


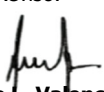
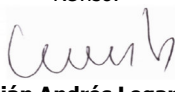

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 1 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	



PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA 2026

"Pensando en ti, doy lo mejor de mi"





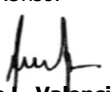
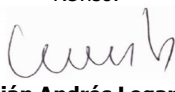

**"La verdadera transparencia solo es posible cuando se practica con
integridad y honestidad"**



Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 2 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	



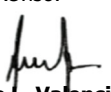
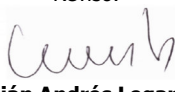

Contenido



INTRODUCCIÓN	4
1. OBJETIVOS	6
1.1. OBJETIVO GENERAL	6
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	6
2. ALCANCE	6
3. REFERENCIA	7
4. DEFINICIONES	10
5. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DEL HOSPITAL	19
5.1. MISIÓN Y VISIÓN	19
5.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	20
5.3. CÓDIGO DE INTEGRIDAD	21
5.4. ESTRUCTURA ORGÁNICA	22
5.5. MODELO DE PROCESO	22
5.6. CULTURA ORGANIZACIONAL	23
5.7. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	23
5.8. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO SARLARFT	24
5.8.1. <i>Política SARLAFT</i>	26
5.8.2. <i>Política de Transparencia</i>	26
5.9. CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO	27
6. COMPONENTES DEL PROGRAMA	28
6.1. ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGO	28
6.2. MEDIDAS DE DEBIDA DILIGENCIA	66
6.3. REDES INTERINSTITUCIONALES Y CANALES DE DENUNCIA	68
6.3.1. <i>Correo - Ético</i>	68
6.3.2. <i>Reportes a la Superintendencia Nacional de Salud</i>	69
6.3.3. <i>Canal de Consulta</i>	69
6.4. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN	70
6.5. LEGALIDAD E INTEGRIDAD	73
6.6. ATENCIÓN AL CIUDADANO	73
6.7. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y RENDICIÓN DE CUENTAS	75
6.8. RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	77
6.9. INICIATIVAS ADICIONALES - ROLES Y RESPONSABILIDADES	79
6.9.1. <i>Compromiso de la Gerencia</i>	80
6.9.2. <i>Representante Legal</i>	80
6.9.2. <i>Junta Directiva</i>	81
6.9.3. <i>Oficial de Cumplimiento</i>	82

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 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	
		Página 3 de 105	Código SLV-G-78
		Versión: 3	SLV-DES-01-F01

6.9.4.	Revisor Fiscal.....	83
6.9.5.	Colaboradores – Empleados	83
6.9.6.	Clientes	85
6.9.7.	Usuario	85
6.9.8.	Proveedores.....	85
6.9.9.	Auditoría Interna	85
7.	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA	86
7.1.	POLÍTICAS GENERALES DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP)	86
7.1.1.	Conflicto de intereses.....	88
7.1.2.	Política para el otorgamiento y recepción de regalos e invitaciones.....	89
7.1.3.	Remuneraciones y pago de comisiones a contratistas y empleados, respecto de negocios o transacciones internacionales.....	90
7.1.4.	Viáticos y gastos de viaje.....	90
7.1.5.	Política Sobre Donaciones.....	91
7.1.6.	Política sobre interacción con funcionarios o servidores públicos.....	91
7.1.7.	Política sobre contratos o acuerdos con terceras personas.....	91
7.1.8.	Política sobre procedimientos de archivo y conservación de documentos	92
7.1.9.	Registros contables.....	92
7.2.	CONTROL Y SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP)	93
7.3.	DIVULGACIÓN DE LAS POLÍTICAS DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP)	93
7.4.	CANALES DE COMUNICACIÓN	94
8.	ELEMENTOS DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA.....	94
8.1.	ÉTAPAS	94
8.2.	DIAGNÓSTICO.....	94
8.3.	IDENTIFICACIÓN	94
8.4.	MEDICIÓN	95
8.5.	CONTROL.....	95
8.6.	APETITO DE RIESGOS	96
8.7.	MONITOREO	96
8.8.	COMUNICACIÓN.....	97
8.9.	CAPACITACIÓN.....	97
8.10.	CRONOGRAMA.....	98
7.	MEJORA CONTINUA.....	99
8.	CONTEXTO ESTRATÉGICO, OPERATIVO Y DE INTEGRIDAD	99
9.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	100
9.1	GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO.....	100
10.	ACTUALIZACIÓN Y VIGENCIA	104
11.	DISPOSICIONES FINALES.....	105
12.	DOCUMENTOS INSTITUCIONALES REFERENTES.....	105

