

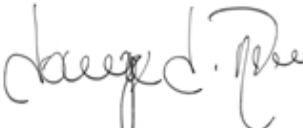



PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA 2024

“Pensando en ti, doy lo mejor de mí”



			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ	EDGAR EDUARDO VILLA	
Elaboró	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia	
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL CAUCA

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA



HOSPITAL
Susana López de Valencia

HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Página 2 de 94

Código SLV-G-78

Versión 1

SLV-GC-01-F01

“La transparencia es muy importante en los negocios. “Alan Mulally”

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	6
1. OBJETIVOS.....	7
1.1. Objetivo General.....	7
1.2. Objetivos Específicos.....	7
2. ALCANCE.....	8
3. REFERENCIA.....	8
4. DEFINICIONES.....	10
5. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DEL HOSPITAL.....	17
5.1. Misión y Visión.....	17
5.2. Objetivos estratégicos.....	18
5.3. Código de integridad.....	19
5.4. Estructura Orgánica.....	19
5.5. Modelo de Proceso.....	20
.....	20
5.6. Cultura organizacional.....	20
.....	21
5.7. Política de administración del riesgo.....	21
5.8. Política de administración del riesgo SARLARFT.....	21
5.8.1. Política SARLAF.....	22
5.8.2. Política de Transparencia.....	23
5.9. Código de buen gobierno.....	23
.....	23
6. COMPONENTES DEL PROGRAMA.....	24

VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL CAUCA

**PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y
ÉTICA PÚBLICA**



HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Página 3 de 94

Código SLV-G-78

Versión 1

SLV-GC-01-F01

6.1.	Administración y gestión de riesgo.....	24
6.2.	Medidas de debida diligencia.....	53
6.3.	Redes interinstitucionales y canales de denuncia.....	54
6.3.1.	Correo - Ético.....	54
6.3.2.	Reportes a la Superintendencia Nacional de Salud.....	54
6.3.3.	Canal de Consulta.....	55
6.4.	Transparencia y acceso a la información.....	55
6.5.	Legalidad e integridad.....	57
6.6.	Atención al Ciudadano.....	58
6.7.	Participación ciudadana y rendición de cuentas.....	59
6.8.	Racionalización de trámites.....	61
6.9.	Iniciativas adicionales - Roles y Responsabilidades.....	62
6.9.1.	Compromiso de la Gerencia.....	62
6.9.2.	Representante Legal.....	63
6.9.3.	Junta Directiva.....	63
6.9.4.	Oficial de Cumplimiento.....	64
6.9.5.	Revisor Fiscal.....	65
6.9.6.	Colaboradores – Empleados.....	65
6.9.7.	Clientes.....	66
6.9.8.	Usuario.....	66
6.9.9.	Proveedores.....	66
6.9.10.	Auditoria Interna.....	67
7.	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA.....	67
7.1.	Políticas Generales del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP).....	67
7.1.1.	Conflicto de intereses.....	69
7.1.2.	Política para el otorgamiento y recepción de regalos e invitaciones 69	
7.1.3.	Remuneraciones y pago de comisiones a contratistas y empleados, respecto de negocios o transacciones internacionales.....	70
7.1.4.	Viáticos y gastos de viaje.....	71

VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL CAUCA

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA



HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Página 4 de 94

Código SLV-G-78

Versión 1

SLV-GC-01-F01



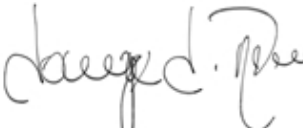

7.1.5.	Política Sobre Donaciones.....	71
7.1.6.	Política sobre interacción con funcionarios o servidores públicos...	71
7.1.7.	Política sobre contratos o acuerdos con terceras personas.....	72
7.1.8.	Política sobre procedimientos de archivo y conservación de documentos.....	72
7.2.	Control y supervisión del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP).....	73
7.3.	Divulgación de las Políticas del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP).....	73
7.4.	Canales de comunicación.....	73
8.	ELEMENTOS DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA	
73		
8.1.	Etapas.....	73
8.2.	Diagnóstico.....	74
8.3.	Identificación.....	74
8.4.	Medición.....	74
8.5.	Control.....	75
8.6.	Apetito de riesgos.....	75
8.7.	Monitoreo.....	75
8.8.	Comunicación.....	75
8.9.	Capacitación.....	76
8.10.	Cronograma.....	76
9.	ACTUALIZACIÓN Y VIGENCIA.....	77
10.	DOCUMENTOS INSTITUCIONALES REFERENTES.....	77

VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

INTRODUCCIÓN

El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., institución prestadora de servicios de salud pública del orden departamental, ubicada al sur de la ciudad de Popayán del departamento del Cauca, referente de servicios complementarios de mediana y alta complejidad, acreditada en salud, certificada en IAMII y con un alto índice de desempeño y gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) que nos ubica en el primer lugar entre entidades del mismo orden a nivel departamental, con reconocimiento en los procesos de innovación y experiencias exitosas.

El Hospital, en busca de mantener control y mitigar los posibles riesgos de Corrupción, opacidad, fraude, lavado de activos, proliferación de armas de destrucción masiva, soborno transnacional, a los que se encuentra expuesto en función de sus actividades, por lo cual en el presente documento se estructura la implementación de un Programa de Transparencia y Ética Empresarial, basado en la normatividad vigente establecida por la Superintendencia Nacional de Salud en las **Circular Externa 055 de 2021, Superintendencia Nacional de Salud**. 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 y **Circular Externa 535 de 2022, Superintendencia Nacional de Salud**. Lineamientos respecto al Programa de

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

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, definiendo los objetivos, alcance, estrategias, mecanismos y actividades para garantizar la transparencia y la gestión del riesgo, **Superintendencia Nacional de Salud**, la primer entidad de Inspección, Control y Vigilancia, en llevar a todos los prestadores de salud el Primer **PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL-PTEE, ordenado por la ley 2195 del 18 de enero del 2022.**

En el presente documento se estructura el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. 2024, definiendo los objetivos, alcance, estrategias, mecanismos y actividades para garantizar la gestión de los riesgos relacionados con: corrupción, fraude, opacidad, lavado de activos (LA), Financiación del Terrorismo (FT), Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (PADM) y fiscales e iniciativas institucionales acordes a lo establecido en las Circulares de la SUPERSALUD y la metodología definida, con el fin de minimizar la probabilidad que a través de sus diferentes actividades.


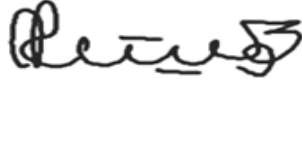
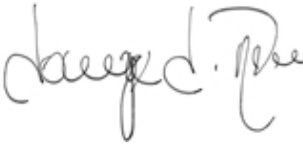

La institución por medio de sus colaboradores, contratistas, administradores o cualquier persona jurídica subordinada, que dé, acepte, ofrezca o prometa a servidor público y/o cualquier persona nacional o extranjera, natural o jurídica, directa o indirectamente, sumas de dinero o cualquier objeto de valor pecuniario u otro beneficio o utilidad, a cambio de que este, realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional. Donde, dichas personas serán sancionadas administrativamente en los términos establecidos por la ley.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Formular y desarrollar lineamientos y estrategias que permitan la prevención y detección oportuna de posibles eventos relacionados con; corrupción, fraude, opacidad, lavado de activos (LA), Financiación del Terrorismo (FT), Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (PADM) y fiscales, para la transparencia en la institución.

1.2. Objetivos Específicos

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL CAUCA

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA



HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Página 7 de 94

Código SLV-G-78

Versión 1

SLV-GC-01-F01

- Gestionar riesgos en el Hospital de posibles actos de corrupción, fraude, opacidad, lavado de activos (LA), Financiación del Terrorismo (FT), Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (PADM) y fiscales, mediante el establecimiento de medidas orientadas a controlarlos.
- Mejorar la calidad y accesibilidad de los usuarios del hospital, a través de la definición y divulgación del portafolio de servicios, la disponibilidad y accesibilidad de la información, el conocimiento de la satisfacción del usuario frente a los servicios prestados, el fortalecimiento de los canales de atención existentes para el mejoramiento de la cultura de servicio al ciudadano
- Fomentar una cultura honesta, integra, legal, correcta, justa, en los colaboradores y directivos, proveedores y usuarios, que permita un servicio transparente e íntegro.

2. ALCANCE

Las medidas, acciones y mecanismos implementados definidos en este programa aplican para el desempeño de las actividades y ejecución de las obligaciones de todos los procesos, actividades, procedimientos, integrantes y grupos de valor del Hospital.

3. REFERENCIA

Constitución Política de Colombia de 1991. Articulado 23, 90, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 183, 184, 209 y 270, en los cuales se consagraron los principios para luchar contra la corrupción administrativa en Colombia, establecieron la participación ciudadana en el control de la gestión pública y estableció la responsabilidad patrimonial de los servidores públicos.

Ley 87 de 1993, por el cual se establece normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.

Ley 526 de 12 Agosto de 1999, Por medio de la Cual se crea la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF: el artículo 1º de la Ley 526 de 1999, señala que las autoridades que ejerzan funciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC), deben instruir a sus vigilados sobre las características, periodicidad y controles en relación con la información que deben reportar a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF), de acuerdo con los criterios e indicaciones que de esta reciban, relacionados con la prevención del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

Ley 599 de 24 de Julio de 2000, por el cual se expide el Código Penal.

Decreto 1497 de 2002 Dispone que las entidades públicas y privadas pertenecientes a sectores diferentes al financiero, asegurador y bursátil, deben reportar operaciones sospechosas (ROS) a la UIAF, cuando dicha unidad lo solicite, en la forma y oportunidad que les señale.

Ley 1121 de 29 de Diciembre de 2006, por la cual se dictan normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la financiación del terrorismo y otras disposiciones.

Ley 1121 de 2006, Instruye las normas para la prevención, detección, investigación y sanción de la Financiación del Terrorismo y otras disposiciones.

Por su parte, el artículo 16 de la Ley 1121 de 2006 modificó el artículo 345 de la Ley 599 de 2000, quedando así:

"Financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas. El que directa o indirectamente provea, recolecte, entregue, reciba, administre, aporte, custodie o

VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

guarde fondos, bienes o recursos, o realice cualquier otro acto que promueva, organice, apoye, mantenga, financie o sostenga económicamente a grupos armados al margen de la ley o a sus integrantes, o a grupos terroristas nacionales o extranjeros, o a terroristas nacionales o extranjeros, o a actividades terroristas, incurrirá en prisión de trece (13) a veintidós (22) años y multa de mil trescientos (1.300) a quince mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes".

Ley 1474 de 12 de Julio de 2011, modificada por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, Por la se establece la implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública.

Ley 1438 de 2011 Introduce un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud y fortalece los recursos de IVC. Asimismo, determina el alcance de la IVC sobre los sujetos vigilados y la forma en que se fortalece dicho mecanismo por parte de la Superintendencia.

Ley 1712 del 06 de marzo 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 dicta otras disposiciones.

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 2573 de 2014. Por el cual se establecen los lineamientos generales de la Estrategia de Gobierno en Línea, se reglamenta parcialmente la Ley 1341 de 2009 y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1083 de 2015. Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el de 2015.

Decreto 612 de 2018. Integración de los planes MIPG en el plan de acción institucional.

Circular Externa 018 de 2015, Superintendencia Nacional de Salud. Grupo de clasificación de instituciones A, B, C1, C2, D1, D2, D3.



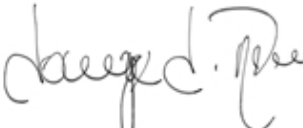

CIRCULAR EXTERNA 009 DE 21 DE ABRIL DE 2016 Supersalud. Por la cual se imparten instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT), emitida por la Superintendencia Nacional de Salud. Eliminar – Derogada.

Circular Externa 007 de 2017, Superintendencia Nacional de Salud. Instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno EPS, EMP y SAP.

Circular Externa 003 de 2018, Superintendencia Nacional de Salud. Instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno IPS- de los grupos C1 y C2.

Resolución 4559 del 2018. Por medio de la cual se adopta el modelo de inspección, vigilancia y control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Código de Buen Gobierno, Para lograr un mayor compromiso y responsabilidad frente a la gestión de riesgos es indispensable la implementación y la ejecución de mejores prácticas organizacionales mediante la formulación, implementación, desarrollo y seguimiento de un Código de Conducta y de Buen Gobierno en cada entidad. Como buenas prácticas para la implementación y fortalecimiento del Gobierno Organizacional y Código de Conducta en las entidades, se debe tener en cuenta las medidas

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL CAUCA

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA



HOSPITAL
Susana López de Valencia

HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Página 9 de 94

Código SLV-G-78

Versión 1

SLV-GC-01-F01

mencionadas en la Circular Externa 003 de 2018 o las que la modifiquen, sustituyan o eliminen para su implementación.

Supersalud 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.

Supersalud Circular externa 2022151000000053-5 de 2022, Lineamientos respecto al Programa de Transparencia y Ética Empresarial, modificando a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejoras prácticas organizacionales – Código de Conducta y Buen Gobierno.

Norma Técnica Colombiana ISO 37001, Sistema de Gestión Antisoborno, requisitos con orientación para su uso.

Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) Noviembre 2022, versión 6.

4. DEFINICIONES

Activo: en el contexto de seguridad digital son elementos tales como aplicaciones de la organización, servicios web, redes, hardware, información física o digital, recurso humano, entre otros, que utiliza la organización para funcionar en el entorno digital.

Activos ilícitos: son aquellos que provienen de cualquiera de los delitos consagrados como tales en las normas penales colombianas, como: extorsión, secuestro, enriquecimiento ilícito, rebelión, testaferrato, tráfico de armas, delitos contra el sistema financiero, la administración pública, o vinculados con el producto de los delitos objeto de un concierto para delinquir, relacionadas con el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

Actuarial: posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a la ocurrencia de diferentes sucesos futuros e inciertos.

Alta Gerencia: personas del más alto nivel jerárquico en el área administrativa del Hospital son las responsables del giro ordinario del negocio de la entidad y encargado de idear, ejecutar y controlar los objetivos y estrategias de la institución.

Administración del riesgo: cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia una efectiva administración de potenciales oportunidades y efectos adverses.

Agentes económicos: son todas las personas naturales o jurídicas que realizan operaciones económicas dentro de un sistema.

Accionistas o Socios: Son aquellas personas que ostentan la titularidad de las cuotas sociales, partes de interés o acciones en una sociedad mercantil.

Amenaza: situación potencial de un incidente no deseado, el cual puede ocasionar daño a un sistema o a una organización.

VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

Apetito al riesgo: magnitud y tipo de riesgo que una organización está dispuesta a buscar o retener.

Autocontrol: Es la voluntad del empresario y los administradores para detectar, controlar y gestionar de manera eficiente y eficaz los riesgos a las que está expuesto su empresa.

Beneficiario final: es toda persona natural o jurídica destinataria de los recursos objeto del contrato o se encuentra autorizada o facultada para disponer de los mismos.

Causa: todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo.

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

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

Consecuencia: los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.

Control: medida que permite reducir o mitigar un riesgo.

Control de riesgo LA/FT: comprende la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras acciones existentes que actúan para minimizar el riesgo de LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realice la empresa.

Colaboradores: personas naturales que prestan al Hospital Susana López de Valencia E.S.E. sus servicios personales mediante un contrato de trabajo.

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



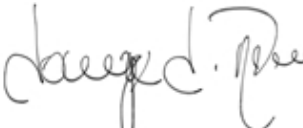

Concusión: Acción realizada por un funcionario público en abuso de su cargo, para inducir a otra persona a dar o prometer a él mismo o a una tercera persona, el pago de dinero u otra utilidad indebida.

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

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

Confidencialidad: propiedad de la información que la hace no disponible, es decir, divulgada a individuos, entidades o procesos no autorizados.

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

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER NÁJERA Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

Clientes/usuarios: toda persona natural o jurídica con la cual el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. establece y mantiene una relación contractual o legal para el suministro de cualquier producto o servicio propio de su actividad.

C/ST: Corrupción y Soborno Transnacional.

Delito: es la acción u omisión descrita en la ley, que acarrea responsabilidad penal al autor y a sus partícipes y por tanto la imposición de una pena.

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

Debida diligencia: proceso continuo por medio del cual las empresas pueden identificar, evaluar, mitigar, prevenir e informar cómo abordan los impactos negativos reales y potenciales de sus actividades, incluidas sus cadenas de suministro y otras relaciones comerciales, como parte integral de los sistemas de toma de decisiones y de manejo de riesgos.

Disponibilidad: propiedad de ser accesible y utilizable a demanda por una entidad.

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

Enriquecimiento ilícito: obtener para sí o para otro un incremento patrimonial no justificado, derivado en una u otra forma de actividades delictivas.

Evento: incidente o situación de LA/FT que ocurre en la organización durante un intervalo particular de tiempo.

Favoritismo: Preferencia dada al "favor" sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante.

Factores de riesgo: son los agentes generadores de riesgo de LA/FT, que aplican de acuerdo con la naturaleza de la actividad del Hospital.



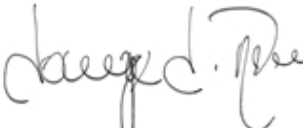

Fraude: Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.

Financiación del terrorismo (FT): es el proceso por medio del cual se obtienen los bienes, recursos o activos de procedencia ilícita o lícita para realizar actividades terroristas. Delito descrito en el artículo 345 del código penal. Apoyo económico a las personas que fomentan actos terroristas, fondeo o inyección de capital.

Frecuencia: número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de un año.

Factibilidad: analizar la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, se trata en este caso de un hecho que no se ha presentado, pero es posible que se dé.

Gestión del riesgo: actividades coordinadas para dirigir y controlar la organización en relación al riesgo.

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL CAUCA

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA



HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Página 12 de 94

Código SLV-G-78

Versión 1

SLV-GC-01-F01

GAFI (Grupo de Acción Financiera): organismo intergubernamental establecido en 1989, cuyo mandato es fijar estándares y promover la implementación efectiva de medidas legales, regulatorias y operativas para combatir el lavado de activos, la financiación del terrorismo y la proliferación y otras amenazas a la integridad del sistema financiero.

