Protección.
  - Considerar la protección a represalias laborales en un marco jurídico específico a la denuncia de corrupción y no sólo en relación con el acoso laboral.
  - Ampliar la protección de los denunciantes a una protección económica, social, y psicológica.

#### **a) Medidas de Protección**

Las medidas de protección preventiva que el HROB incluye en sus políticas para consolidar un sistema de protección. Estas buscan que los riesgos no se presenten y acondicionar la organización para que la denuncia como mecanismo anticorrupción opere óptimamente.

- Gestión y consolidación de una cultura organizacional que estimule y valore la denuncia.
- Mecanismo de denuncia estructurado, con un canal y unos procesos claros, ciclos de gestión.
- Existencia de las máximas garantías de Anonimato y Confidencialidad posibles en cada fase del proceso.
- Protección de datos.
- Gestión documental
- Investigación seria y coherente.
- Comunicación

|   |   |   |                 |
|---|---|---|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                 | <b>PG01-PLN</b>   |                 |
|   |   | Versión<br>01   | Página 34 de 38 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b> | Fecha Emisión: Agosto de 2023<br>Fecha Revisión: --<br>Fecha Actualización: --- |                 |

### 11.10 Manejo de Información sobre Posibles Casos de Corrupción, Opacidad o Fraude, Incluyendo las Reglas y Principios que Rijan su Investigación, Análisis, Tratamiento, Escalamiento, e Información a las Autoridades Competentes.

El HROB, formula y adopta los procedimientos necesarios para garantizar que la información sobre posibles casos de corrupción, opacidad o fraude sea debidamente conocida por la Oficina Asesora de Control Interno, la Oficina de Control Disciplinario Interno; y externamente a Órganos de Control como la Superintendencia Nacional de Salud, los entes de control disciplinario, fiscal y penal.

### 11.11 Mecanismos para Evitar el Uso de Información Privilegiada o Reservada.

En concordancia con la **LEY 1474 DE 2011**, "*Por la 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.*" El HROB, establece los mecanismos para evitar el uso de información privilegiada o reservada mediante la denuncia en los canales internos, como Control Interno, y los canales externos como Procuraduría, Contraloría, Personería.

### 11.12 Consecuencias de la Inobservancia del Programa de Transparencia y Ética Empresarial

El HROB, en cumplimiento del marco legal, propenderá por aplicar medidas correctivas frente a la inobservancia de las disposiciones aquí descritas respecto al Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE, para lo cual ha determinado las siguientes consecuencias:

- El reporte inmediato a la Junta Directiva sobre actuaciones que vayan en contra de lo dispuesto en el PTEE.
- Reporte a la Oficina de Control disciplinario interno para efectos de las investigaciones internas a que haya lugar.
- Reporte a la oficina de Control Interno para los procesos de mejoramiento a que haya lugar.
- El desarrollo de auditorías internas para la verificación de la aplicación de lo dispuesto en el PTEE.
- El desarrollo de las investigaciones necesarias y la imposición de sanciones a que haya lugar, según la competencia de la ESE.
- El traslado y/o reporte a los organismos externos de control disciplinario, fiscal y Penal, cuando así lo amerite la situación, en el marco de la normatividad vigente.

### 11.13 Estrategias de Capacitación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE.

En la Planeación y ejecución del Plan Institucional de Capacitación se realiza la evaluación e inclusión de acciones de capacitación, para socialización e interiorización de la organización sobre el Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE. En todo caso, el HROB busca que en el marco de dicho plan se cumplan al menos las siguientes condiciones:

- Periodicidad anual. El HROB garantiza la inclusión de los temas referentes a este subsistema en el plan institucional de capacitación, para cada vigencia.

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   |   | Versión<br>01  | Página 35 de 38 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

- En los procesos de inducción y reinducción del talento humano, se incluirán los temas referentes a este subsistema.
- En los procesos de contratación se propenderá por el conocimiento de proveedores y contratistas sobre los temas referentes a este subsistema
- En el Marco de la actualización anual del plan institucional de capacitación se propenderá por la actualización y revisión constante de los temas referentes al PTEE.
- En el proceso de evaluación del plan institucional de capacitación, se incluirán los temas que se hayan podido desarrollar en el marco de dicho plan y de las temáticas referentes al PTEE.
- Se realizarán los programas de capacitación de manera sincrónica y asincrónica, utilizando los diversos canales tanto presenciales como virtuales de modo que todos los funcionarios accedan según sus tiempos a dicha capacitación.
- Se realizarán los programas de capacitación de manera autónoma y autorregulada, es decir que las nuevas tecnologías de la información y la comunicación permitirán que el funcionario público pueda acceder a videos interactivos ubicados en la web y página oficial del HROB a modo de autoformación, con evaluaciones y compromisos a realizar en cada módulo.

#### **11.14 Estrategias de Divulgación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE.**

El Hospital cuenta con un proceso de comunicación organizacional que se desarrolla a nivel interno a través de los diferentes canales dispuestos para tal fin, como:

- Página web.
- Intranet.
- Correo electrónico.
- Redes sociales.
- Carteleras virtuales.
- Mensajería instantánea.
- Carteleras físicas

Dicho proceso también se desarrolla a nivel externo, para comunicar a las partes interesadas sobre el funcionamiento y las operaciones de la entidad a través de:

- Página Web
- Redes sociales.
- Comunicaciones oficiales.
- Ruedas de prensa.
- Rendición de cuentas.
- Medios de amplia circulación.