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA			Página 4 de 105	Código SLV-G-78	
				Versión: 3	SLV-DES-01-F01	



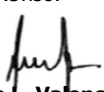
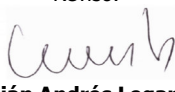

INTRODUCCIÓN



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.

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.

Se presentan los lineamientos relativos al Programa de Transparencia y Ética Empresarial, los cuales contemplan las modificaciones a las Circulares Externas 007 de 2017 y 003 de 2018 respecto a la implementación de mejores prácticas organizacionales, el Código de Conducta y de Buen Gobierno. Este documento define los objetivos, alcance, estrategias y actividades necesarias para garantizar la transparencia y la gestión del riesgo, y las disposiciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

El programa se desarrolla bajo un enfoque de Gestión Integral del Riesgo, alineado con la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública (Versión 7) el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y cumplimiento de la Ley 1474 de 2011, el Decreto 1499 de 2017; el marco COSO ERM y el SIGRIP. De esta manera, se articulan los riesgos estratégicos, operativos, de corrupción, fiscales, de lavado de activos, seguridad digital y

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 5 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

reputacionales, incorporando lo dispuesto en la Ley 2195 de 2022 y el Decreto 1122 de 2022.

El objetivo principal de esta iniciativa es prevenir actos de corrupción, asegurar la transparencia institucional y fortalecer la confianza en el sector salud.



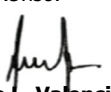
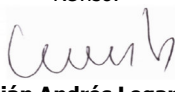

El Programa de Transparencia y Ética Pública aplica a todos los procesos, servidores públicos, contratistas y grupos de valor del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., y constituye un instrumento preventivo, orientado a fortalecer la cultura de integridad, la transparencia institucional, la rendición de cuentas y la confianza ciudadana.



PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA -PTEP

En el presente documento se estructura el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 2195 de 2022, las directrices del Departamento Administrativo de la Función Pública, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y las Circulares emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

El Programa establece los objetivos, alcance, estrategias, mecanismos y actividades orientadas a la prevención, identificación, evaluación, tratamiento y seguimiento de los riesgos asociados a corrupción, fraude, opacidad, lavado de activos, financiación del terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva (PADM), riesgos fiscales, operativos y reputacionales, bajo un enfoque de Gestión Integral del Riesgo.

El PTEP se desarrolla en concordancia con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo – Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública, el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP y los principios del marco COSO ERM, promoviendo una cultura de integridad, transparencia, autocontrol y mejora continua en todos los procesos, servidores públicos, contratistas y grupos de valor del Hospital.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 6 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General



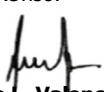
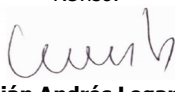

Formular, implementar y fortalecer lineamientos, estrategias y mecanismos, bajo un enfoque de Gestión Integral del Riesgo, que permitan la prevención, identificación, evaluación, tratamiento, seguimiento y detección oportuna de los riesgos asociados a corrupción, fraude, opacidad, lavado de activos, financiación del terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva (PADM), riesgos fiscales y reputacionales, con el fin de promover la transparencia, la integridad pública y el adecuado cumplimiento de los objetivos institucionales del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.