GAFILAT (Grupo de Acción Financiera Latinoamericana): es una organización intergubernamental de base regional que agrupa a 16 países de América del Sur, Centroamérica y América de Norte para combatir el lavado de dinero y la financiación del terrorismo.

GRUPO: conjunto de individuos cuyas relaciones mutuas hacen a éstas interdependientes en algún grado significativo. Así definido el término grupo se refiere a una clase de entidades sociales que tienen en común la propiedad de la interdependencia entre sus miembros constitutivos.

Herramientas: son medias que utiliza la empresa para prevenir que se presente el riesgo LA/FT y para detectar operaciones intentadas, inusuales o sospechosas. Dentro de dichas herramientas se pueden mencionar, entre otras, las señales de alerta, indicadores de operaciones inusuales, programas para la administración de riesgos empresariales y hojas electrónicas de control.

Hurto: Delito consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajenas contra la voluntad de su dueño, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro.

Impacto: consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Indicador: comparación entre dos o más tipos de datos que sirve para elaborar una medida cuantitativa o una observación cualitativa.

Información privilegiada: Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público existiendo deber para ello.

Integridad: propiedad de exactitud y completitud.

Intangibles: se consideran intangibles aquellos activos inmateriales que otorgan a la entidad una ventaja competitiva relevante, uno de ellos es la imagen corporativa, reputación o el good will, entre otros.

Jurisdicciones: ciudad o país donde está ubicado el domicilio de las clientes, o el lugar de donde provienen o terminan sus recursos financieros.

Lavado de activos (LA): son todas las acciones para dar apariencia de legalidad a recursos de origen ilícito con el fin de introducirlos en la economía a través del sector real o el sector financiero. En la mayoría de los países del mundo esta conducta es considerada delito y también se conoce como lavado de dinero, blanqueo de capitales, legitimación de capitales, entre otros. Delito que comete toda persona que busca dar apariencia de legalidad a bienes o dinero provenientes de alguna de las actividades descritas en el artículo 323 del Código Penal.

Listas restrictivas (nacionales e internacionales): Relación de personas y empresas que de acuerdo con el organismo que las publica pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o de financiación del terrorismo, como lo son las listas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, que son vinculantes para Colombia. Son listas de control que alertan sobre la presencia de un evento de riesgo relacionado con el registro de personas naturales o jurídicas que han sido vinculadas o condenadas por estar relacionadas con situaciones o procesos judiciales que tienen que ver con el lavado de activos o la financiación del terrorismo, o delitos conexos a los

VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ	JORGE JAVIER ÑAÑEZ	JORGE JAVIER ÑAÑEZ	EDGAR EDUARDO VILLA
Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

mencionados. Adicionalmente pueden ser consultadas las listas OFAC, INTERPOL, Policía Nacional, entre otras.

Monitoreo: Es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y eficacia de una política o de un proceso, mediante la identificación de sus logros y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados.

Omisión de denuncia: consiste en tener conocimiento de la comisión de los delitos señalados en el artículo 441 del código penal y no denunciarlos ante las autoridades competentes.

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

Operación sospechosa: son sospechosas aquellas operaciones o transacciones que por su cuantía, características o por la cantidad de transacciones realizadas no guardan relación con la actividad económica del cliente, que no se enmarcan dentro de los sistemas y prácticas normales de los negocios, de una industria o de un sector determinando rangos de mercado; que sus particularidades pueden conducir razonablemente a sospechar que se está usando la operación financiera para ocultar, transferir, invertir o asegurar recursos provenientes de actividades ilícitas, además, que de acuerdo con los usos y costumbres de la actividad que se trate, no ha podido ser razonablemente justificada.

Oficial de Cumplimiento: es aquella persona designada por el Representante Legal del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., es quien tiene la responsabilidad de dirigir la aplicación de las medidas de prevención y detección de posibles operaciones de lavado de activos y financiación del terrorismo, mantener una base sólida de información y un control adecuado sobre las transacciones que realiza la organización y de verificar el adecuado y oportuno cumplimiento de las normas sobre LA/FT emitidas por los entes de vigilancia y control, o por otras entidades, organismos o autoridades del estado competentes, razón por la cual para la asumir sus responsabilidades, esta persona debe contar con el apoyo de la alta gerencia.


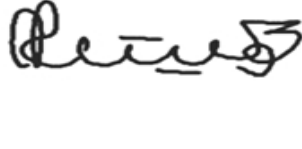
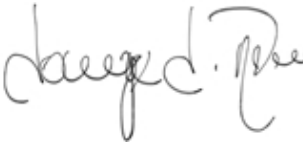

Paraísos Fiscales: lugares geográficos que por sus condiciones especiales se consolidan como centros atractivos de lavado de activos. Sus principales características son: estricta reserva bancaria, laxas políticas tributarias, bajos impuestos, facilitan la conformación de sociedades de papel, permiten la existencia de cuentas numeradas o bajo seudónimos, permiten el funcionamiento de sociedades off-shore (fuera de tierra).

Patrimonio: Conjunto de bienes propios de una persona o de una institución, susceptibles de estimación económica.

Peculado: Conducta en la que incurren los servidores públicos cuando se apropian o usan indebidamente de los bienes del Estado en provecho suyo o de un tercero y cuando dan o permiten una aplicación diferente a la prevista en la Constitución o en las leyes a tales bienes, a las empresas o instituciones en que se tenga parte, a los fondos parafiscales y a los bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones.

PEPS: Personas Expuestas Públicamente: personas nacionales o extranjeras que por su perfil o por las funciones que desempeñan pueden exponer en mayor grado al Hospital Susana López de Valencia E.S.E., al riesgo de LA/FT, tales como: personas que por razón de su cargo manejan recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre estos o gozan de reconocimiento público.

Pérdida: Cuantificación económica que representa la materialización de un evento de Riesgo Operacional, donde se incluyen los gastos derivados de su atención.

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL CAUCA

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA



HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Página 14 de 94

Código SLV-G-78

Versión 1

SLV-GC-01-F01

Piratería: Obtención o modificación de información de otros, sin la debida autorización, ya sea una página web, una línea telefónica, computador o cualquier Sistema informático de una entidad.

Políticas: son los lineamientos, orientaciones o aspectos que fundamentan la prevención y el control del riesgo de LA/FT. Deben hacer parte del proceso de gestión de riesgo de LA/FT.

Practica Insegura: es la realización de operaciones sin el cumplimiento y la observancia de las normas legales y disposiciones especiales dictadas por los Organismos de Control del Estado, en especial sin cumplir con la debida diligencia en el proceso de conocimiento del cliente.

Prevaricato: Acción de un juez, autoridad o servidor público que dicta una resolución injusta a sabiendas de que va en contra de la ley. Esta acción viola el deber de imparcialidad y objetividad que se espera de los funcionarios públicos encargados de administrar justicia.

Prevaricato por acción: Actuación voluntaria de un funcionario público para proferir resolución, dictamen y/o conceptos contrarios a la ley.

Prevaricato por omisión: actuación voluntaria de un funcionario público para dejar de ejecutar o cumplir con un acto propio de sus funciones.

Probabilidad: posibilidad de ocurrencia del riesgo. Esta puede ser medida con criterios de frecuencia o factibilidad.

Reportes externos: son los reportes obligatorios (ROS), que deben hacer las organizaciones ante la UIAF, esto es, ROS (negativos o positivos) y transacciones en efectivo (negativas y positivas).

Reportes internos: son aquellos que se manejan al interior del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. y deben ser efectuados por escrito mediante correo electrónico y con carácter confidencial, por cualquier colaborador que tenga conocimiento de una posible operación inusual, dirigido al oficial de cumplimiento.

Riesgo: efecto de la incertidumbre sobre los objetivos.

Riesgo de corrupción: posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

Riesgo fiscal: efecto dañoso sobre recursos públicos o bienes o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un evento potencial.

Riesgo Inherente: nivel de riesgo propio de la actividad. El resultado de combinar la probabilidad con el impacto nos permite determinar el nivel del riesgo inherente, dentro de unas escalas de severidad.

Riesgo Residual: el resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.

Riesgo de LA/FT: es el posible un impacto negativo, la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., por su propensión a ser utilizado directamente o a través de sus operaciones para la comisión de delitos por parte de usuarios o clientes, y como instrumento para el lavado de activos y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas, o cuando se pretenda el ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades. También se derivan riesgos por el hecho de no efectuar los reportes correspondientes ante la UIAF.

SARLAFT: Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo, el cual se instrumenta a través de etapas y elementos interrelacionados de forma organizada y metódica.

SARC Sistema de Administración de Riesgo de Crédito

VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ	EDGAR EDUARDO VILLA
Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

SARO: Sistema de Administración del Riesgo Operativo

SARM Sistema de Administración del Riesgo de Mercado

SARL: Sistema de Administración de Riesgo de Liquidez

Soborno: Ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control.

Soborno transnacional: El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional.

Segmentación: es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos homogéneos al interior de ellos y heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación). Se aplica a clientes, y usuarios.

Señales de alerta: son circunstancias particulares relacionadas con el proceso de los actos propios advertidas al interior del Hospital y que puede ameritar un reporte ante la UIAF. Son hechos, situaciones, eventos, cuantías y demás información que el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. como relevantes, a partir de los cuales se puede inferir la posible existencia de un hecho o situación que escapa a lo que en el desarrollo de la prevención y control del riesgo de LA/ FT, se ha determinado como normal.

Servicio: son todas aquellas interacciones de las entidades sometidas a inspección y vigilancia de la Superintendencia con personas diferentes a sus clientes.

SIREL: Sistema de reporte en línea de la UIAF


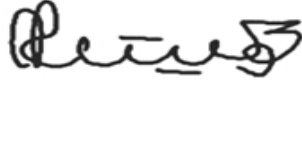
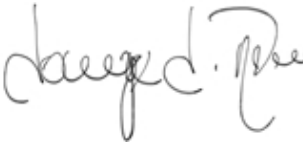

Subsistema de administración del riesgo de corrupción, la opacidad y el fraude - SICOF: Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social u órgano equivalente, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad razonable.

Tráfico de influencias: Utilización indebida, en provecho propio o de un tercero, de influencias derivadas del ejercicio del cargo público o de la función pública, con el fin de obtener cualquier beneficio de parte de servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer. Incluye el ejercicio indebido de influencias por parte de un particular sobre un servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico.

Testaferro: Persona que presta su nombre para figurar como titular en un negocio o asunto jurídico ajenos.

Unidad de Información y Análisis Financiero UIAF: es una unidad administrativa especial, de carácter técnico, adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, creada por la Ley 526 de 1999, modificada por la Ley 1121 de 2006, que tiene por objetivo la prevención y detección de operaciones que puedan ser utilizadas para el lavado de activos y la financiación del terrorismo. Así mismo, impone obligaciones de reporte de operaciones a determinados sectores económicos.

Usuario: Son aquellas personas naturales o jurídicas a las que, sin ser clientes, la entidad les presta un servicio.

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ	JORGE JAVIER ÑAÑEZ	EDGAR EDUARDO VILLA	
Elaboró	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia	
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL CAUCA

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA



HOSPITAL
Susana López de Valencia

HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Página 16 de 94

Código SLV-G-78

Versión 1

SLV-GC-01-F01

Vandalismo: Acciones físicas que atenten contra la integridad de los elementos informáticos, la infraestructura, entre otros, cuya finalidad es causar un perjuicio, por ejemplo, la paralización de las actividades, como medio de extorsión o cualquier otro.

Vulnerabilidad: representan la debilidad de un activo o de un control que puede ser explotada por una o más amenazas.

5. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DEL HOSPITAL

5.1. Misión y Visión



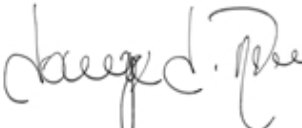



VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER NAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



5.2. Objetivos estratégicos



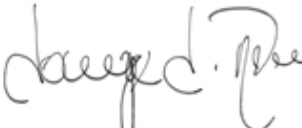



			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ	JORGE JAVIER ÑAÑEZ	EDGAR EDUARDO VILLA	
Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

5.3. Código de integridad



5.4. Estructura Orgánica

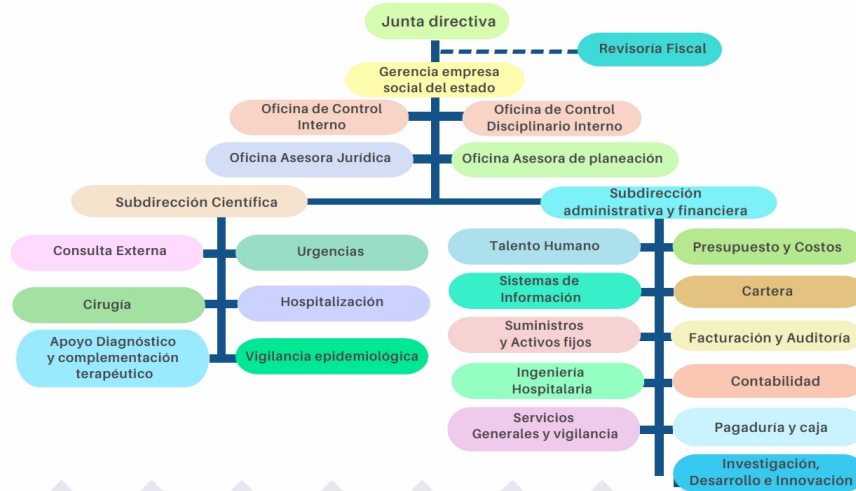
			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ	JORGE JAVIER NÁJUEZ	JORGE JAVIER NÁJUEZ	EDGAR EDUARDO VILLA
Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



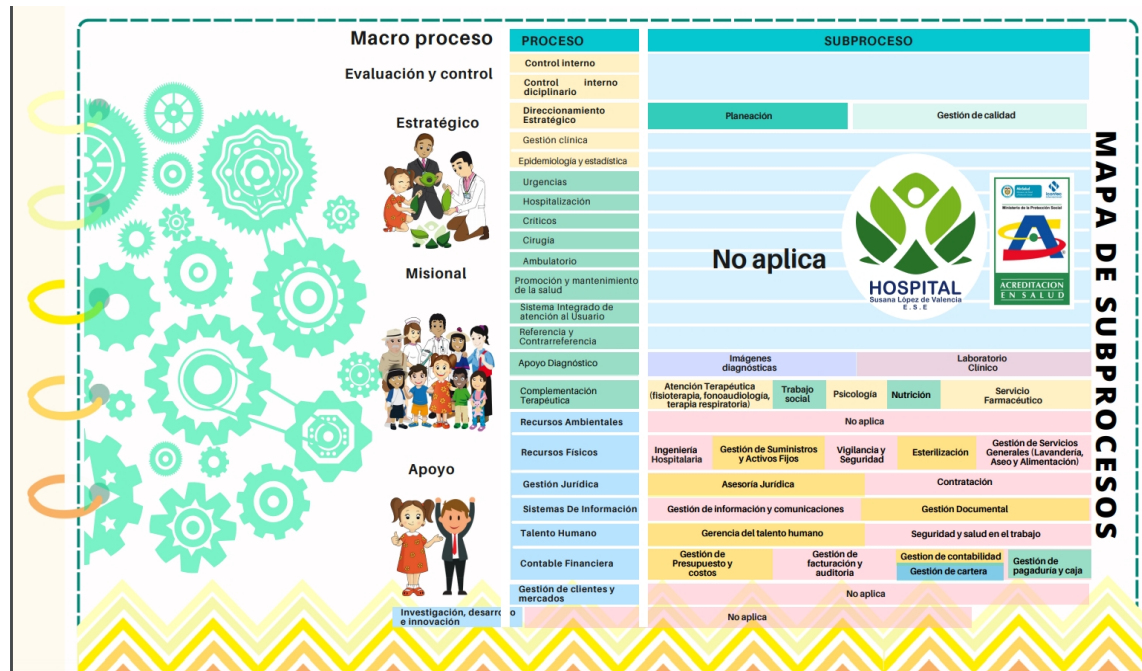
Libertad y Orden



ESTRUCTURA ORGÁNICA



5.5. Modelo de Proceso



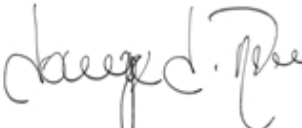



VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER NÁJUEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

5.6. Cultura organizacional



5.7. Política de administración del riesgo

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER NÁJUEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



Libertad y Orden



5.8. Política de administración del riesgo SARLARFT

El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., cuenta con la Política SARLAFT código SLV-G-74 y el Manual SARLAFT SLV-GC-49 que fueron proyectados y actualizados de acuerdo a la **Circular Externa 055 de 2021, Superintendencia Nacional de Salud**. 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, y **Circular Externa 535 de 2022, Superintendencia Nacional de Salud**. 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; como también cuenta con la Política Administración del Riesgos código SLV-G-19 y el procedimiento SLV-GC-34, identificación, elaboración, valoración, tratamiento de los riesgos gestión, corrupción, seguridad digital y fuga de capital, que fueron actualizados conforme la guía versión 5 de diciembre de 2020, para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas expedido por la Función Pública.

5.8.1. Política SARLAF

VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

POLÍTICA DE SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (PSARLAFT)

OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para realizar una adecuada administración de los riesgos de la entidad relacionados con Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) aplicando lo normativo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud y poder cumplir los objetivos institucionales, dando tratamiento eficaz y efectivo.

Línea de Acción



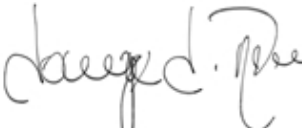

Establecemos el contexto, identificamos, valoramos, tratamos y monitoreamos, los riesgos relacionados con el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT).





Con el fin de dar una adecuada gestión a los riesgos SARLAFT, cuya posible ocurrencia constituye una amenaza para Hospital y para el país, se han creado leyes y normas a nivel internacional y nacional que dictaminan los parámetros generales para la administración del riesgo frente a estos flagelos; buscando mitigar la ocurrencia de estas actividades delictivas la Organización genera el Programa de Transparencia y Ética Empresarial sugerido por La Superintendencia Nacional de Salud mediante CE. 2022151000000053-5 de 2022 y demás normas que lo complementen o adicionen.