El Hospital dispone de un micrositio en su página web institucional en el cual se incluye un buzón exclusivo para la recepción de denuncias, con el fin de que los ciudadanos, usuarios y colaboradores que detecten eventuales irregularidades, incumplimientos legales, violaciones al manual, así como situaciones que puedan afectar el adecuado funcionamiento del Programa de

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                 | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01  | Página 36 de 38 |
|   |   | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

Transparencia y Ética Empresarial – PTEE. Las denuncias que se llegaran a recibir en dicho buzón deberán ser comunicadas por el área que lo administre o la persona encargada del PTEE.

El Hospital dispondrá del correo electrónico [denuncias@hrob.gov.co](mailto:denuncias@hrob.gov.co) para la recepción de denuncias que puedan afectar al PTEE, el cual será divulgado a través de los diferentes medios de comunicación de la ESE.

## 12. DOCUMENTOS RELACIONADOS Y DE REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- MN01-CON “Manual de Políticas Contables”
- MN01-GTH “Código de Integridad”
- PO01-GJD “Política de Daño Antijurídico”
- PL03-TIC “Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.
- PL02-TIC “Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información”
- MN01-PRE ‘Manual de Gestión, Prevención de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo- SARLAF’

### Normas y Estándares Internacionales

- Convención para Combatir el Cohecho de Servidores Públicos Extranjeros en Transacciones Comerciales Internacionales OCDE (1997)
- Lineamientos para el control del Fraude de la Commonwealth (1997)
- Convención de las Naciones Unidas Contra la Corrupción UNODC (2003)
- Estándar australiano del control de Fraude y la Corrupción AS 8001-2008
- Estrategia Integral de lucha contra el Fraude, con el fin de mejorar la prevención y la detección del Fraude, las condiciones para la investigación del Fraude, la recuperación de activos y disuasión. Comisión Europea - 2011.

### Normas Nacionales

- Artículos 35 a 40 de la Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.
- Artículos 138 y 139 de la Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1474 de 2011 “Por la 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 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1778 de 2016 “por medio de la cual se dictan normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de Corrupción transnacional”
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 3100: 2009
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 37001: 2016

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
|  | <b>PROGRAMA</b>                                 | <b>PG01-PLN</b>  |                 |
|   | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01  | Página 37 de 38 |
|   |   | <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |                 |

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- <https://www.ambitojuridico.com/noticias/analisis/incumplir-el--de-la-superintendencia-de-salud-sera-delito>
- Protocolo para la identificación de riesgos corrupción asociados a la prestación de trámites y servicios. Departamento Administrativo de la Función Pública Dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano Bogotá D.C., Colombia 28 de noviembre de 2016
- Caracterización de riesgos y prácticas de corrupción y opacidad, e identificación de niveles de tolerancia a la corrupción en el sistema de salud colombiano. Proyecto anticorrupción y transparencia de la Unión Europea para Colombia.
- Guía práctica de orientaciones para la de corrupción empresarial PROTECCIÓN AL DENUNCIANTE de Corrupción empresarial. CORPORACIÓN TRANSPARENCIA POR COLOMBIA.

## 13. CONTROL DE CAMBIOS DE LA INFORMACION DOCUMENTADA

| No. Versión | Fecha Revisión / Actualización | Página  | Solicitante                  | Cambios y/o modificaciones realizadas  |
|-------------|--------------------------------|---|------------------------------|--|
| 01          | Agosto de 2023                 | Todo  | Steven Zapata                | Elaboración del documento  |
| 02          | Enero de 2025                  | Página 5<br>Página 6<br>Página 11<br>22<br>26<br>32 | Aura Cecilia Zambrano Bedoya | Incluyo lo establecido en el Decreto 1122 de 2024, relacionado con el cumplimiento del PTEP se encuentra cumplido con el PTEE<br>La transición del Plan Anticorrupción Atención al Ciudadano PAAC al PTEE<br>Se incluye la Ley 2195 de 2022 y el Decreto 1122 de 2024<br>Se actualiza la evaluación de riesgos de corrupción<br>Se actualizo los lineamientos de Conducta del PTEE<br>Objetivos Estratégicos del Plan de Desarrollo Institucional 2024-2027<br>Se incluyo el rol de los jefes, coordinadores y líderes de proceso<br>Se actualizo lo relacionado con la Ley 1952 de 2019 |

|  |   |                 |                               |
|--|---|-----------------|-------------------------------|
|                     | <b>PROGRAMA</b>                                     | <b>PG01-PLN</b> |                               |
|  | <b>TRANSPARENCIA Y ETICA<br/>EMPRESARIAL - PTEE</b> | Versión<br>01   | Página <b>38</b> de <b>38</b> |
| <b>Fecha Emisión:</b> Agosto de 2023<br><b>Fecha Revisión:</b> --<br><b>Fecha Actualización:</b> --- |   |                 |                               |

|                | <b>NOMBRE</b>                   | <b>CARGO</b>                            | <b>FIRMA</b>               |
|----------------|---------------------------------|---|----------------------------|
| <b>ELABORÓ</b> | Aura Cecilia Zambrano<br>Bedoya | Jefe Oficina Asesora<br>Planeación      | <i>FIRMADO EL ORIGINAL</i> |
| <b>REVISÓ</b>  | Jorge German Puente Coral       | Jefe Oficina Asesora Jurídica           | <i>FIRMADO EL ORIGINAL</i> |
| <b>APROBÓ</b>  | Clara Inés Sánchez Perafan      | Gerente – secretaria<br>Junta Directiva | <i>FIRMADO EL ORIGINAL</i> |