1.2. Objetivos Específicos:

- Gestionar de manera integral los riesgos asociados a actos de corrupción, fraude, opacidad, lavado de activos, financiación del terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva (PADM) y riesgos fiscales, mediante la identificación, análisis, evaluación, tratamiento y seguimiento de dichos riesgos, y la implementación de controles efectivos que permitan su prevención y mitigación.
- Fortalecer la transparencia, la calidad y la accesibilidad en la prestación de los servicios de salud, mediante la definición y divulgación del portafolio de servicios, la disponibilidad y accesibilidad de la información institucional, la medición de la satisfacción de los usuarios y el fortalecimiento de los canales de atención, como mecanismos de prevención de riesgos de opacidad y mejora de la cultura de servicio al ciudadano.
- Promover y fortalecer una cultura de integridad, ética pública, legalidad, autocontrol y responsabilidad en los servidores públicos, directivos, contratistas, proveedores y usuarios del Hospital, que contribuya a la prevención de conductas contrarias a la transparencia y al fortalecimiento de la confianza ciudadana.

2. ALCANCE

Las medidas, acciones y mecanismos definidos en el presente Programa de Transparencia y Ética Pública son de obligatorio cumplimiento y aplican al desarrollo de las funciones,

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 7 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

actividades y obligaciones de todos los procesos estratégicos, misionales y de apoyo; así como a los servidores públicos, directivos, contratistas y demás grupos de valor del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., en el marco de la Gestión Integral del Riesgo, la integridad pública y la transparencia institucional.

3. REFERENCIA

Constitución Política de Colombia de 1991. Artulado 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 2195 de 2022. Busca fortalecer la transparencia, prevención y lucha contra la corrupción mediante medidas como la obligación de programas de ética y transparencia en entidades públicas, mayor escrutinio de beneficiarios finales en contratos, y sanciones más severas para actos corruptos, incluyendo inhabilidades y multas para empresas, además de promover la cultura de legalidad y la participación ciudadana para recuperar la confianza pública.



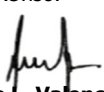
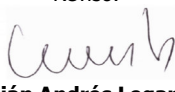

DECRETO 1122 DE 2024. reglamenta los Programas de Transparencia y Ética Pública (PTEP) en el sector público, definiendo lineamientos y obligaciones para las entidades, con el objetivo de combatir la corrupción y fortalecer la integridad, basándose en modificaciones a leyes anteriores y proporcionando un marco detallado en un Anexo Técnico para su implementación, según lo establecido en [el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022](#) y el [artículo 73 de la Ley 1474 de 2011](#).



Decreto 1122 de 2024: actualiza disposiciones sobre programas de transparencia y gestión del riesgo, alineando las prácticas organizacionales con estándares internacionales.

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 190 de 1995 (Normas para preservar la moralidad en la administración pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa).

Ley 526 de 12 Agosto de 1999, Por medio de la Cual se crea la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF: el artículo 1° 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

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 8 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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, 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 1150 de 2007 (Dictan medidas de eficiencia y transparencia en la contratación con Recursos Públicos).



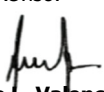
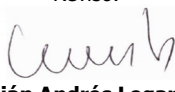

Ley 1474 de 12 de Julio de 2011, modificada por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, Por la se establece la implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública.



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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 9 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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.

Decreto 124 de 2016, por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".

Decreto 1499 de 2017: reglamenta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), incluyendo transparencia y ética.

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.



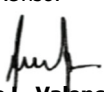
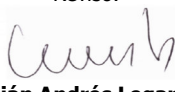

Resolución 4559 del 2018. Por medio de la cual se adopta el modelo de inspección, vigilancia y control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.



Decreto 1784 de 2019, determina en el artículo 13, las funciones de la secretaria de Transparencia

Ley 2016 del 27 de 2020. Por la cual se adopta el código de integridad del servicio público colombiano y se dictan otras disposiciones.

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

Supersalud Circular externa 2021170000005-5 de 2021, Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 10 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

(SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.

Supersalud Circular externa 202215100000053-5 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.

Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, en especial la dimensión de Control Interno y la política de Gestión del Riesgo.

Guía para la Gestión Integral del Riesgo – Versión 7, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP, del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Marco COSO ERM – Gestión del Riesgo Empresarial, como referente técnico para la gestión integral del riesgo.

Circulares Externas de la Superintendencia Nacional de Salud, relacionadas con transparencia, integridad, control interno y gestión del riesgo.

Normativa vigente del sector salud aplicable a las Empresas Sociales del Estado.