5.8.2. Política de Transparencia

Así mismo, se ha establecido una política de transparencia que promueve la generación y entrega de información pública, rendición de cuentas, con la participación ciudadana, aplicando nuestros principios y valores como medio para prevenir la corrupción.

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ	EDGAR EDUARDO VILLA	
Elaboró	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia	
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



POLÍTICA DE TRANSPARENCIA (PT)

LÍNEAS DE ACCIÓN

1. Generar y entregar información pública
2. Rendimos cuentas por procesos y a la comunidad
3. Promovemos la participación ciudadana
4. Aplicamos nuestros principios y valores como medio para prevenir la corrupción



5.9. Código de buen gobierno




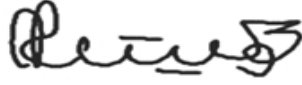


CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO

Se establecen los compromisos de la alta dirección con las partes interesadas, buscando alinear sus actuaciones para el bienestar de la sociedad, en el marco de la integridad, efectividad y transparencia.

6. COMPONENTES DEL PROGRAMA

6.1. Administración y gestión de riesgo.

Se realizó la identificación y actualización para la articulación de los riesgos de corrupción, fraude, opacidad, lavado de activos (LA), Financiación del Terrorismo (FT), Proliferación de Armas de

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER NAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

Destrucción Masiva (PADM) y fiscales, los cuales fueron consolidados en un mapa de riesgos (matriz), actividad participativa en conjunto con los líderes de procesos, sub procesos como la Subdirección Administrativa y Científica, la Oficina Asesora de Planeación y Calidad y la ciudadanía.

Con la información obtenida se planteó la matriz de riesgos, donde se identifican y consolidan 42 riesgos Institucionales y 118 actividades de control.

Dentro del proceso participativo, se realizó consulta a la comunidad a través de las siguientes preguntas:

¿Cuáles son los posibles riesgos de corrupción, fraude, opacidad, lavado de activos (LA), Financiación del Terrorismo (FT), Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (PADM) y fiscales, que usted considera que se pueden presentar en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., obteniendo, como resultado:

- Testaferato
- Trafico de influencias
- contratación de insumos
- Uso de poder

¿Reconoce alguna de las siguientes causas de posibles hechos de corrupción, lavado de activos y financiación del terrorismo?

- El beneficio privado
- Tráfico de influencias



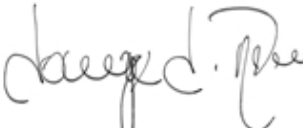

¿Cuáles son los controles que usted cree que se deberían implementar para minimizar los posibles riesgos que se puedan presentar en el Hospital?

- Conocimiento de los usuarios y clientes con diligenciamientos de formatos
- Revisar listas restrictivas
- Fomentar los valores institucionales

Con la información obtenida, se hizo revisión de la matriz de riesgos consultada, encontrando así, que los riesgos y controles identificados por las personas durante la consulta, se encuentra incluidos.

El proceso de formulación del mapa de riesgo del programa de transparencia y ética pública, incluyó:

- Identificación de los riesgos, los cuales se presentan por: acción u omisión, uso del poder, desviación de la gestión de lo público, el beneficio privado.
- Determinación de las causas existentes dentro de los contextos interno, externo y de proceso.
- Valoración del riesgo mediante la calificación los criterios de probabilidad (posibilidad de ocurrencia del riesgo), consecuencia e impacto, los cuales se examinaron en una matriz de calor para dar la priorización de riesgo y determinar el nivel de complejidad del mismo para reducir, evitar,

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER NÁJERA Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL CAUCA

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA



HOSPITAL
Susana López de Valencia

HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Página 25 de 94

Código SLV-G-78

Versión 1

SLV-GC-01-F01

mitigar, compartir, aceptar o transferir. Es importante resaltar que se tuvo en cuenta la Frecuencia como criterio de la valoración del riesgo conforme la guía versión N° 5, y que se relaciona con la ejecución de la actividad de la cual proviene el riesgo de corrupción es decir el número de veces que realiza la actividad expuesta al riesgo.

- Se realizó la definición de, los controles preventivos, detectivos y correctivos si es necesarios, que mitigarán de manera adecuada el riesgo definido, el responsable de llevar a cabo la actividad de control, la periodicidad para su ejecución, el propósito del control y el cómo se realiza la actividad de control.

Para el año 2024 en concordancia con la cultura de autocontrol los responsables de los procesos, en conjunto con sus equipos de trabajo, monitorearán y evaluarán periódicamente el mapa de riesgos y si es necesario los ajustarán haciendo públicos los cambios.


El Seguimiento y evaluación del Mapa de Riesgos del Programa de Transparencia y Ética Pública, será realizado cada cuatro meses por la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces con el apoyo de la Oficina Asesora Jurídica, El Oficial de Cumplimiento y Revisor Fiscal, analizando las causas, los riesgos y controles; las fechas de seguimiento serán:



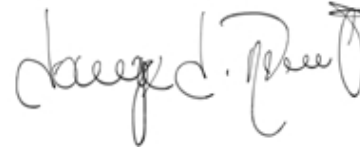

✓ **Primer seguimiento:** con corte al 30 de abril. En esa medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de mayo.


✓ **Segundo seguimiento:** con corte al 31 de agosto. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de septiembre.



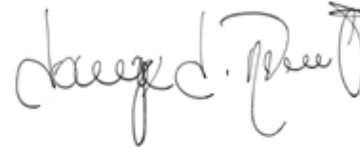

✓ **Tercer seguimiento:** con corte al 31 de diciembre. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días del mes de enero.


VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



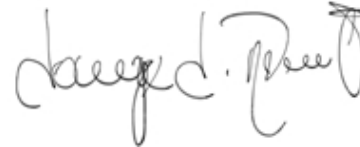

												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.			
REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												VALENCIA E.S.E.			
MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01			
MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1			
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción		
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
1	Talento Humano	Gerencia del Talento Humano	4. Ser referentes de experiencias exitosas y buenas prácticas en salud	1). Controles deficientes de verificación. 3). Recibir y/o pedir dádivas. 4). Trafico de influencias (Amiguismo y/o clientelismo). 5). Acción u omisión. 6). Abuso de la condición de servidor público a través de la solicitud de dadivas. 7). Chantaje o presión política.	Posibilidad de nombramient o y/o contratación de personal, sin el debido cumplimiento de los requisitos	Fraude Interno	160	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	4	1) Revisar y evaluar las hojas de vida con respecto a los requisitos establecidos en el manual de funciones o frente a los requisitos establecidos en los términos de referencia. 2) Verificar las hojas de vida presentada por los aspirantes de acuerdo a la lista de chequeo. 3). realizar evaluaciones de desempeño y por competencias. 4) Informe de bienestar.	1) Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control. 2) Personal no idóneo para el desempeño de sus funciones. 3). Detrimento patrimonial. 4). Reprocesos.	1). Relación de nombramientos y contratos para el periodo.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ	JORGE JAVIER ÑAÑEZ	EDGAR EDUARDO VILLA	
Elaboró	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia	
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



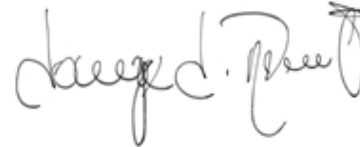

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024		Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
2	Talento Humano	Gerencia del Talento Humano	4. Ser referentes de experiencias exitosas y buenas prácticas en salud	1). Controles deficientes de validación. 2). Falta de ética del funcionario encargado de la verificación. 3). Recibir y/o pedir dádivas. 4). Acción u omisión. 5). Desviar la gestión de lo público.	Posibilidad de pago nominal indebido	Fraude Interno	123	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	4	1). Elaborar la nómina acorde a las novedades enviadas por las subdirecciones. 2). Revisar la nómina por parte del profesionales de talento humano y/o encargado. 3). Revisar la nómina por parte de la subdirección administrativa. 4). Aprobar la nómina por parte de gerencia.	1) Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control. 2) Detrimento patrimonial.	1). Planillas de nómina con vb por parte de gerencia con el visto bueno de la profesional de talento humano y subdirección administrativa. 2). Reporte de novedades de periodos anteriores para los casos que aplique.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación: 31/01/2024		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



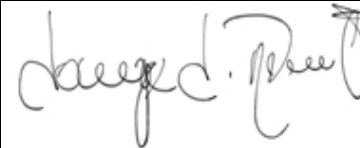

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.											
MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024																								Código: SLV-GC-34-F01											
MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA																								Versión : 1											
Identificación del Riesgo												Análisis del Riesgo Inherente						Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles						Plan de Acción											
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias																				
3	Talento Humano	Gerencia del Talento Humano	3. Generar innovación y gestión del conocimiento	1). Recibir y/o pedir dádivas.2). Falsedad información suministrada.3). Falta de ética del funcionario encargado de realizar trámite.	Posibilidad de omitir o suprimir información y/o pruebas para el trámite de quejas, procesos disciplinarios, toma de decisiones (Falsedad en la información)	Fraude Interno	50	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	2	1). Socializar el manual de ética y buen gobierno.2). Realizar seguimiento a los procesos disciplinarios.	1). Investigaciones disciplinaria por los entes de control. 2). Pérdida de la imagen institucional.3). Sanciones.4). Detrimento patrimonial.	1). Listas de asistencia socialización Código de integridad.2). Informe procesos disciplinarios abiertos.																				


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación: 31/01/2024		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



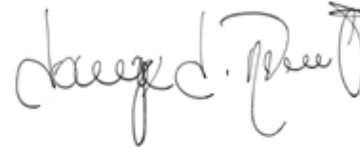

	REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01		
	MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1		
	Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
4	Talento Humano	Gerencia del Talento Humano	3. Generar innovación y gestión del conocimiento	1. Cronograma normativo de pagos desactualizado. 2. Cobro de vigencias anteriores. 3. Omisión	Posibilidad de consignación inoportuna de cesantías, liquidaciones, primas	Daños Activos Físicos	1000	Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	3	1. Realizar cronograma de pagos. 2. Realizar liquidación de cesantía e interés. 3. Realizar certificado de pago.	1. Efecto dañoso sobre bienes, recursos y patrimonio público. 2. Sanciones.	1. Cronograma anual de contabilidad. 2. Listado de liquidación de cesantías y prima. 3. Certificado de pagos.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación: 31/01/2024		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



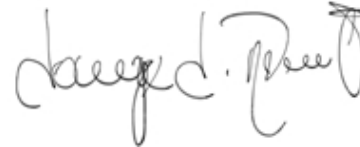

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción											
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias										
5	Sistemas de Información	Gestión de Información y Comunicaciones	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Recibir y/o pedir dádivas. 2). Manejo inadecuado de los documentos del Sistema Integrado de Gestión por parte de funcionarios para beneficio de un tercero.	Posibilidad de manipular, eliminar, encubrir y/u ocultar información de base de datos y archivos digitales	Fraude Interno	365	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	2	1). Realizar sesiones breves sobre la política de seguridad de la información. 2). Asignar roles y permisos a usuario.	1). Apertura de procesos disciplinarios a funcionarios. 2). Apertura de investigaciones de entes de control. 3). Pérdida de credibilidad del sistema integral de gestión y de la Entidad. 4). La alta dirección no cuente con la información real para la toma de decisiones.	1). Informe de sesiones breves y listas de asistencias sobre política de seguridad de la información. 2). Relación de los roles y permisos asignados en el periodo. 3). Lista de la revisiones periódicas realizadas en los procesos.										


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



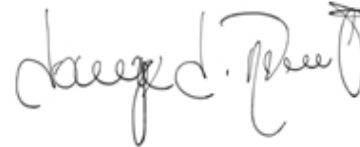

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.													
MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024																								Código: SLV-GC-34-F01													
MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA																								Versión : 1													
Identificación del Riesgo												Análisis del Riesgo Inherente						Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles						Plan de Acción													
Ítem		Proceso		Subproceso		Objetivo Estratégico		Causas Raíz		Descripción del Riesgo		Clasificación del Riesgo		Frecuencia		Probabilidad Inherente		Criterios de impacto		Impacto Inherente		Zona de Riesgo Inherente		No. Control		Descripción del Control				Consecuencias				Evidencias			
6		Sistemas de Información		Gestión de Información y Comunicaciones		1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia		1). Recibir y/o pedir dádivas. 2). Conocimiento y aplicación deficiente de protocolos de manejo de información.		Posibilidad de entregar información no autorizada		Fraude Interno		365		Media		Mayor a 500 SMLMV		Catastrófico		Extremo		3		1). Restricción de permisos para la impresiones, exportación y puertos de USB. 2). Control de acceso a carpetas compartidas. 3). Asignación de roles de permiso y de usuario.				1). Apertura de procesos disciplinarios a los funcionarios. 2). Apertura de investigaciones de entes de control. 3). Pérdida de credibilidad interna y externamente.				1). Informe de políticas de dominio establecidas en los servidores. 2). Relación de los roles y permisos asignados en el periodo.			


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación: 31/01/2024		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	





												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.											
MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024																								Código: SLV-GC-34-F01											
MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA																								Versión : 1											
Identificación del Riesgo												Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles				Plan de Acción															
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias																				
7	Recurso Físicos	Gestión de Suministros y Activos Fijos	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Recibir y/o pedir dádivas. 2). Amiguismo y clientelismo para la disposición. 3). Sistemas de seguridad deficientes.	Posibilidad de hurto y/o uso indebido de bienes asignados y/o elementos entregados	Fraude Interno	16000	Muy Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	4	1). Formato de solicitud de pedidos. 2). Órdenes de despacho sistematizadas. 3). Inventario de bienes. 4). Aplicación de rutas de traslado de bienes.	1). Detrimento Patrimonial. 2). Pérdida de imagen y de credibilidad por parte de sus clientes externos e internos. 3). Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control.	1). Formato para control de pedidos diligenciado. 2). Ordenes de despacho debidamente firmada por el funcionario que recibe. 3). Informe de inventario físico realizado. 4). Inventarios aleatorios realizados por el sub proceso de activos fijos y control interno.																				


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



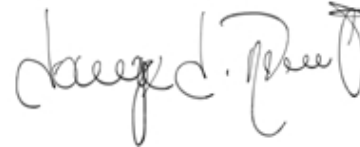

												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.			
REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												VALENCIA E.S.E.			
MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01			
MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1			
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción		
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
8	Recurso Físicos	Gestión de Suministros y Activos Fijos	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Uso indebido y destinación a los bienes diferente a lo establecido en el acto administrativo de baja de bienes en la disposición final. 2). Recibir y/o pedir dádivas. 3). Inadecuada clasificación de los activos.	Posibilidad de baja inadecuada de activos fijos	Fraude Interno	16000	Muy Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	3	1). Verificar los conceptos técnicos de Ingeniería Biomédica y Sistemas de Información. 2). Acta de inspección ocular de los elementos a dar de baja. 3). Aprobación de bajas de Activos Fijos mediante acto administrativo especificando disposición final.	1). Detrimento Patrimonial. 2). Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control. 3). Sobrecostos. 4). Reprocesos administrativos y asistenciales	1). Manual para el manejo administrativo de los bienes muebles de propiedad del Hospital actualizado. 2). Acto administrativo de baja de activos y documentos que soportan la baja (conceptos técnicos, acta de inspección, recibo de venta de activos). 3). Inventario de activos de la institución. 4). Inventarios aleatorios en cada


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ	JORGE JAVIER ÑAÑEZ	JORGE JAVIER ÑAÑEZ	EDGAR EDUARDO VILLA
Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



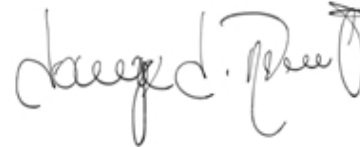

	REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA											HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.			
	MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024											Código: SLV-GC-34-F01			
	MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA											Versión : 1			
	Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
															proceso.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



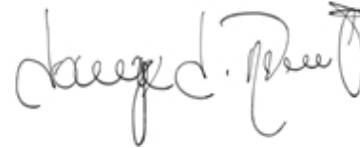

												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.			
REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												Código: SLV-GC-34-F01			
MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Versión : 1			
MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA															
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción		
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
9	Recurso Físicos	Ingeniería Hospitalaria	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Controles deficientes en los requisitos técnicos. 2). Direccionamiento de la adquisición y/o contratación. 3). Recibir y/o pedir dádivas. 4). Amiguismo y clientelismo.	Posibilidad de adquisición de tecnología inapropiada o con sobrecostos	Fraude Interno	100	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	3	1). Estudios de necesidad sujetos al acuerdo de contratación de la Institución. 2). Formulación de especificaciones técnicas concertadas y de acuerdo a las necesidades de los servicios. 3). Implantación del procedimiento de adquisición de tecnología y evaluación de tecnología	1). Inadecuado Funcionamiento de los equipos biomédicos. 2). Acto inseguro en la Seguridad del Paciente. 3). Sobrecostos por Mantenimientos Correctivos. 4). Detrimento patrimonial por adquisición de equipos médicos de baja calidad. 5). Disminución de la credibilidad y confianza en la tecnología biomédica de la Institución. 6). Reprocesos en las actividades programadas.	1). Aplicación de la guía de adquisición y evaluación de tecnología.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



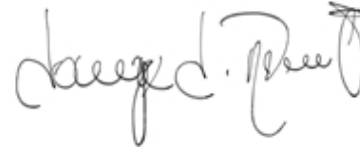

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024		Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
10	Gestión Jurídica	Contratación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Desconocimiento y falta de experticia de los procedimientos. 2). Favorecimiento a proponentes a través del direccionamiento del proceso de selección, mediante la incorporación de requisitos que desconocen el principio de selección objetiva y la igualdad de los proponentes. 3). Recibir y/o pedir dádivas. 4). Amiguismo y/o clientelismo.	Posibilidad de selección y/o adjudicación contractual inapropiada o con vicios legales	Fraude Interno	500	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	3	1). Estudiar la necesidades sujetos al acuerdo de contratación de la Institución. 2). Formular las especificaciones técnicas concertadas y de acuerdo a las necesidades de los servicios. 3). Implementar la guía de evaluación de aspectos técnicos para la adquisición de tecnología.	1). Detrimento patrimonial. 2). Tipificación de delitos contra la administración pública que conlleva responsabilidad penal. 3). Posible responsabilidad fiscal y disciplinaria. 4). Alta probabilidad de incumplimiento contractual.	1). Lista de chequeo contractual.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



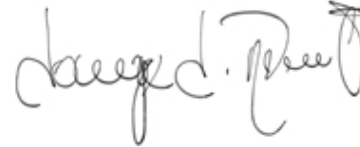

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024		Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
11	Gestión Jurídica	Contratación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Falta de ética profesional.2). Recibir y/o pedir dádivas.3). Amiguismo y/o clientelismo.	Posibilidad de suscripción de contratos, sin el cumplimiento de requisitos legales	Fraude Interno	500	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	2	1). Verificar los documentos soporte de la contratación, contra la lista de chequeo respectiva para todas las modalidades de contratación.2). Verificar la información documental aportada, convalidando la información que presente algún tipo de duda con la entidad emisora.	1). Posible incursión en delitos penales.2). Incumplimiento en la calidad de la actividad a realizar teniendo en cuenta que no se cuenta con los requisitos exigidos.3). Pérdida de imagen y de credibilidad por parte de sus clientes externos e internos. 4). Detrimiento patrimonial.	1). Lista de chequeo y/o Acta del Comité Evaluador.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



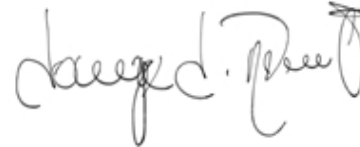

													REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024															Código: SLV-GC-34-F01	
MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA															Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción		
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias	
12	Gestión Jurídica	Contratación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Interés del funcionario en recibir beneficio económico. 2). Falta de ética, constreñimiento. 3). Recibir y/o pedir dádivas.	Posibilidad de ejecución incorrecta de contratos	Fraude Interno	500	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1	1). Verificar el contrato en el cumplimiento de las actividades y/o productos a entregar por el supervisor.	1). Detrimento Patrimonial. 2). Pérdida de imagen y de credibilidad por parte de sus clientes externos e internos. 3). Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control. 4). Apropiación o mala destinación de los recursos públicos.	1). Relación del listado de los informes de supervisión cargados en la plataforma SECOP II por cada supervisor de contrato.	


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación: 31/01/2024		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



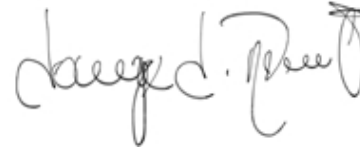

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción											
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias										
13	Gestión Jurídica	Contratación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Falta de ética, constreñimiento. 2). Recibir y/o pedir dádivas. 3). Amiguismo y/o clientelismo.	Posibilidad de selección inapropiada de contratistas	Fraude Interno	500	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	2	1). Verificar los documentos soporte de la contratación, contra la lista de chequeo respectiva para todas las modalidades de contratación. 2). Verificar la información documental aportada, convalidando la información que presente algún tipo de duda con la entidad emisora.	1). Detrimiento Patrimonial. 2). Pérdida de imagen y de credibilidad por parte de sus clientes externos e internos. 3). Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control. 4). Incumplimiento del contrato. 5). Apropiación o mala destinación de los recursos públicos.	1). lista de chequeo y/o Acta del Comité Evaluador.										


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



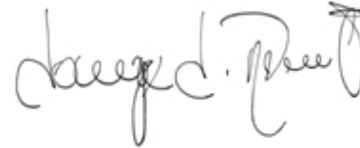

													REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
													MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024		Código: SLV-GC-34-F01	
													MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción		
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias	
14	Gestión Jurídica	Asesoría Jurídica	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Falta de capacitación y/o conocimiento. 2). Controles deficientes en los procesos disciplinarios, por acción y/o omisión. 3). Propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo. 4). Recibir y/o pedir dádivas. 5). Amiguismo y/o clientelismo. 6). Falta de seguimiento a los procesos judiciales.	Posibilidad de dilación y seguimiento de los procesos judiciales y disciplinarios	Fallas Tecnológicas	120	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	1	1). Revisar continuamente la base de datos y el estado de cada proceso tanto en la página web de la Rama Judicial como en los mismos despachos judiciales y siglo XXI.	1). Investigaciones y sanciones por parte de los entes de control. 2). Detrimiento Patrimonial. 3). No se pueda ejercer la Defensa de la entidad en su debida forma. 4). Pérdida de credibilidad.	1). Presentación de informes a la entidad por parte de los apoderados.	


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



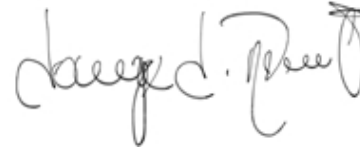

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.							
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01							
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1							
												Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles				Plan de Acción			
Ítem		Proceso		Subproceso		Objetivo Estratégico		Causas Raíz		Descripción del Riesgo		Clasificación del Riesgo		Frecuencia		Probabilidad Inherente		Criterios de impacto		Impacto Inherente		Zona de Riesgo Inherente		No. Control		Descripción del Control		Consecuencias		Evidencias	
15		Gestión Jurídica		Asesoría Jurídica		1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia		1. Cronograma normativo de pagos desactualizado. 2. Omisión.		Posibilidad de pago inoportuno de las sentencias judiciales ejecutoriadas		Daños Activos Físicos		150		Media		Mayor a 500 SMLMV		Catastrófico		Extremo		3		1. Realizar Informe de sentencias en contra del Hospital. 2. Realizar relación de acuerdo de pagos. 3. Realizar tramite oportuno a los requerimientos y verifica los términos de acuerdo con los lineamientos y la normatividad vigente.		1. Efecto dañoso sobre bienes, recursos y patrimonio público. 2. Sanciones.		1. Cronograma de pagos. 2. Relación de certificado de pagos.	


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



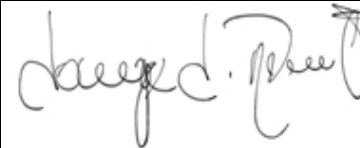

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024		Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
16	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Presupuesto	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Falta de ética del funcionario. 2). Controles de validación deficientes. 3). Recibir y/o pedir dádivas.	Posibilidad de ocultamiento de información de saldo presupuestal	Fraude Interno	365	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	3	1). Controlar los saldos y de fechas por medio del aplicativo dinámica gerencial. 2). Auditar por parte de Control Interno. 3). Registrar los movimientos en los libros auxiliares de presupuesto.	1). Credibilidad, transparencia, confianza y cumplimiento de las funciones. 2). Investigaciones por parte de los entes de control. 3). Detrimento patrimonial.	1). Conciliaciones entre Contabilidad, facturación y Presupuesto. 2). Resoluciones y/o acuerdos a Modificaciones al Presupuesto.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



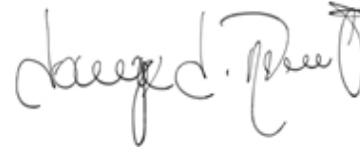

	REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01		
	MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1		
	Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
17	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Presupuesto	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Interés personal. 2). Falta de ética profesional. 3). Recibir y/o pedir dádivas. 4). Amiguismo y clientelismo. 5). Desviar la gestión de lo público.	Posibilidad de modificación de la información presupuestal	Daños Activos Físicos	365	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	2	1). Modificaciones aprobadas por CONFIS, Junta Directiva o la gerencia según el caso. 2). Conciliación de información.	1). Apertura de procesos disciplinarios a los funcionarios. 2). La alta dirección no cuenta con la información real para la toma de decisiones. 3). Detrimento Patrimonial.	1). Acuerdos y/o resoluciones. 2). Conciliaciones Mensuales.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



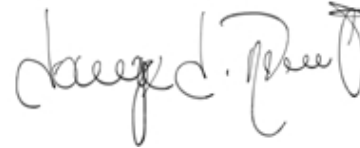

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024		Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción		
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
18	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Contabilidad	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Falta de ética. 2). Errores en el proceso de causación. 3). Pedir o recibir dádivas. 4). Interés personal. 5). Amiguismo y clientelismo. 6). Desviar la gestión de lo público.	Posibilidad de alteración en los estados Financieros	Fraude Interno	365	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	5	1). Auditorías externas. 2). Procedimiento de conciliación de información. 3). Procedimiento de conciliaciones bancarias. 4). Procedimiento de registro de procesos litigiosos. 5). Uso de claves para registro de información restringidas.	1). Pérdida o afectación de la imagen, credibilidad, transparencia, oportunidad y cumplimiento. 2). Toma de decisiones erradas. 3). Sanciones, pago de intereses y multas por entes de control. 4). detrimento patrimonial.	1). Relación de comprobantes contables de registro diario de cada una de las operaciones. 2). Actas de conciliación de la información financiera. 3). Conciliaciones bancarias.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



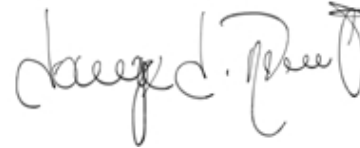

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.													
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01													
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1													
												Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles				Plan de Acción									
Ítem		Proceso		Subproceso		Objetivo Estratégico		Causas Raíz		Descripción del Riesgo		Clasificación del Riesgo		Frecuencia		Probabilidad Inherente		Criterios de impacto		Impacto Inherente		Zona de Riesgo Inherente		No. Control		Descripción del Control				Consecuencias				Evidencias			
19		Gestión Contable y Financiera		Gestión de Pagaduría y Caja		1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia		1). Falta de ética. 2). Por acción u omisión. 3). Deficiente adherencia a los protocolos de custodia de dinero.		Posibilidad de hurto del dinero de recaudo		Fraude Interno		365		Media		Mayor a 500 SMLMV		Catastrófico		Extremo		3		1). Recaudo periódico, en los 4 puntos de caja. 2). Servicio de Transporte de valores. 3). Auditoria por la Oficina de Control Interno.				1). Pérdida de la imagen, credibilidad, transparencia, cumplimiento las funciones de la institución. 2). Detrimento patrimonial. 3). Apropiación de recursos públicos.				1). Formato de arqueo de caja. 2). Listado resumen recibos de caja de DG. 3). Recibo entrega de efectivo (base) en el primer cuatrimestre. 4). Listado de relación del dinero entregado a la transportadora de valores.			


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



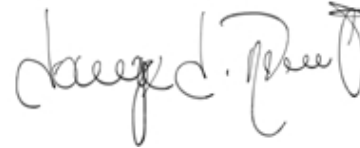

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024		Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
20	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Pagaduría y Caja	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Falsificación de cheques.2). Recibir y/o pedir dádivas. 3). Ataques cibernéticos.4). Desviar la gestión de lo público.5). Fraude por rol de pago.6). Por acción u omisión.	Posibilidad de fraude o malversación de fondos	Fraude Externo	600	Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	3	1). Realizar conciliaciones bancarias de todas las cuentas.2). Verificar los soportes detransferencias.3). Seguridad del traslado de cheques en blanco.	1). Detrimento patrimonial.2). Investigaciones.3). Apropiación de recursos públicos.	1). Comprobantes deegreso debidamente diligenciados y firmados.2). Conciliaciones bancarias.3). Soportes de pagos por la entidad bancaria por transferencia electrónica.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



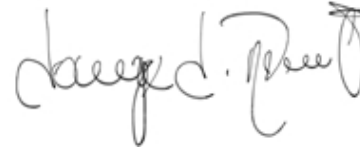

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción											
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias										
21	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Pagaduría y Caja	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1. Cronograma normativo de pagos desactualizado. 2. Recepción de facturas extemporáneas. 3. Cobro de vigencias anteriores. 4. Omisión	Posibilidad de pago inoportuno de impuestos, facturas, servicios públicos y canon de arrendamiento	Daños Activos Físicos	180000	Muy Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	3	1. Realizar informe de causación de facturas. 2. Realizar un cronograma de pagos. 3. Realizar lista de constancia de pagos.	Se pierde el ahorro por pago oportuno del 20% 15% y 10% por ciento de ganancia para la entidad. Multas, sanciones y cobros coactivos, reconexiones.	1. Cronograma de pagos. 2. Relación de certificado de pagos.										

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación: 31/01/2024		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



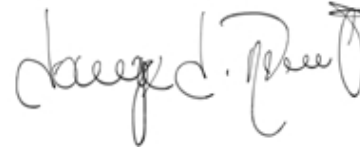

	REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01		
	MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1		
	Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
22	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Facturación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Falta de ética del personal. 2). Deficiencia en los puntos de control y seguimiento. 3). Recibir y/o pedir dádivas.	Posibilidad de modificar u omitir facturas de servicios médicos prestados por el Hospital	Fraude Interno	120985	Muy Alta	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	Alto	1	1). Verificar y realizar seguimiento de ingresos abiertos.	1). Detrimento patrimonial (sobrecostos). 2). Sanciones disciplinarias.	1). Informe mensual de seguimiento de ingresos abiertos.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación: 31/01/2024		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



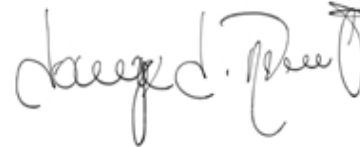

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.			
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01			
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1			
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles				Plan de Acción											
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias												
23	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Auditoria y Facturación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Falta de ética profesional. 2). Deficiencia en la revisión de los documentos soportes. 3). Falta de experiencia por parte de la persona que realiza la labor de revisión de documentos. 4). Recibir y/o pedir dádivas.	Posibilidad de conciliación de glosa inapropiada	Fraude Interno	8000	Muy Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	2	1). Revisar los documentos soportes y la normatividad por parte del funcionario encargado de la labor y validación de los mismos. 2). Conocer y capacitar a los colaboradores en la actualización de la información de los contratos de la institución.	1). Sanciones administrativas, pecuniarias o fiscales. 2). Detrimento patrimonial. 3). Reducción de ingresos a la Institución.	1). Actas de conciliación y respuesta a glosas y devoluciones.												


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación: 31/01/2024		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



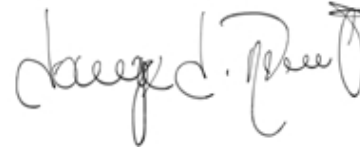

REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.			
MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01			
MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1			
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción		
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
24	SIAU	SIAU	2. Ser la mejor experiencia en salud	1). Acción y/u omisión de los hechos sucedidos. 2). Recibir y/o pedir dádivas. 3). Suministrar información sin verificación de los sucesos.	Posibilidad de favorecer a un tercero en la respuesta de PQRSD	Fraude Interno	420	Media	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	Moderado	2	1). Verificar y numerar en consecutivo los PQRSD en los diferentes canales de recepción (buzón, telefónica, correspondencia certificada, correo electrónico). 2). Auditorías internas por parte de la Oficina de Control Interno.	1) Investigaciones y sanciones disciplinarias. 2). Demandas a la entidad. 3). Detrimento patrimonial.	1). Actas de aperturas de buzones con las respectivas firmas de los asistentes al acto. 2). Informe de PQRSD. 3). Informe de PQRSD de la Auditoría realizada por Control Interno. 4). Acta de Reunión de Mejoramiento de II Nivel Asistencial, donde se evidencia la socialización del Informe de PQR y felicitaciones.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



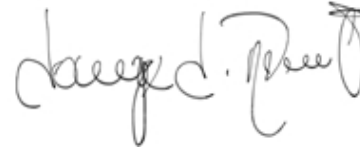

	REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01		
	MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1		
	Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
25	Ambulatorio	Ambulatorio	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Tráfico de influencias.2). Clientelismo y/o amiguismo.3). Recibir y/o pedir dádivas.	Posible de cobro o manipulación para la asignación de citas	Ejecución y Administración de procesos	60000	Muy Alta	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	Alto	2	1). Aplicar adherencia al protocolo de asignación de citas. 2). Socializar el protocolo de asignación de citas.	1). Pérdida de la imagen institucional. 2). Sanciones por entes de control.	1). Lista de chequeo, consolidado de auto rondas del proceso.2). Actas de reunión de mejoramiento.3). PQRS de asignación de citas.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



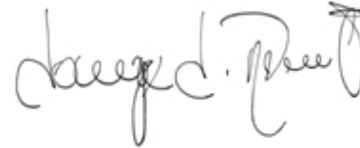

													REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA													HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.																																																																																																																																																																																					
													MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024													Código: SLV-GC-34-F01																																																																																																																																																																																					
													MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA													Versión : 1																																																																																																																																																																																					
													Identificación del Riesgo													Análisis del Riesgo Inherente													Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles													Plan de Acción																																																																																																																																																											
Ítem													Proceso													Subproceso													Objetivo Estratégico													Causas Raíz													Descripción del Riesgo													Clasificación del Riesgo													Frecuencia													Probabilidad Inherente													Criterios de impacto													Impacto Inherente													Zona de Riesgo Inherente													No. Control													Descripción del Control													Consecuencias													Evidencias												
26													Cirugía													Cirugía													1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia													1). Falta de ética del personal. 2). Recibir y/o pedir dádiva. 3). Controles deficientes. 4). Demora en la solicitud de referencia y contra referencia para autorización de cirugías de urgencias. 5). Canal de comunicación distorsionado.													Posibilidad de ejecución de procedimientos quirúrgicos no autorizados													Fraude Interno													29000													Muy Alta													Entre 10 y 50 SMLMV													Menor													Alto													3													1). Registro de programación de cirugía en el aplicativo de dinámica gerencial. 2). Soportes de autorización para programación de cirugía. 3). Facturación individual de cada una de las cirugías.													1). Detrimiento patrimonial 2). Daño jurídico y pérdida de la credibilidad institucional. 3). Reprocesos.													1). Planillas de programación de cirugías diarias (autorizadas). 2). Oficio de certificado de facturación de procedimientos quirúrgicos.												