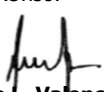
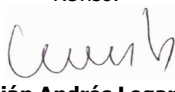

Código de Integridad del Servicio Público y demás políticas internas del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.



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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 11 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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.

Apetito al riesgo: se refiere al nivel de riesgo que una organización está dispuesta a aceptar para alcanzar sus objetivos.

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.

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

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



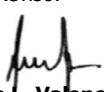
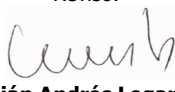

Consecuencia: los efectos o situaciones resultantes de la materialización del riesgo que impactan en el proceso, la entidad, sus grupos de valor y demás partes interesadas.



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.

Colocación: es la disposición física del dinero, en efectivo, proveniente de actividades delictivas. Durante esta fase inicial, el lavado de dinero introduce sus fondos ilegales en actividades legales o aparentemente legales, a través de cualquier sector de la economía nacional o internacional.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 12 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

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.

COSO ERM: es una herramienta estratégica que convierte la gestión de riesgos en un motor de valor y sostenibilidad organizacional, mucho más allá de simples controles internos.

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.



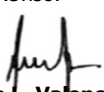
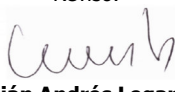

C/ST: Corrupción y Soborno Transnacional.



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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 13 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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.



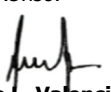
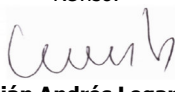

Factibilidad: analizar la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, se trata en este caso de un hecho que no se ha presentado, pero es posible que se dé.



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

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

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 14 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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.



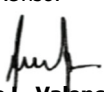
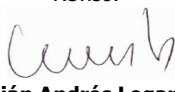

Integridad: propiedad de exactitud y completitud.



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

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 15 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

financiación del terrorismo, o delitos conexos a los 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.



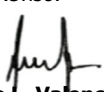
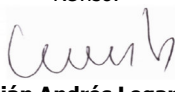

Ocultamiento: es la separación de fondos ilícitos de su fuente mediante una serie de transacciones, cuyo fin es desdibujar la transacción ilícita original. Esta etapa supone la conversión de los fondos procedentes de actividades ilícitas a otra forma y crear esquemas complejos de transacciones para disimular el rastro documentado, la fuente y la propiedad de los fondos.



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

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 16 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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.

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.



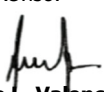
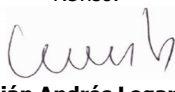

Practica Insegura: es la realización de operaciones sin el cumplimiento y la observancia de las normas legales y disposiciones especiales dictadas por los Organismos de Control del Estado, en especial sin cumplir con la debida diligencia en el proceso de conocimiento del cliente.



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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA			Página 17 de 105	Código SLV-G-78	
				Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

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.



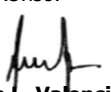
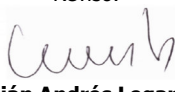

SARLAFT: Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo, el cual se instrumenta a través de etapas y elementos interrelacionados de forma organizada y metódica.



SARO: Sistema de Administración del Riesgo Operativo

SARL: Sistema de Administración de Riesgo de Liquidez.

SARM: Sistema de Administración del Riesgo de Mercado

SIGRIP: se refiere al Sistema de Gestión Integral del Riesgo Institucional en el sector público colombiano. Es una metodología oficial del Departamento Administrativo de la Función Pública que busca que las entidades públicas identifiquen, valoren y gestionen

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 18 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

riesgos de manera preventiva y estratégica, alineada con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Soborno: es un delito de corrupción que implica ofrecer, prometer, dar o aceptar un beneficio indebido (dinero, regalos, favores) a un funcionario público a cambio de que actúe (o se abstenga de actuar) de forma favorable a quien da el soborno, afectando la imparcialidad y transparencia de la administración

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.



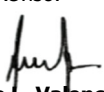
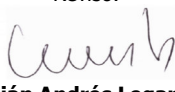

Señales de alerta: son circunstancias particulares relacionadas con el proceso de los actos propios advertidas al interior del Hospital y que puede ameritar un reporte ante la UIAF. Son hechos, situaciones, eventos, cuantías y demás información que el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. como relevantes, 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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 19 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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.