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



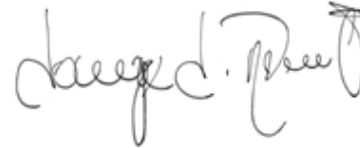

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024		Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
27	Cirugía	Cirugía	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Deficiencia en el recibo, almacenaje, entrega, vigilancia y control de los suministros. 2). Recibir y/o pedir dádivas. 3). Falta de ética del personal.	Posibilidad de hurto del material de osteosíntesis	Fraude Interno	2400	Alta	Entre 10 y 50 SMLMV	Menor	Moderado	3	1). Registro en formato de remisión por parte de la casa médica, al proceso de Esterilización. 2). Registro en el folio de instrumentador quirúrgico de DG del material usado en el procedimiento. 3). Registro de hoja de gastos de material de osteosíntesis de cirugías en dinámica gerencial y como soporte de facturación.	1). Credibilidad institucional. 2). Daño en la imagen de la institución. 3). Daño jurídico. 4). Sobrecosto y pérdidas económicos para la institución. 5). Reprocesos	1). Informe de inventario del material de osteosíntesis en consignación. 2). Informe de material de osteosíntesis utilizado facturado.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



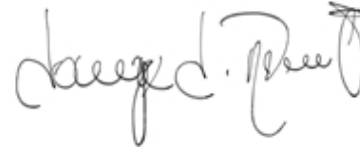

												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.			
REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												VALENCIA E.S.E.			
MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01			
MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1			
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción		
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
28	Cirugía	Cirugía	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Controles de validación deficientes. 2). Recibir y/o pedir dádivas. 3). Por acción u omisión.	Posibilidad de pago (cobro) de horas no prestadas	Fraude Interno	36000	Muy Alta	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	Alto	2	1). Programación de cuadros de turnos institucional. 2). Informe de supervisión de contratos.	1). Credibilidad institucional. 2). Daño en la imagen de la institución. 3). Daño jurídico. 4). Sobrecostos y pérdidas económicas para la institución. 5). Sanciones disciplinarias. 6). Detrimento patrimonial.	1). Informe de certificación de contratos. 2). Planilla de programación diaria de cirugía


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



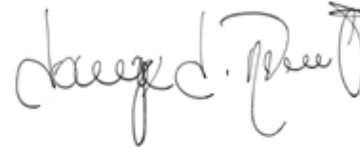

	REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01		
	MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1		
	Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
29	Apoyo Diagnóstico	Laboratorio Imágenes	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Sustracción de insumos de la bodega. 2). Recibir y/o pedir dádivas. 3). Poca restricción de acceso a bodega	Posibilidad de hurto de reactivos e insumos de laboratorio e imágenes	Fraude Interno	54750	Muy Alta	Afectación menor a 10 SMLMV .	Leve	Alto	3	1). Recepción y registro de ingreso (factura) y egreso (formato kardex laboratorio). 2). Verificación de los pedidos recibidos y entregados. 3). Seguimiento en plataforma (ECUSTOMER LA ROCHE).	1). Detrimento patrimonial. 2). Sanciones disciplinarias. 3). Sobrecostos pérdidas económicas. 4). Reprocesos. 5). Evento adverso (complicación de paciente).	1). Formato de recepción técnica de reactivos de diagnóstico in vitro de laboratorio clínico. 2). Formato de recepción medios de contrastes para tomografía. 3). Relación de medios de contraste en el periodo.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



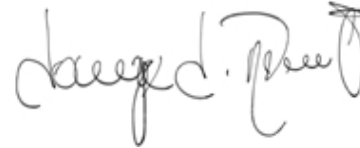

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción											
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias										
30	Apoyo Diagnóstico	Farmacia	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1). Adherencia deficiente a realizar controles. 2). Beneficio propio (Venta de los mismos). 3). Restricción de acceso a bodega de medicamentos e insumos ilimitada.	Posibilidad de hurto de medicamentos y/o dispositivos médicos	Fraude Interno	36000	Muy Alta	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	Alto	2	1). Inventario periódico. 2). Inventario aleatorio.	1). Detrimento patrimonial. 2). Sobrecostos y bodega pérdidas económicas. 3). Evento adverso (complicación de paciente).	1). Informe de inventarios trimestral de las farmacias satélites y bodega principal. 2). Consolidado trimestral de Informe de datos de inventarios aleatorios.										


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



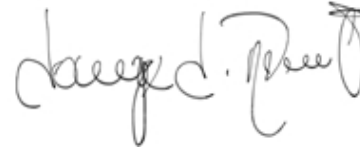

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción											
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias										
31	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1. Desconocimientos de las contrapartes (Empleado, proveedor, contratista). 2. Limitación en los sistemas de verificación de listas restrictivas. 3. Capacitación deficiente al personal.	Posibilidad de Lavado de activos	Fraude Interno	1700	Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	3	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Consultar en listas restrictivas. 3. Capacitar al personal.	1. Sanciones penales (cárcel). 2. Pérdida de reputación institucional. 3. Pérdidas comerciales. 4. Inclusión en listas restrictivas.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación.										


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



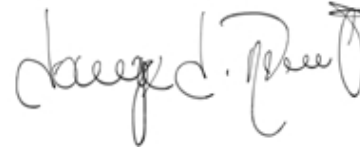

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción											
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias										
32	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1. Desconocimientos de las contrapartes (Empleado, proveedor, contratista). 2. Limitación en los sistemas de verificación de listas restrictivas. 3. Capacitación deficiente al personal.	Posibilidad de financiación y proliferación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terrorista	Fraude Interno	1700	Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	3	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Consultar en listas restrictivas. 3. Capacitar al personal.	1. Sanciones penales (cárcel). 2. Perdida de reputación institucional. 3. Perdidas comerciales. 4. Inclusión en listas restrictivas.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación.										


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



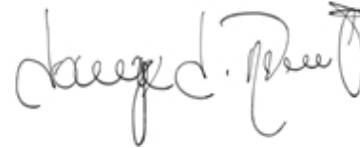

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024		Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
33	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1. Desconocimientos de las contrapartes (Empleado, proveedor, contratista). 2. Limitación en los sistemas de verificación de listas restrictivas. 3. Capacitación deficiente al personal. 4. Falta de transparencia y ética. 5. Abuso de poder. 6. Dar o recibir dádivas. 7. Documentación falsa.	Posibilidad de fraude	Fraude Interno	1700	Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	3	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Consultar en listas restrictivas. 3. Capacitar al personal.	1. Sanciones penales (cárcel). 2. Pérdida de reputación institucional. 3. Pérdidas comerciales. 4. Inclusión en listas restrictivas.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



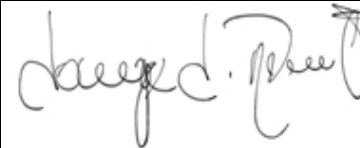

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024		Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
34	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1. Desconocimientos de las contrapartes (Empleado, proveedor, contratista). 2. Limitación en los sistemas de verificación de listas restrictivas. 3. Capacitación deficiente al personal. 4. Falta de transparencia y ética. 5. Abuso de poder. 6. Dar o recibir dádivas. 7. Ocultamiento de información.	Posibilidad de opacidad	Fraude Interno	1700	Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	3	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Consultar en listas restrictivas. 3. Capacitar al personal.	1. Sanciones penales (cárcel). 2. Pérdida de reputación institucional. 3. Pérdidas comerciales. 4. Inclusión en listas restrictivas.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación.


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



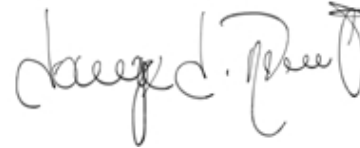

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción											
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias										
35	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1. Dar o recibir dádivas.2. Falta de transparencia y ética.3. Abuso de poder.4. Amiguismo y clientelismo.	Posibilidad de soborno	Fraude Interno	1700	Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	3	1. Diligenciar formato SARLAFT.2. Capacitar al personal.3. Estados Financieros.	1. Sanciones penales (cárcel).2. Pérdida de reputación institucional.3. Perdidas comerciales.4. Inclusión en listas restrictivas.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT.2. Consolidado de verificación en listas restrictivas.3. Lista o informe de capacitación.4. Relación de estados financieros solicitados a contratistas.										


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación: 31/01/2024		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



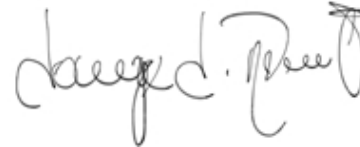

	REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01		
	MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1		
	Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
36	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1. Desconocimientos de las contrapartes (Empleado, proveedor, contratista). 2. Dar o recibir dádivas. 3. Falta de transparencia y ética. 4. Abuso de poder.	Posibilidad de testaferro y enriquecimiento ilícito	Fraude Interno	1700	Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	3	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Capacitar al personal. 3. Estados Financieros.	1. Sanciones penales (cárcel). 2. Pérdida de reputación institucional. 3. Pérdidas comerciales. 4. Inclusión en listas restrictivas.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación. 3. Relación de estados financieros solicitados a contratistas.

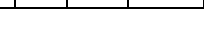
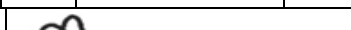


			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación: 31/01/2024		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	


												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA												HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024												Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA												Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción											
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias										
37	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1. Desconocimientos de las contrapartes (Empleado, proveedor, contratista). 2. Dar o recibir dádivas. 3. Falta de transparencia y ética.	Posibilidad de producción y tráfico de drogas ilícitas	Fraude Interno	1700	Alta	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto	Catastrófico	Extremo	3	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Capacitar al personal. 3. Estados Financieros.	1. Sanciones penales (cárcel). 2. Perdida de reputación institucional. 3. Perdidas comerciales. 4. Inclusión en listas restrictivas.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación. 3. Relación de estados financieros solicitados a contratistas.										



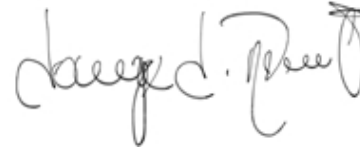

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación: 31/01/2024		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	


													REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA													HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.												
													MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024													Código: SLV-GC-34-F01												
													MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA													Versión : 1												
													Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles			Plan de Acción										
Ítem		Proceso		Subproceso		Objetivo Estratégico		Causas Raíz		Descripción del Riesgo		Clasificación del Riesgo		Frecuencia		Probabilidad Inherente		Criterios de impacto		Impacto Inherente		Zona de Riesgo Inherente		No. Control		Descripción del Control		Consecuencias		Evidencias								
38		Direccionamiento Estratégico		N/A		1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia		1. Desconocimientos de las contrapartes (Empleado, proveedor, contratista). 2. Exigir o recibir dádivas. 3. Falta de transparencia y ética.		Posibilidad de extorsión y secuestro extorsivo		Fraude Interno		1700		Alta		Mayor a 500 SMLMV		Catastrófico		Extremo		2		1. Capacitar al personal. 2. Canales de reporte.		1. Sanciones penales (cárcel). 2. Perdida de reputación institucional. 3. Perdidas comerciales. 4. Inclusión en listas restrictivas.		1. Lista o informe de capacitación. 2. Relación de seguimiento a las denuncias realizadas en los canales de recepción (Correo, línea 147 ejército nacional).								



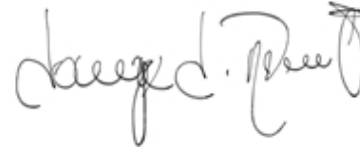

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	


				
JAVIER MUÑOZ	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia	
Fecha:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



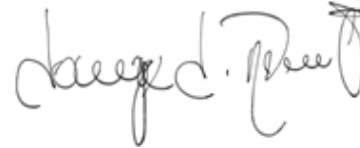

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024		Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
40	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1. Identificación falsa. 2. Evasión de impuesto. 3. Usurpar. 4. Malversación de fondos. 5. Soborno / cohecho. 6. Documentación falsa.	Posibilidad de delitos contra el sistema financiero (4)	Fraude Interno	1700	Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	4	1. Diligenciar formato SARLAFT 2. Reporte a la DIAN. 3. Verificar en listas de entes de control. 4. Verificar en listas de entes de control.	1. Sanciones penales (cárcel). 2. Pérdida de reputación institucional. 3. Pérdidas comerciales. 4. Inclusión en listas restrictivas.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación. 3. Relación de seguimiento a las denuncias realizadas en los canales de recepción (Correo). 4. Consolidado de reportes.



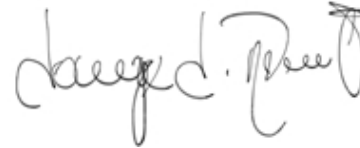

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación: 31/01/2024		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024		Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
41	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1. Desconocimientos de las contrapartes (Empleado, proveedor, contratista). 2. Identificación falsa. 3. Falta de transparencia y ética. 4. Abuso de poder. 5. Dar o recibir dádivas. 6. Documentación falsa.	Posibilidad de tráfico de migrantes y trata de personas	Fraude Interno	1700	Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	4	1. Diligenciar formato SARLAFT 2. Verificar en listas de entes de control. 3. Verificar listas restrictivas. 4. Verificar en listas de entes de control.	1. Sanciones penales (cárcel). 2. Pérdida de reputación institucional. 3. Pérdidas comerciales. 4. Inclusión en listas restrictivas.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación. 3. Relación de seguimiento a las denuncias realizadas en los canales de recepción (Correo). 4. Consolidado de reportes.

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑAÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación: 31/01/2024		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

												REPÚBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
												MATRIZ ELABORACIÓN DE MAPA DE RIESGOS 2024		Código: SLV-GC-34-F01	
												MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Versión : 1	
Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente				Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción	
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Consecuencias	Evidencias
42	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	1. Desconocimientos de las contrapartes (Empleado, proveedor, contratista). 2. Identificación falsa. 3. Falta de transparencia y ética. 4. Abuso de poder. 5. Dar o recibir dádivas. 6. Ideología.	Posibilidad de rebelión	Fraude Interno	1700	Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	4	1. Diligenciar formato SARLAFT 2. Verificar en listas de entes de control. 3. Verificar listas restrictivas. 4. Verificar en listas de entes de control.	1. Sanciones penales (cárcel). 2. Pérdida de reputación institucional. 3. Pérdidas comerciales. 4. Inclusión en listas restrictivas.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación. 3. Relación de seguimiento a las denuncias realizadas en los canales de recepción (Correo). 4. Consolidado de reportes.

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación: 31/01/2024		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

			
VIVIANA CHÁVEZ MUÑOZ Elaboró	Revisó Planeación	JORGE JAVIER ÑÁÑEZ Revisó Subdirección	EDGAR EDUARDO VILLA Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	31/01/2024	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

6.2. Medidas de debida diligencia

La necesidad de identificar y evaluar los factores de riesgo de corrupción, fraude, opacidad, lavado de activos (LA), Financiación del Terrorismo (FT), Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (PADM) y fiscales, a los que podría estar expuesta la persona natural o jurídica con la que se establezca cualquier tipo de relación comercial, verificando entre otros su buen crédito y reputación. Dentro de esta se encuentra a la revisión periódica que ha de hacerse sobre los aspectos legales, contables y financieros relacionados con un negocio o transacciones nacionales e internacionales.

La Institución cuenta con los siguientes elementos para fortalecer el Programa de Transparencia y Ética Pública, los cuales funcionan como controles para minimizar la probabilidad de ocurrencia de los riesgos en mención:

- Adecuado conocimiento del usuario.
- Adecuado conocimiento del proveedor.
- Adecuado conocimiento del colaborador.
- Adecuado conocimiento de funcionario.
- Debida diligencia avanzada PEES.

El Hospital cuenta con procedimientos para realizar una debida diligencia en el conocimiento de las contrapartes (usuarios, proveedores, colaboradores y funcionarios), con base en las características particulares del negocio y la forma de comercialización de los servicios que se ofrecen.

Se define un proceso de Debida Diligencia de conocimiento de las contrapartes que se adelantará antes de iniciar cualquier relación contractual, laboral o comercial, y que se aplicará cuando se esté también ante una transacción o negociación de cualquier tipo y cuantía.

La Debida Diligencia verifica las condiciones de la negociación a través de una evaluación de los aspectos legales, contables y financieros relacionados con la transacción, para identificar la existencia de posibles riesgos de soborno y otras prácticas asociadas a la corrupción que puedan afectar la empresa. Este análisis se realizará antes de la suscripción de un negocio o transacción, minimizando riesgos y generando una trazabilidad de la negociación en pro de la transparencia y cumplimiento del PTEP.

El alcance de la Debida Diligencia para PTEP será variable en razón del objeto, la complejidad, el valor y las áreas geográficas donde se ejecutaran los contratos.



Esta Debida Diligencia incluye los siguientes puntos:

- Vinculación a la empresa: se analiza la información aportada para el registro o actualización de las contrapartes, verificación de PEP y la revisión en listas restrictivas, con el fin de tener un conocimiento exhaustivo de las contrapartes. En caso de que alguna de las personas consultadas llegase a encontrarse vinculadas en alguna lista restrictiva, se dará por terminado de inmediato el proceso de vinculación y por consiguiente se finalizara la Debida Diligencia.

En el caso que la negociación no represente un riesgo para la empresa, se procederá con la suscripción del contrato u orden de compra con el lleno de todos los requisitos legales.

6.3. Redes interinstitucionales y canales de denuncia

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

6.3.1. Correo - Ético

En su enfoque preventivo, la empresa dispone de un correo ético lineaetica@hosusana.gov.co; con el fin que todos los colaboradores y funcionarios sin importar su cargo y demás grupos de interés pueden comunicar dudas o necesidades de asesoría en relación con el cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Pública, así como también reportar conductas que se encuentren en cualquiera de las modalidades de soborno o corrupción, o que vayan en contravía con la presente política.

Los reportes serán recibidos garantizando la confidencialidad de la información, se podrán realizar anónimamente, sin embargo, en caso de proporcionar información personal, se mantendrá la total reserva y se protegerá la identidad del denunciante, del denunciado y demás personas que hagan parte del evento.

La documentación asociada a los riesgos, análisis, reportes e investigaciones relacionadas al Programa está a cargo de la Oficina de Control Interno, Oficina Asesora Jurídica y Oficial de Cumplimiento y que debe guardar reserva de la información reportada a las autoridades competentes.

El Oficial de Cumplimiento llevará un registro de las denuncias recibidas relacionadas con el Programa, describiendo el cierre de la investigación y garantizando que no existirá represalias contra quienes realicen reportes.

Conceptos claves del correo ético

- El correo ético es diferente a la línea de servicio al cliente.
- No es una herramienta de quejas y reclamos, sino un reporte por conductas que van en contra de la transparencia e integridad del Hospital.
- No es para sugerencias, atención de temas laborales o personales.
- Debe ser utilizado con responsabilidad. Los hechos reportados deben ser reales y verificables.

6.3.2. Reportes a la Superintendencia Nacional de Salud



La Superintendencia Nacional de Salud ha puesto a disposición los siguientes canales de denuncia en el evento en que se identifiquen hechos de corrupción y soborno transnacional que sean cometidos por personas jurídicas colombianas o sucursales en Colombia de persona jurídicas extranjeras.

- Superintendencia Nacional de Salud: canal de denuncias por soborno transnacional dispuesto en el siguiente link:
https://www.supersociedades.gov.co/delegatura_aec/Paginas/Canal-de-Denuncias-Soborno-Internacional.aspx
Por correo electrónico a: investsob@supersociedades.gov.co
- Secretaría de Transparencia: canal de denuncias por actos de corrupción dispuesto en el siguiente link :
<http://www.secretariatransparencia.gov.co/observatorio-anticorrupcion/portal-anticorrupcion>

6.3.3. Canal de Consulta

Lista restrictiva de consulta.

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

6.4. Transparencia y acceso a la información


El hospital cuenta con una política de transparencia (SLV-G-40) en la que se establecen las líneas de acción para garantizar el derecho fundamental de acceso a la información de manera oportuna a la ciudadanía a través de la publicación y puesta a disposición de la información y tramites en los canales del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

Para garantizar el acceso a la información establecida en la Ley 1712 de 2014 “Ley de transparencia y acceso a la información pública”, se ha dispuesto en la página web un sitio de “transparencia” al que se puede acceder en <https://www.hosusana.gov.co/hslv/non-knowledgebase/transparencia/>.

Las actividades a desarrollar en este componente, se describen a continuación:

Componente: Transparencia y Acceso a la Información					
Subcomponente		Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Lineamientos de Transparencia Activa	4.1	Actualización permanente de la información mínima obligatoria (Índice de transparencia ITA)	Portal Web actualizado permanentemente.	Subdirecciones Control Interno Oficina Asesora de Planeación, Gestión Jurídica SIAU, Gerencia del Talento Humano, Investigación, desarrollo e innovación, Gestión de Contabilidad, Gestión de Suministros y Activos Fijos Gestión de Pagaduría Gestión del Presupuesto, Epidemiología y Estadística, Promoción y mantenimiento de la salud, IAMII Responsabilidad Social Sistemas de Información comunicaciones Gestión Documental	Trimestral
	4.2	Publicación periódica de Informes de Gestión Plan anticorrupción Informe de Rendición de cuentas Estados Financieros Ejecución presupuestal.	Elaboración publicación de informe semestral Gestión de la entidad publicado en portal Web Informe cuatrimestral de Plan Anticorrupción Informe anual de Rendición de cuentas Estados financieros Ejecución Presupuesta	1. Gerencia Subdirecciones Oficina Asesora de Planeación 2. Oficina Asesora de Control Interno Gerencia, subdirecciones, Oficina Asesora de Planeación, Jurídica 4. Gestión Contable Gestión Presupuesto	Informe de Gestión de entidad: Informe plan de Acción 28/02/2024 30/09/2024 2. Plan Anticorrupción 15/05/2024 14/09/2024 10/01/2025 Informe Anual

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA			HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA			Código:	SLV-G-78
				Versión:	0

Componente: Transparencia y Acceso a la Información					
Subcomponente		Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
					de Rendición de cuenta 30/06/2024
					Estados Financieros 15/02/2024 30/04/2024 03/07/2024 31/10/2024 15/02/2025
					Ejecución Presupuesta 28/02/2024 30/04/2024 31/07/2024 31/10/2024 28/02/2025
	4.3	Revisar y divulgar conjunto de datos abiertos	Datos abiertos publicados	Sistemas de Información	31/01/2024
	4.4	Actualización de calendarios de actividades institucionales y participación ciudadana social en salud.	Publicación cronograma actividades	Sistemas de Información Participación Social	Mensual
Lineamientos de Transparencia Pasiva	4.5	Medición de oportunidad de la respuesta solicitudes de información	Informe	Oficina SIAU Asesora Jurídica	30/04/2024 31/08/2024 31/10/2024
Elaboración de Instrumentos de Gestión de la Información	4.6	Actualizar el inventario de activos de información.	Inventario de Activos de Información actualizado	Sistemas de Información Gestión Documental	30/03/2024
	4.7	Actualizar el índice de información clasificada reservada	Índice de Información clasificada y reservada actualizada y publicada en el portal Web	Gestión Documental Sistemas de Información.	30/03/2024
Criterio diferencial de accesibilidad	4.8	Diseñar, implementar y divulgar información en formatos alternativos aplicando infografía e lenguajes comprensibles para facilitar acceso niños y población étnicas	Facilitar información en formatos alternativos cuando sean requeridos por los usuarios	Comunicaciones	Permanente
	4.9	Mantener los traductores a otras lenguas indígenas	Traductor a lenguas nativas	Subdirección Científica Gestión Clínica	Permanente

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA			
Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA			HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA			Código:	SLV-G-78
				Versión:	0

Componente: Transparencia y Acceso a la Información					
Subcomponente		Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Monitoreo de Acceso a Información Pública	4.10	Elaborar informe de solicitudes de acceso a información que contenga: 1. El número de solicitudes recibidas. 2. El número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución. 3. El tiempo de respuesta a cada solicitud.	Un (1) informe semestral elaborado y publicado en portal Web	SIAU Oficina Asesora de Sistemas de información Jurídica	30/06/2024 31/12/2024



6.5. Legalidad e integridad

Estará dirigido al fortalecimiento de la cultura organizacional a través de la aplicación de los valores institucionales y una identidad corporativa, que permitan un actuar de los colaboradores en el marco de la legalidad y la integridad, como eje central de la calidad, transparencia y humanización de la prestación de los servicios.

Las actividades a desarrollar en este componente, se describen a continuación:

Componente: Legalidad e integridad					
Subcomponente		Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Legalidad e integridad	5.1	Definir y ejecutar el Plan de trabajo del Código de integridad	Informe semestral del desarrollo del Plan de gestión del código de integridad	Gestión de Talento Humano	30/06/2024 31/12/2024
	5.2	Reconocimiento del personal por aplicación del código de integridad	Reconocimientos entregados	Gestión de Talento Humano	31/12/2024
	5.3	Medición y ejecución de acciones para el fortalecimiento de la cultura organizacional	Informe semestral sobre la implementación del plan de cultura organizacional Informe de resultados de medición de percepción de la cultura organizacional	Gestión de Talento Humano	30/06/2024 31/12/2024
	5.4	Capacitar a los procesos en conflictos de intereses	Cobertura del 80% del personal objetivo	Gestión de Talento Humano	30/06/2024 31/12/2024
	5.5	Desarrollar estrategia de gestión de conflictos de intereses	Mecanismo implementado	Oficina Jurídica Gestión de Talento Humano	Permanente
	5.6	Capacitar en derechos, protección de datos desde la humanización y normatividad vigente.	Personal capacitado	Talento Humano. Sistemas de Información.	31/12/2024

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

6.6. Atención al Ciudadano


El Hospital Susana López de Valencia E.S.E, cuenta con un proceso de atención al usuario (SIAU) y orientadores en los servicios, encargados de la orientación permanente al usuario y su familia, a través de la escucha asertiva para satisfacer las necesidades de información y solución de manifestaciones.

Nuestra institución, ha dispuesto diferentes mecanismos de comunicación con sus grupos de valor, entre los que se encuentran la página web, redes sociales (Facebook, twitter), Whatsapp, vía telefónica, presencial, atención de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones y denuncias, reuniones periódicas con liga de usuarios y autoevaluaciones anuales de los servicios, bajo estándares de excelencia en calidad, mediante los cuales se identifican necesidades y oportunidades de mejora frente a la atención al ciudadano y que permiten el mejoramiento prospectivo y su satisfacción.

Las actividades planeadas para la estrategia de Servicio al Ciudadano:

Componente: Servicio al Ciudadano					
Subcomponente		Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente Estructura administrativa Direccionamiento estratégico	6.1	Informe Semestral de resultados de gestión de servicio al ciudadano	Indicadores de gestión	SIAU	31/07/2024 31/12/2024
	6.2	Presentar informes de PQRSD y reunión de mejoramiento de II nivel.	Acta Informe	SIAU	28/04/2024 31/08/2024 30/11/2024
	6.3	Medir la satisfacción del usuario	Informe de Satisfacción	SIAU	Trimestral
Fortalecimiento de los canales de atención	6.4	Autodiagnóstico frente a accesibilidad y usabilidad de canales de atención	Autodiagnóstico	Sistemas Información	30/06/2024
	6.5	Medición y seguimiento a resultados de los indicadores de desempeño por los diferentes canales de atención.	Informe semestral con resultados del seguimiento y tendencia de los indicadores de desempeño de cada canal de atención.	Comunicaciones SIAU. Sistemas información. Consulta Externa	3/07/2024 31/12/2024
		Campañas de actualización de canales de atención y ventajas de uso	Informe de campañas	Comunicaciones SIAU.	30/06/2024 31/12/2024
Talento humano	6.6	Fortalecer las competencias de colaboradores en la humanización de la atención.	Informe de ejecución de capacitaciones sensibilización humanización.	Gestión del Talento Humano Humanización	Semestral
	6.7	Capacitar a los colaboradores en atención al usuario, orientadores, call center y facturación, en lenguaje de personas con discapacidad, atención a los grupos poblacionales (Afro Indígenas, LGTBI) y atención incluyente y uso de lenguaje no discriminatorio	Capacitaciones semestrales gestionadas por los colaboradores en atención al usuario, orientadores, call center facturación	Gestión del Talento Humano SIAU	Semestral
	6.8	Reconocimiento del personal por proceso o subproceso más felicitado	Reconocimientos generados	SIAU Asociación Usuarios	30/04/2024 31/08/2024 31/10/2024

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

Componente: Servicio al Ciudadano					
Subcomponente	Actividades		Meta o producto	Responsable	Fecha programada
				Talento humano	
	6.9	Realizar inducción y reinducción Atención al ciudadano	80% de cobertura inducción	SIAU Talento Humano Humanización	Fecha Inicio: 02/01/2024 Fecha Final: 31/12/2024
Normativo Procedimental	6.10	Elaboración periódica informes PQRS para identificar oportunidad de mejora en la prestación de servicios.	Elaborar y publicar informes de PQRS trimestralmente.	SIAU Sistemas Información.	30/04/2024 31/08/2024 31/10/2024
	6.11	Reconocimiento a los usuarios y grupo que ha participado en mejoramiento del hospital	Reconocimiento	SIAU	31/12/2024

6.7. Participación ciudadana y rendición de cuentas

El Hospital fortalece la *participación ciudadana*, como el mecanismo para escuchar y hacer partícipes a los grupos de valor y demás ciudadanía, en la planeación y seguimiento a través de la veeduría de la gestión y el fomento del autocuidado.


Siendo la Rendición de Cuentas un mecanismo de participación, permanente y transversal orientado en el afianzamiento de la relación entre el Hospital, la ciudadanía, entidades y organismos de control, informando, explicando, dando a conocer los resultados de su gestión y fortaleciendo sus procesos internos para dar respuesta a las necesidades y solicitudes de manera oportuna, clara y confiable.

Durante la consulta a la ciudadanía, se encontró que prefieren la rendición de cuentas de forma presencial, sin embargo no presentaron observaciones frente a las actividades propuestas.

Las actividades planeadas para la estrategia de Rendición de Cuentas:

Componente: Participación ciudadana					
Participación ciudadana	5.1	Caracterizar a los ciudadanos usuarios y grupos de interés incluyendo mecanismos de información y comunicación preferencia	Caracterización	SIAU Epidemiología y Estadística Comunicaciones	30/03/2024
	5.2	Educación al usuario en hábitos vida saludable, prevención Infecciones, IAMII y prevención violencia de genero	3 jornadas ilustración a comunidad	Responsabilidad social SIAU Promoción y Mantenimien de la salud	Fecha Inicio: 02/01/2024 Fecha Final: 31/12/2024



CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:	Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA			Código:	SLV-G-78
				Versión:	0

	5.3	Jornadas de promoción mantenimiento de la salud en comunidad	1 jornada en comunidad	Responsabilidad social SIAU Promoción y Mantenimiento de la Salud	Fecha Inicio: 02/01/2024 Fecha Final: 31/12/2024
	5.4	Participación de la comunidad en formulación de la planeación institucional y del mejoramiento prospectivo	Participación comunitaria en planeación	Oficina Asesora de Planeación Responsabilidad Social	Fecha Inicio: 02/01/2023 Fecha Final: 31/12/2023

Componente: Rendición de cuentas					
Subcomponente	Actividades		Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Información de calidad y en lenguaje comprensible	7.1	Identificar las necesidades de información de la población y comunidad	Identificación de necesidades de información	Comunicaciones	15/01/2024
	7.3	Consulta a la ciudadanía sobre la claridad y necesidades de información publicada	Informe de oportunidades de mejora	Comunicaciones, SIAU	29/12/2023
Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	7.4	Habilitar espacios de diálogo con la comunidad representantes de la Asociación de usuarios y de divulgación en redes sociales	Espacios de diálogo y divulgación habilitados para la ciudadanía	Gerencia Subdirecciones Comunicaciones SIAU Responsabilidad social	28/04/2024 28/07/2024 29/09/2024 26/12/2024
	7.5	Realización Audiencia Pública de rendición de cuentas	1 Audiencia Pública de Rendición de cuentas realizada	Gerencia Subdirecciones Oficina Asesora de Planeación Oficina Jurídica SIAU	30/06/2024
	7.6	Rendición de cuentas de Gestión Asamblea Departamental del Cauca	Rendición Ejecutiva	Gerencia Subdirecciones Oficina Asesora de Planeación	31/12/2024
Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	7.7	Reconocimiento público a través de medios virtuales de las personas, grupos o entidades con mayor participación y articulación en la gestión del hospital.	Publicación en medios electrónicos	Gerencia SIAU Responsabilidad Social Comunicaciones	31/12/2024
	7.8	Realizar socialización de los objetivos, modos de participación, finalidad y beneficios de la rendición de cuentas a los usuarios	Informe de campañas realizadas	SIAU Humanización Comunicaciones Responsabilidad Social	31/03/2024 31/07/2024 31/10/2024
	7.9	Edición descargable en el portal Web, en formato digital de los boletines	Publicación de boletines	Comunicaciones	30/04/2024 31/07/2024

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA			
Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

Componente: Rendición de cuentas					
Subcomponente	Actividades		Meta o producto	Responsable	Fecha programada
		diferentes boletines de entidad y demás ediciones de información de interés a comunidad.	descargables e formato digital		30/09/2024 31/12/2024
Evaluación retroalimentación a gestión institucional	7.10	Realizar la Evaluación de estrategia de rendición de cuentas	Informe del proceso de rendición de cuentas	Control Interno	30/06/2024

6.8. Racionalización de trámites



El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., ha identificado ocho (8) trámites y un (1) procedimiento administrativo de cara al usuario, los cuales están inscritos en el Sistema Unico de información y trámites SUIT así:



El Hospital durante el año 2023, contó y promociono la aplicación de “*Susanita Móvil*”, la entrega de resultados por correo electrónico, la asignación de citas a través de call center y WhatsApp, como herramientas tecnológicas a disposición de los usuarios para simplificar, estandarizar y optimizar los **trámites** existentes.

- Tramite 3102 - Asignación de Citas para la prestación de servicios**
- Tramite 32932 - Historia Clínica**
- Tramite 33532 - Atención Inicial de Urgencias:** para este trámite (certificado de atención).
- Tramite 33649 - Radiología e imágenes diagnosticas**
- Tramite 33904 - Exámenes de Laboratorio**
- Tramite 34155 - Terapia.**

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA			
Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

Frente a los certificados de defunción y nacido vivo, se requiere la entrega original del certificado para su registro, por lo cual continúan con el mismo procedimiento hasta tanto la normatividad Nacional lo exija.

Tramite 34248 – Certificado de defunción: el certificado es entregado en físico a familiares del paciente fallecido para el respectivo registro, el cual no debe superar las 48 horas del fallecimiento, luego de inscripción del certificado las copias deben ser solicitadas ante la oficina donde fue inscrita la defunción.

Tramite 75553 - Certificado Recién Nacido Vivo: el certificado es entregado en físico a familiares del menor para efectos del registro civil ante notaria o registraduría, luego de inscripción del certificado las copias deben ser solicitadas ante la oficina donde fue inscrito.

Componente: Racionalización de trámites					
Subcomponente	Actividades		Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente /resultados de racionalización cuantificados difundidos	8.1	Evaluar y hacer mejoras de los métodos de racionalización implementados	Informe seguimiento	Sistemas de información. SIAU	Fecha de inicio: 02/01/2024 Fecha de Terminación: 31/12/2024
	8.2	Hacer seguimiento a percepción de las aplicaciones para trámites racionalizados.	Informe seguimiento	Sistemas de información. SIAU	Fecha de inicio: 02/01/2024 Fecha de Terminación: 31/12/2024
	8.3	Implementar y realizar campañas de difusión apropiación y beneficios de racionalización aplicadas	Campañas apropiación Seguimiento campañas	Comunicaciones Sistemas de información. Siau	Fecha de inicio: 02/01/2024 Fecha de Terminación: 31/12/2024

6.9. Iniciativas adicionales - Roles y Responsabilidades



6.9.1. Compromiso de la Gerencia

Los altos directivos deberán expedir las Políticas, procedimientos, manuales que prevengan los riesgos SARLAFT dentro de toda la institución, dejando como lineamiento que cualquier acto de lavado de activos ,financiación del terrorismo opacidad y fraude es inaceptable en el Hospital. De esta manera, lograr promover una cultura de transparencia institucional en el actuar de cada colaborador en marco a sus responsabilidades.