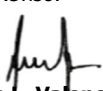
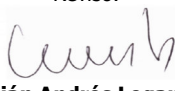
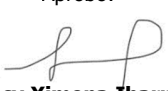
Vandalismo: Acciones físicas que atenten contra la integridad de los elementos informáticos, la infraestructura, entre otros, cuya finalidad es causar un perjuicio, por ejemplo, la paralización de las actividades, como medio de extorsión o cualquier otro.



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


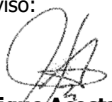
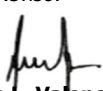
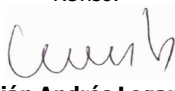





Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 20 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01



5.2. Objetivos estratégicos





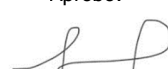
Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



 Libertad y Orden	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		Página 21 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01



5.3. Código de integridad



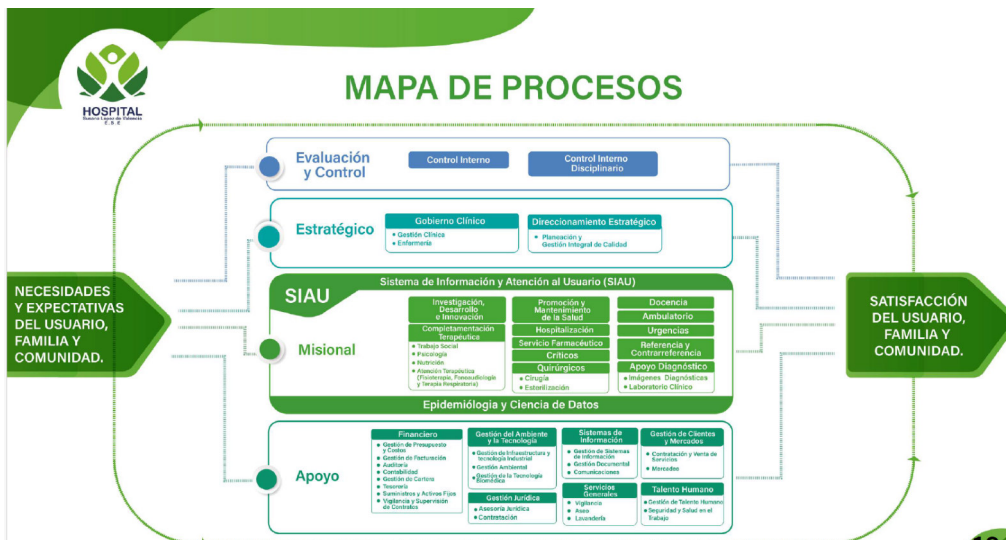
Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



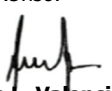
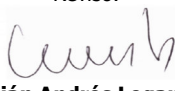
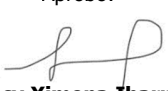
 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 22 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01



5.4. Estructura Orgánica



5.5. Modelo de Proceso



Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



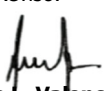
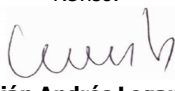
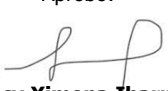
 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 23 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01