Por lo anterior, los directivos designaran a una persona responsable para poner en marcha las Políticas definidas en el Programa de Transparencia y Ética Empresarial, el cual debe asumir su compromiso en cuanto a:

- Fomentar el cumplimiento de cada Política en toda la institución.
- Asegurar los suministros económicos, humanos y tecnológicos que se requieran para prevenir cualquier tipo de práctica corrupta.

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

- Desarrollar los canales de comunicación apropiados para divulgar el Programa de Transparencia y Ética Empresarial a todos los colaboradores, proveedores, clientes, socios, accionistas y ciudadanía en general.
- Dar a conocer a todos los involucrados en los procesos, las consecuencias y sanciones establecidas por la organización al infringir el PTEE, a su vez, las implicaciones legales a las que se podrían ver involucrados.

6.9.2. Representante Legal

Las siguientes son responsabilidades del Representante Legal:



- Presentar con el Oficial de Cumplimiento, para aprobación de la Junta Directiva, el Programa PTEE y sus actualizaciones.
- Velar porque el PTEE se articule con las Políticas de Cumplimiento adoptadas por la Junta Directiva.
 - Prestar efectivo, eficiente y oportuno apoyo al Oficial de Cumplimiento en el diseño, dirección, supervisión y monitoreo del PTEP.
 - Certificar ante la Superintendencia de Sociedades el cumplimiento del PTEP, cuando ésta lo requiera.
 - Asegurarse de que las actividades que resulten del desarrollo del PTEE se encuentran debidamente documentadas, de modo que se permita que la información responda a unos criterios de integridad, confiabilidad, disponibilidad, cumplimiento, efectividad, eficiencia y confidencialidad.
 - Estudiar los resultados de la evaluación del Riesgo C/ST efectuada por el Oficial de Cumplimiento y establecer los planes de acción que correspondan.
 - Asignar de manera eficiente los recursos económicos, técnicos, logísticos y humanos, determinados por la Junta Directiva, necesarios para implementar el PTEP.
 - Verificar que el Oficial de Cumplimiento cuente con la disponibilidad y capacidad necesaria para desarrollar sus funciones.
 - Presentar a la Junta Directiva los reportes, solicitudes y alertas que considere que deban ser tratados por ellos y que estén relacionados con el PTEP.
 - Verificar que los procedimientos para la gestión del C/ST se desarrollen de acuerdo con la Política PTEP adoptada por la Junta Directiva.

6.9.3. Junta Directiva

Como principal órgano de administración de la Compañía tiene como responsabilidad lo siguiente:

- Expedir y definir la Política del Programa de Transparencia y Ética Empresarial.
- Designar al Oficial de Cumplimiento.
- Aprobar el PTEP y las actualizaciones presentadas por el Representante Legal y el Oficial de Cumplimiento.
- Ordenar y garantizar los recursos económicos, técnicos, logísticos y humanos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento el PTEP, según los requerimientos que para el efecto realice el Oficial de Cumplimiento.
- Ordenar las acciones pertinentes contra los empleados y administradores de la Compañía, cuando cualquiera de los anteriores infrinja lo previsto en el PTEP.
- Liderar una estrategia de comunicación y pedagogía adecuada para garantizar la divulgación y conocimiento eficaz de las Políticas de Cumplimiento y del PTEP a los empleados, asociados, contratistas y demás partes interesadas identificadas.

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

6.9.4. Oficial de Cumplimiento

El Oficial de Cumplimiento de la institución es nombrado por la Junta Directiva para liderar y administrar el Sistema de Gestión de Riesgos Transnacional, el cual debe tener poder de decisión, idoneidad, experiencia y liderazgo para gestionar los riesgos de SARLAFT. A su vez, contar con los recursos económicos, técnicos y humanos para poner en marcha el Programa de Ética Empresarial (PTEP).

- Tener la capacidad de tomar decisiones para gestionar riesgos SARLAFT y depender directamente de la Gerencia o Junta Directiva.
- Conocimientos suficientes en materia de riesgos SARLAFT C/ST y entender el giro ordinario de las actividades de la Institución.
- Contar con un equipo de trabajo humano y técnico como apoyo, de acuerdo con el riesgo SARLAFT C/ST y el tamaño de la Compañía.
- No pertenecer a la Administración o a los órganos sociales, ni de auditoría o control interno o externo (Revisor Fiscal o vinculado a la empresa de Revisoría Fiscal que ejerce esta función, si es el caso) o quien ejecute funciones similares o haga sus veces en la institución.
- Presentar con el Representante Legal, para aprobación de la Junta Directiva, la propuesta del PTEP.
- Presentar, por lo menos una vez al año, informe a la Junta Directiva. Como mínimo, los reportes deberán contener una evaluación y análisis sobre la eficiencia y efectividad del PTEP y, de ser el caso, proponer las mejoras respectivas. Así mismo, demostrar los resultados de la gestión del Oficial de Cumplimiento, y de la Administración de la Compañía.
- Velar porque el PTEP se articule con las políticas de cumplimiento adoptadas por la Junta Directiva.
- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del PTEP.
- Implementar una matriz de riesgos y actualizarla conforme a las necesidades propias de la Compañía, sus factores de riesgo, la materialidad del riesgo SARLAFT C/ST y conforme a la política de cumplimiento.
- Definir, adoptar y monitorear acciones y herramientas para la detección del Riesgo C/ST, conforme a la Política de Cumplimiento para prevenir el riesgo C/ST y la matriz de riesgos.
- Garantizar la implementación de canales apropiados para permitir que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura acerca de incumplimientos del PTEP y posibles actividades sospechosas relacionadas con corrupción.
- Establecer procedimientos internos de investigación en la Compañía para detectar incumplimientos del PTEP y actos de Corrupción.
- Coordinar el desarrollo de programas internos de capacitación.
- Verificar el cumplimiento de los procedimientos de Debida Diligencia aplicables a la Compañía.
- Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa a la gestión y prevención del riesgo C/ST.
- Realizar la evaluación del riesgo SARLAFT C/ST a los que se encuentra expuesta la Compañía.

6.9.5. Revisor Fiscal

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

El Revisor Fiscal en cumplimiento de su deber deberá prestar especial atención a las alertas que puedan dar lugar a sospecha de un acto relacionado con un posible acto de corrupción o soborno transnacional que conozca en desarrollo de sus funciones y denunciar ante las autoridades competentes.

6.9.6. Colaboradores – Empleados

Las responsabilidades de todos los Empleados:

- Cumplir con las políticas, procedimientos, manuales y/o instructivos correspondientes a la prevención del riesgo de C/ST – LA/FT/.
- Participar en los procesos de formación a los que sean convocados.
- Abstenerse de autorizar, motivar, aprobar, participar o tolerar los incumplimientos del presente programa.
- Reportar a través de los canales éticos previstos por la Compañía cualquier incumplimiento al presente programa.
- Abstenerse de tomar represalias, directa o indirectamente, o alentar a otros a hacerlo, en contra de cualquier otro empleado por denunciar una sospecha de incumplimiento del presente programa.

Los colaboradores del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. deben adoptar un compromiso para prevenir que la institución sea utilizada para llevar a cabo actividades relacionadas con LA/FT/PADM y anteponer dicho compromiso a las metas comerciales y personales. El Hospital ha establecido los siguientes lineamientos en cuanto a la comunicación con sus colaboradores y/o funcionarios:

- Los funcionarios deberán recibir un taller anual en temas alineados al PTEP, el cual será coordinado por el Oficial de Cumplimiento con el apoyo de la Jefe de Gestión Humana. La entidad podrá definir los colaboradores que deberán ser capacitados, con el fin de dar cumplimiento de las políticas definidas en el programa.
- Durante el proceso de selección de los potenciales candidatos a ocupar un cargo en el Hospital, se le informará que la entidad cuenta con un Programa de Transparencia y Ética Empresarial y que podrá ser sujeto de análisis frente a esta materia. Adicionalmente la entidad definirá los cargos o casos específicos en los que se requerirá la realización de un estudio de seguridad para lo cual se pedirá autorización del candidato.
- En caso que algún empleado detecte alguna actividad de LA/FT/PADM en sus actividades, debe notificarla de inmediato al Oficial de Cumplimiento.
- Por medio del área de Recursos Humanos, se enviarán correos electrónicos a todos los funcionarios de la entidad con el fin de informar cambios o noticias importantes relacionadas con el PTEP.
- Terceros – parágrafo contractual.
- Dentro del plan de comunicación a colaboradores se podrán utilizar las siguientes herramientas:

Memorando interno de comunicación



Carteleros

Correos Electrónicos

Cualquier otro medio que la Organización considere útil para comunicar esta información.

Página web www.hosusana.gov.co

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA			HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA			Código:	SLV-G-78
				Versión:	0

La periodicidad con la cual se llevarán a cabo estos comunicados y las personas a las cuales les llegarán serán definidas por la Jefe de Talento Humano conjuntamente con el Oficial de Cumplimiento.

6.9.7. Clientes

Como práctica de buen gobierno corporativo, se ha definido no tener relación comercial con clientes vinculados a temas de LA/FT/PADM. Para ello ha definido los siguientes mecanismos para notificar a los actuales y potenciales clientes que la Organización cuenta con un PTEP:

- Para clientes: Cuando sea posible su identificación individual, especialmente para clientes institucionales, se informará durante el proceso de debida diligencia para el conocimiento de contrapartes sobre las prácticas relacionadas con la gestión al riesgo de soborno transnacional. En especial la mención que la Organización cuenta un Manual de políticas y procedimientos para la gestión de este tipo de riesgo.
- Consultar en las diferentes listas de restricción.

6.9.8. Usuario

El Hospital informará a sus usuarios sobre la existencia y aplicación de políticas para prevenir la materialización del riesgo de LA/FT/PADM y corrupción transnacional ley 1778 de 2016 a través de comunicados en la página web y redes sociales.

6.9.9. Proveedores

Como práctica de buen gobierno corporativo, la institución ha definido no tener relación comercial con proveedores vinculados a temas de LA/FT/PADM corrupción. En especial la mención que el Hospital cuenta con un Manual de políticas y procedimientos para la gestión de este tipo de riesgo y que estarán sujetos a análisis frente a esta materia.

- Consultar en las diferentes listas de restricción

6.9.10. Auditoria Interna



Son funciones de Auditoria Interna en relación con el PTEP, las siguientes:

- Evaluar la efectividad y cumplimiento del PTEP.
- Comunicar el resultado de dichas auditorías internas al Representante Legal, al Oficial de Cumplimiento y a la Junta Directiva.

7. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA

El programa contiene todos los procedimientos, manuales, guías y normas internas en materia de prevención, detención y control frente a los factores de riesgo de corrupción, fraude, opacidad, lavado de activos (LA), Financiación del Terrorismo (FT), Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (PADM) y fiscales, fundamentados en los valores corporativos que orientan actuar con postura ética durante todas las relaciones nacionales o transnacionales que realicen los accionistas, directivos, colaboradores.

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	


	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

7.1. Políticas Generales del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP)

En el presente se relacionan los lineamientos generales, de obligatorio cumplimiento, para el funcionamiento adecuado del programa implementado, con el fin de orientar la actuación de las empresas, sus colaboradores, socios y demás grupos de interés.

- En la Organización se promueve y se trabaja por una cultura institucional contra la corrupción y el soborno transnacional.
- Las disposiciones del programa son de obligatorio cumplimiento para todos los grupos de interés del Hospital y constituyen reglas de conductas que no podrán violarse en algún caso. El programa es el documento soporte del sistema y sólo puede ser aprobado por la Gerencia y/o Junta Directiva al igual que sus modificaciones.
- El Programa de Transparencia y Ética Pública está compuesto por procedimientos y elementos que le permiten tener un adecuado conocimiento de clientes, proveedores, usuarios, funcionarios y de las personas expuestas políticamente que tengan alguna relación con la institución. De esta manera, llevar a cabo negocios de manera ética, transparente y honesta.
- El oficial de cumplimiento adelantará las acciones para divulgar la Política de SARLAFT frente al soborno, brindando los recursos económicos, humanos y tecnológicos necesarios.
- Realizar capacitaciones a funcionarios y órganos de administración y soportarlas documentalmente, según normatividad vigente.
- Las políticas, procedimientos, metodologías, los criterios de medición, las escalas de valoración del programa se revisarán y/o se actualizarán cada año, con el fin de mantener actualizado el programa, según las nuevas tipologías de corrupción utilizadas.
- Cuando la Organización incursione en nuevos mercados, ofrezca nuevos productos o haga cambios en el negocio, la Junta Directiva junto a la Gerencia y el Oficial de Cumplimiento, deberán evaluar el riesgo de CORRUPCIÓN/LV/FT/PADM/OPACIDAD/FRAUDE/FISCALES, que implica y dejar constancia del análisis realizado.
- No se llevarán a cabo operaciones, actividades, negocios y contratos sin que exista el respectivo soporte interno o externo, debidamente fechado y autorizado por las personas con atribuciones para tal fin. Esta documentación corresponde el respaldo probatorio para cualquier investigación que puedan adelantar las autoridades competentes.
- La Institución, cuenta con procedimientos definidos para el adecuado manejo y custodia de la documentación los cuales garantizan la integridad, actualización, oportunidad, confiabilidad, trazabilidad, reserva y disponibilidad de la información.
- Los conflictos de interés entre las diferentes partes relacionados con el PTEP que se puedan presentar deben ser resueltos con base en los lineamientos de la Junta Directiva, La Gerencia, cumpliendo con la normatividad aplicable.
- La Institución evitará tener algún tipo de relación con proveedores, clientes, colaboradores y socios que se encuentren incluidos en las listas restrictivas en materia de Soborno Transnacional.
- Cualquier tipo de relación que se pueda generar con PEEs nacional o extranjera, debe ser validada por la junta directiva o gerencia en cooperación con el oficial de cumplimiento y aplicar la debida diligencia avanzada para todos los casos.
- No establecer ninguna relación de negocios o de cualquier otro tipo, con personas naturales o jurídicas de las cuales se tengan dudas sobre el origen de sus fondos, tengan vínculos con organizaciones al margen de la ley, se encuentran en listas restrictivas por ser susceptibles a soborno.
- Los procedimientos definidos permiten identificar, detectar, prevenir y mitigar el impacto de riesgo frente a un posible contagio o soborno transnacional.

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

- Ningún colaborador del Hospital debe solicitar, aceptar o dar regalos, dinero, objetos de valor o trato preferencial con empresas o personas que tengan o pretendan realizar cualquier tipo de relación comercial.
- La información de vinculación o actualización de los clientes, proveedores, colaboradores y grupos de interés en general, debe ser oportuna, permanente y actualizada, siendo revisada como mínimo anualmente.
- La Institución es autónoma para tomar decisiones de rechazo, exclusión o desvinculación de clientes, proveedores, empleado o socios.
- Los procesos de conocimiento de contrapartes que sea realizado por otras entidades no eximirá de responsabilidad a la Organización frente a la debida diligencia de conocimiento de la contraparte.
- Para las personas jurídicas o naturales con mayor exposición al riesgo de corrupción transnacional, se debe realizar un análisis de riesgo más exhaustiva en cuanto a los factores legales, financieros y contables.
- Incluir dentro de los formatos de vinculación de vínculos comerciales con las personas jurídicas o naturales, el compromiso de la colaboradores en aplicar una tolerancia cero hacia el LA/FT/, soborno, opacidad, fraude y la corrupción en todas nuestras transacciones de negocios y que el incumplimiento al PTEP podría dar por terminado las relaciones contractuales.

7.1.1. Conflicto de intereses

Se entiende por conflicto de intereses, cuando:



- Existen intereses contrapuestos entre un trabajador y los intereses de la Empresa, que pueden llevar a aquel a adoptar decisiones o a ejecutar actos que van en beneficio propio o de terceros y en detrimento de los intereses de la Empresa.
- Cuando exista cualquier circunstancia que pueda restarle independencia, equidad u objetividad a la actuación de cualquier trabajador de la Empresa, y ello pueda ir en detrimento de los intereses de la misma.
- Todos los miembros de Junta Directiva, Altos Directivos y Empleados se asegurarán de que todas las decisiones tomadas en el curso de su actividad están dentro del interés de la Empresa. Los conflictos de interés deberán ser reportados al Oficial de Cumplimiento con el fin de adoptar la conducta necesaria para retener la independencia de juicio y alternativa. Igualmente, los potenciales conflictos de interés deben ser revelados, para ser tratados y analizados por los canales regulares.
- La existencia de este tipo de situaciones no implica que se descarte que la Empresa pueda relacionarse con algún tercero; por el contrario, lo que se busca es que los Empleados procedan a la revisión de la información a fin de evaluar y asegurar que no existan eventos que puedan ser causa de un perjuicio para la Empresa.

7.1.2. Política para el otorgamiento y recepción de regalos e invitaciones

Acorde con los valores corporativos, la Empresa define su política para el otorgamiento y recepción de regalos e invitaciones en el ámbito de las relaciones comerciales y/o laborales, cuyo propósito es definir la postura de la Empresa frente a las atenciones a los Empleados, Contratistas y terceros a través de regalos y/o invitaciones, que permita consolidar relaciones transparentes entre ellos.

Al ser conscientes de que dar y recibir regalos y/o invitaciones puede ser determinante para que los beneficiarios de estos tomen decisiones influenciadas que puedan afectar los intereses de la Empresa,

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

incluso podrían representar un evento de soborno o corrupción, se establece como principio general de esta Política el no promover la práctica de dar o recibir regalos, obsequios o invitaciones a los Empleados, Contratistas y demás terceros, salvo que estos se adecuen a las siguientes características:

- Que se trate de regalos corporativos, es decir, aquellos que se entregan para promocionar los servicios ofrecidos por quien lo otorga, como actividades de mercadeo.
- Que no se ofrezcan dentro de un contexto que evidentemente pueda influir en la decisión de quien lo recibe y a favor de quien lo otorga.
- Que corresponda a invitaciones que se hagan para promocionar o dar a conocer productos o servicios relacionados con la actividad económica de la Empresa, la cual deberá contar con la aprobación del jefe inmediato del Empleado junto con la debida justificación.
- En consecuencia, se prohíbe expresamente dar o recibir regalos o invitaciones que no se enmarquen dentro de las citadas excepciones y, especialmente aquellos que:
 - Estén materializados en viajes, hoteles, cruceros, espectáculos, eventos deportivos.
 - Proviengan o estén dirigidos de un funcionario público nacional o extranjero.
 - Correspondan a dinero en efectivo, transferencias, bonos, descuentos en establecimientos de comercio para adquirir bienes o servicios, entre otros.
- En caso de duda sobre la posibilidad de dar o recibir un determinado regalo, o aceptar u ofrecer una invitación, se deberá consultar al Oficial de Cumplimiento.

7.1.3. Remuneraciones y pago de comisiones a contratistas y empleados, respecto de negocios o transacciones internacionales

Remuneraciones y pago de comisiones a Contratistas: todas las negociaciones o transacciones internacionales deberán constar por escrito y serán analizadas según lo establecido en la política de Debida Diligencia como parte de los controles definidos para minimizar el riesgo de soborno transnacional.

Si en el marco de la negociación las partes establecen el reconocimiento y pago de comisiones, no deberá quedar ninguna duda sobre su naturaleza y será necesario que la forma en que se pacte el hecho generador y el pago de éstas sean claros y no den lugar a interpretaciones.

Lo anterior evitará que se realicen pagos disimulados a través de comisiones, práctica que está expresamente prohibida.

Los pagos por estos conceptos serán realizados a través de transacciones bancarias, estando debidamente soportados por facturas elaboradas según los términos establecidos en el contrato u orden de compra y/o servicio, de tal manera que sean consignados en la cuenta bancaria registrada por el contratista al momento de surtir el proceso de vinculación.



No se permite ningún pago a terceros diferentes a los que intervienen en la relación contractual.

- Remuneración y pago de comisiones a Empleados: las remuneraciones y comisiones que puedan generarse a favor de los Empleados se regulan por lo establecido en el contrato laboral.
- Se prohíbe cualquier pago de comisiones en contravía de lo dispuesto en la presente política.

7.1.4. Viáticos y gastos de viaje

Los viajes que realizan los Empleados y Altos Directivos, a cargo de la Empresa, deberán obedecer estrictamente al ejercicio de sus funciones en esta. En tal sentido, para el reconocimiento de los gastos de viaje se deberá dar cumplimiento al "Procedimiento de gastos de viaje".

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

Una vez finalice el viaje, todos los Empleados deben entregar la relación de los gastos en el aplicativo definido por la Empresa para verificar que se dio cumplimiento al proceso interno que indica los montos máximos en que pueden incurrir por estos conceptos.

No se podrán realizar invitaciones a funcionarios públicos nacionales o extranjeros, en caso de requerirse se deberá contar con la aprobación previa del jefe inmediato u Oficial de Cumplimiento.

7.1.5. Política Sobre Donaciones

Las donaciones realizadas por la Empresa deben tener un fin lícito y se ejecutarán dando cumplimiento al Procedimiento de Donaciones y deberán ser autorizadas por la Alta Dirección y Gerencias, previa verificación de las siguientes condiciones:

- Que se haya realizado la debida diligencia para el conocimiento real y exhaustivo de la entidad beneficiaria.
- Que se cuente con la solicitud formal de donación por parte de la entidad beneficiaria, salvo que la iniciativa de donar provenga directamente de la Alta Dirección.
- Todas las donaciones realizadas quedan soportada en una certificación de donación, actas de entrega o acuerdos corporativos.

7.1.6. Política sobre interacción con funcionarios o servidores públicos

- Los Empleados no deben solicitar, aceptar, ofrecer o suministrar regalos, entretenimiento, hospitalidad, viajes o patrocinios con el fin de inducir, apoyar o recompensar una conducta irregular, con relación a obtener cualquier negocio que involucren a la empresa. Los regalos, gastos de entretenimiento u otras cortesías para beneficio de un funcionario o servidor público no son permitidos. En caso de considerarse alguna cortesía deberá ser aprobada por el Jefe Inmediato y ser informado al Oficial de Cumplimiento.
- En la empresa no se deben utilizar intermediarios o terceras personas para que ellos realicen pagos inapropiados. Los pagos de facilitación (pagos dados a un funcionario o persona de negocios para agilizar un trámite) están prohibidos. Dichos pagos no deben hacerse a funcionarios públicos, aun cuando fuesen una práctica común en un país determinado.

7.1.7. Política sobre contratos o acuerdos con terceras personas



Todos los contratos o acuerdos suscritos por la empresa deben contener cláusulas, declaraciones o garantías sobre conductas anti sobornos y anticorrupción. El proceso de Gestión Legal, liderado por el Gerente de Asuntos Legales y Corporativos, debe incluir estas cláusulas en todos los contratos.

Además de declarar y garantizar el cumplimiento de este programa, las leyes y regulaciones anticorrupción aplicables, se debe incluir el derecho a terminar el contrato unilateralmente cuando ocurra una violación o incumplimiento a éste.

En cualquier caso, el responsable de la negociación debe asegurar que las cláusulas estén incluidas antes de la firma de los contratos o acuerdos, de no observarse deben de solicitarlas a las Gerencia Legal.

7.1.8. Política sobre procedimientos de archivo y conservación de documentos

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

El Oficial de Cumplimiento debe garantizar la integridad y conservación de los documentos generados para el Programa de Transparencia y Ética Empresarial con el fin de demostrar su cumplimiento y la efectividad en caso de que se requiera.

Hacen parte del archivo:

- Resolución de aprobación del PTEP.
- Programa de Transparencia y Ética Empresarial.
- Soporte a las actualizaciones que se realicen al programa.
- Informes presentados a la Asamblea de Accionista y Junta Directiva.
- Soporte de las capacitaciones realizadas a los empleados.
- Procedimientos integrantes que ponen en marcha el PTEP.
- Informes que entregue Revisoría Fiscal, junto con la respuesta respectiva y las actividades que lo soportan.
- Matriz de Riesgos con sus respectivas actualizaciones.
- Reportes recibidos a través de la línea ética y su resultado final.
- Soporte de cumplimiento de las políticas y las auditorías realizadas para verificar el cumplimiento.

Los documentos serán archivados por un término de cinco (5) años, aplicando la metodología que establezca la Institución. En todo caso, su destrucción requerirá la aprobación del Oficial de Cumplimiento y siempre se dejará respaldo digital.

7.1.9. Registros contables

El Hospital debe llevar y mantener registros y cuentas que reflejen de forma exacta y precisa todas las transacciones realizadas. Los Empleados de la Compañía no pueden cambiar, omitir o tergiversar registros para ocultar actividades indebidas o que no indican correctamente la naturaleza de una transacción registrada.

La Compañía tiene controles internos para prevenir que se oculten o disimulen sobornos u otros pagos indebidos en transacciones como: comisiones, pagos de honorarios, patrocinios, donaciones, gastos de representación o cualquier otro rubro que sirva para ocultar o encubrir la naturaleza impropia del pago.



7.2. Control y supervisión del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP)

La naturaleza cambiante de los negocios, fomentan nuevas tipologías de corrupción, donde la Organización podría verse involucrada al no realizar algún tipo de supervisión y evaluación de la efectividad del programa. Por lo anterior, se deben adoptar mecanismos que permitan verificar los controles periódicamente por medio de las auditorías, debida diligencia e información entregada por los colaboradores y de esta manera actualizar el Programa cada vez que se requiera.

7.3. Divulgación de las Políticas del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP)

Es fundamental para el debido conocimiento y cumplimiento del PTEP, tener a los colaboradores capacitados en cuanto a temas, tipologías y mecanismos que les permitan desarrollar estrategias para ejecutar apropiadamente el programa. De esta manera, generar una cultura organizacional para enfrentar de manera colectiva los desafíos frente a LA/FT/PADM, la corrupción y soborno, eliminando o mitigando su impacto a través de las buenas prácticas institucionales.

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA			HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA			Código:	SLV-G-78
				Versión:	0

A partir de la vigencia de la presente ley, todas las entidades del Estado a más tardar el 31 de enero de cada año, deberán publicar en su respectiva página web el Plan de Acción para el año siguiente, en el cual se especificarán los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión junto a los indicadores de gestión.

7.4. Canales de comunicación

Los canales de comunicación, son mecanismos que la organización pondrá a disposición de los colaboradores, proveedores, clientes y en general a cualquier persona, con el fin de que reporten de manera confidencial conductas contrarias al PTEP, estableciendo todos los controles necesarios para que lleguen al Oficial de Cumplimiento sin perjuicio alguno hacia la persona reportante, a su vez, gozando de total y absoluta reserva.

8. ELEMENTOS DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA

8.1. Etapas

La metodología integra las etapas de diagnóstico, identificación, valoración, control, divulgación y monitoreo. Por lo anterior, a continuación se detallan las etapas que conforman el Sistema de Autocontrol y Gestión del Riesgo frente al LA/FT/PADM Soborno Transnacional.

8.2. Diagnóstico

Con el fin de contar con un sistema de administración de riesgos que responda de manera adecuada a la realidad de la institución, se debe tener el contexto global donde se desenvuelve, siendo definido por su objetivo misional y estructura organizacional. De esta manera, identificar apropiadamente sus fortalezas y debilidades en la que se encuentra frente a la LA/FT.

El diagnóstico realizado permitirá al Hospital adoptar o modificar las políticas definidas en el presente manual, incluyendo los procedimientos que se utilizarán para la identificación, medición, control y monitoreo del riesgo. Durante esta etapa se establecen las metodologías, estructura organizacional, técnicas, herramientas y fuentes de información para el diseño y actualización del sistema.



8.3. Identificación

Esta etapa permite identificar los riesgos relacionados a LA/FT a los que se encuentra expuesta la Institución en función de las actividades que desarrolla y con base en cada una de las fuentes de riesgo asociados.

La identificación de riesgos se realizará mediante la ejecución de “talleres y mesas de trabajo”, en los cuales se reunirán el líder del proceso y el Oficial de Cumplimiento, o la persona que este designe, y se procederá a analizar cada una de las actividades desarrolladas dentro del proceso, verificando si se encuentra expuesto al riesgo de corrupción.

8.4. Medición

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

Para cada uno de los eventos de riesgo identificados se determinará su probabilidad de ocurrencia y su impacto en caso de materialización, con el fin de conocer la exposición que tiene la organización al riesgo de LA/FT sin tener en cuenta el efecto de los controles; esto es su riesgo inherente. Para la medición de la probabilidad de ocurrencia e impacto se utilizará un modelo semi-cuantitativo que basará la calificación en la experticia del líder del proceso en consenso con el Oficial de Cumplimiento, o la persona que este designe.

La medición de los riesgos se realiza por medio de la evaluación de los siguientes aspectos:
 Probabilidad de ocurrencia: Corresponde a la medición de la posibilidad de materialización de un evento de riesgo de LA/FT en el periodo de un año, sin tener en cuenta el efecto de los controles, utilizando la siguiente escala: Escala Descripción Frecuencia

8.5. Control

En esta etapa se identifican las medidas para controlar el riesgo inherente al que se encuentra expuesta la Organización, teniendo en cuenta los riesgos identificados y medidos en las etapas anteriores. Por lo tanto, se realiza una identificación y medición de la eficiencia de los controles ejecutados en los procesos de la Organización. Como resultado de esta etapa se obtiene la exposición residual de la Organización frente al riesgo de corrupción, utilizando la metodología descrita a continuación:

Se identifican los controles existentes asociados a los eventos de riesgos identificados para posteriormente evaluar la eficiencia y efectividad de los mismos. A continuación se establecen los criterios para evaluar los controles:

Naturaleza del Control: Mide el control de acuerdo a su forma de aplicación.

8.6. Apetito de riesgos

Como parte del proceso para alcanzar una cultura de riesgo al interior de la institución, es necesario definir actitudes concretas ante los riesgos identificados y analizados, es decir, definir el apetito de riesgo, siendo la exposición que la institución está dispuesta a aceptar para lograr sus objetivos.

Por lo anterior se informa, la institución NO está dispuesta a tener ningún apetito de riesgo frente a la corrupción, debido a que la corrupción es indudablemente inaceptable en todos los niveles de la institución.



Establecimiento de planes de acción:

Si luego de establecer los controles frente al riesgo de corrupción, dentro de la matriz aun continua mapeado una posibilidad de ocurrencia, el riesgo inherente, por mínimo que sea, se debe adoptar de manera inmediata un plan de acción que lo elimine.

8.7. Monitoreo

Esta etapa permite realizar el seguimiento al perfil de riesgo de LA/FT/PADM la que se encuentra expuesta la organización en función de sus actividades. Se realiza el seguimiento a los eventos de riesgos identificados, a la eficacia de los controles y a los niveles de exposición residual a nivel

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

individual por evento de riesgo y a nivel consolidado de la organización. Esta etapa permite la detección de posibles incumplimientos al PTEE.

8.8. Comunicación

El Hospital deberá contar con un plan de comunicaciones que incorpore temas relacionados al PTEE con el fin de fortalecer la cultura de riesgos en la Organización.

El Hospital informará a los siguientes grupos de interés en especial a los clientes, usuarios, proveedores y colaboradores sobre sus prácticas de buen gobierno por medio de los canales de comunicación establecidos a continuación:

A Pagina Web

B Redes sociales

C Infografías.

De igual manera, se estructurará una estrategia que permita mantener y fortalecer la cultura de integridad, cumplimiento y transparencia la cual será enfocada principalmente en sus empleados y partes interesadas.


La divulgación del Programa de Transparencia y Ética Pública se debe realizar mediante publicación en la intranet y la página web

8.9. Capacitación

Todos los colaboradores deberán conocer el PTEP durante su proceso de vinculación, adicionalmente, el Oficial de Cumplimiento deberá realizar capacitación como mínimo una (1) vez al año a los colaboradores que de acuerdo a sus funciones, puedan tener una mayor exposición al riesgo de LA/FT/PADM corrupción, ya sea de forma presencial o virtual

Componente Capacitaciones					
Subcomponente		Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Iniciativas adicionales	1.1	Definir y ejecutar el Plan de trabajo del Programa de Transparencia y Ética Pública	Plan de Acción del PTEE	Oficial de Cumplimiento	01/31/2024
	1.2	Desarrollar estrategias de socialización, capacitación e impacto en el personal de la institución.	Informe – Listados de participación	Oficial de Cumplimiento	30/06/2024 31/12/2024
	1.3	Medición y ejecución de acciones para el fortalecimiento del PTEE	Informe semestral del desarrollo del PTEP. Informe de resultados de medición de la percepción.	1. Oficial de Cumplimiento 2. Personal de la Institución	30/06/2024 31/12/2024 30/06/2024 31/12/2024
	1.4	Plan de fortalecimiento y cumplimiento de acciones definidas en el clima organizacional	Informe semestral sobre clima organizacional, inducción a personal de la institución	Gestión de Talento Humano	30/06/2024 29/12/2024

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ E.S.E.	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA			Código:	SLV-G-78
				Versión:	0

8.10. Cronograma

Las actividades a realizar en el año 2024, se relacionan a continuación:

Componente 1: Gestión del Riesgo de SARLAFT -Mapa de Riesgos de SARLAFT					
Subcomponent	Actividades		Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponent 1 /proceso Política Administración SARLAFT	1.1	Despliegue de la política de riesgos.	Un (1) evento socialización de política	Subdirección Administrativa Direccionamiento estratégico	Fecha de inicio: 01/03/2024 Fecha Terminación: 30/12/2023
		Proyección y consolidación del mapa de Riesgos de SARLAFT.	Mapa de riesgo actualizado	Procesos subprocesos Oficina Asesora Planeación	Fecha de inicio: 02/01/2024 Fecha Terminación: 29/01/2024
Subcomponent 3/proceso Consulta divulgación	3.1	Aprobar el mapa de riesgo actualizado conforme a Política y Manual SARLAFT	Mapa de riesgos aprobado	Gerencia	29/01/2024
	3.2	Publicación del mapa de riesgos SARLAFT.	Mapa de riesgos de corrupción publicado portal Web	Sistemas información	31/01/2024
Subcomponent /proceso Monitoreo revisión	4.1	Monitorear y revisar mapa de riesgos SARLAFT	Mapa de riesgos revisado	Responsables acciones de control.	30/06/2024 31/12/2024
	4.2	Generar alertas tempranas como resultado de monitoreo	Identificación de alertas tempranas	Responsables acciones de control.	01/01/2024 31/12/2024
Subcomponent /proceso Seguimiento	5.1	Primer Seguimiento mapa de riesgos con corte al 30 de junio	Mapa de riesgos con resultados seguimiento.(publicado portal Web)	Subdirección Administrativa	No aplica 31/08/2024
	5.2	Segundo Seguimiento mapa de riesgos con corte al 31 de agosto	Mapa de riesgos con resultados del seguimiento publicado en portal Web	Subdirección Administrativa	30/01/2024

9. ACTUALIZACIÓN Y VIGENCIA

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Código:	SLV-G-78
			Versión:	0

Este programa debe ser revisado, actualizado y aprobado como mínimo cada año por la El Comité de Gestión y Desempeño Institucional / Gerencia o cuando se deban considerar en este nueva reglamentaciones legales o internas.

Corresponde al Oficial de Cumplimiento la revisión y actualización del Programa.

Cualquier cambio será comunicado a todos los Empleados, así como a los grupos de interés a los que tenga lugar.

Este Programa fue aprobado mediante Acta 001 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

10. DOCUMENTOS INSTITUCIONALES REFERENTES

- SLV-G-19 Política Administración del Riesgos
- SLV-G-74 Política SARLAFT
- SLV-G-40 Política de Transparencia
- SLV-GC-34 Procedimiento para la Elaboración de mapas de riesgo
- SLV-G-49 Manual SARLAFT
- SLV-SM-38 Programa de Capacitación
- SLV-G-24 Código de Integridad Dicomjurho
- SLV-G-25- Código de Buen Gobierno
- SLV-GC-59 Plan de Anticorrupción y de Atención Ciudadana PAAC

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	

CLAUDIA YOLIMA MONTILLA CARDONA Elaboró	Revisó Planeación	Revisó Subdirección	Aprobó Gerencia
Fecha de aprobación:		Vigencia: por gestión documental 3 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	