5.6. Cultura organizacional

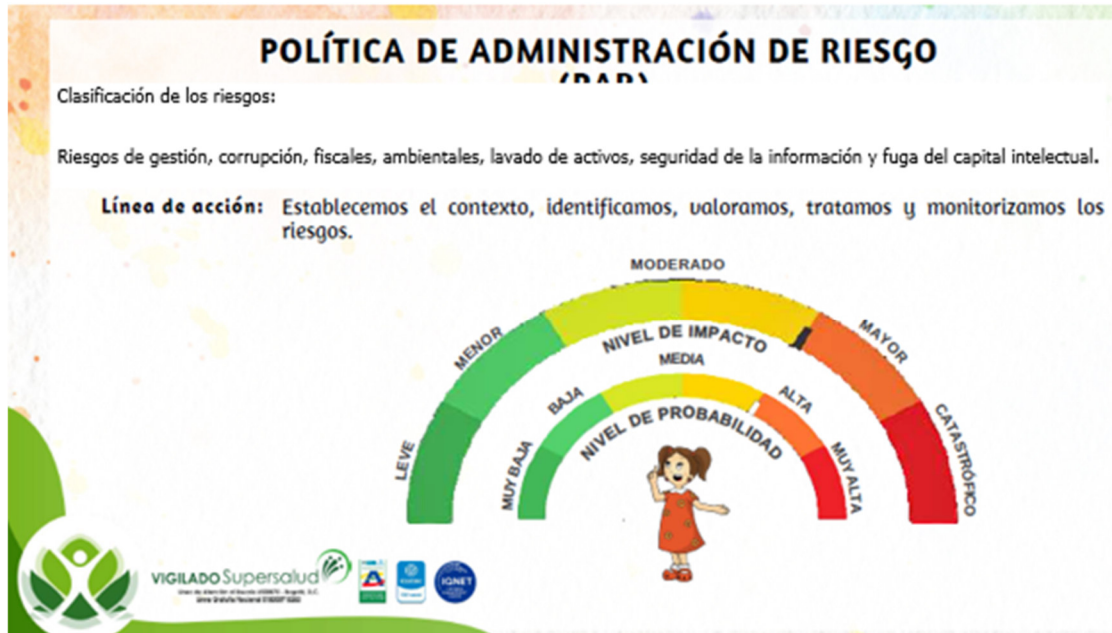


5.7. Política de administración del riesgo

“El Hospital adopta la Gestión Integral del Riesgo como un proceso transversal que articula los riesgos estratégicos, operativos, de corrupción, fiscales, LA/FT, seguridad digital y reputacionales”.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 24 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	



El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. adopta como referente el marco COSO ERM – Gestión del Riesgo Empresarial, en concordancia con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y la Guía para la Gestión Integral del Riesgo – Versión 7 del DAFP, con el fin de fortalecer el gobierno, la cultura organizacional, la toma de decisiones y el logro de los objetivos estratégicos, misionales y de integridad pública.

5.8. Política de administración del riesgo SARLARFT



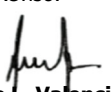
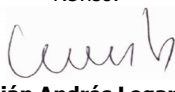

Hospital Susana López de Valencia E.S.E. cuenta con Gestión de Riesgos y Programa de Transparencia y Ética Pública.



1. Políticas y Manuales SARLAFT

- Política SARLAFT (SLV-G-74) y Manual SARLAFT (SLV-GC-49).
- Actualizados conforme a la Circular Externa 055 de 2021 (Supersalud).
- Basados en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 (Función Pública).
- Enfocados en la prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.

2. Subsistema SICOF

- Implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 25 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01



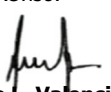
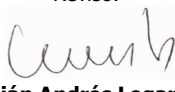

- Ajustes normativos según las Circulares Externas: 018/2015, 009/2016, 007/2017, 003/2018 y 535/2022.
- Fortalece la detección y mitigación de riesgos de corrupción y fraude.



3. Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP)

- Lineamientos actualizados con modificaciones a las Circulares 007/2017 y 003/2018.
- Implementación de **mejores prácticas organizacionales:**
Código de Conducta.
Código de Buen Gobierno.
- Promueve la cultura de integridad y rendición de cuentas.
- Basados en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 (Función Pública).

4. Política de Administración de Riesgos:

- **Política SLV-G-19 y Procedimiento SLV-GC-34.**
- Procesos de identificación, valoración y tratamiento de riesgos en:
Corrupción.
Seguridad de la información
Fuga de capital.
- Basados en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 (Función Pública).

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 26 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

5.8.1. Política SARLAFT




**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 dar cumplimiento a los objetivos institucionales con tratamiento eficaz y efectivo.

LÍNEA DE ACCIÓN



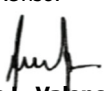
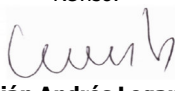
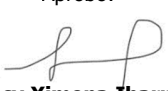
Establecemos el contexto, identificamos, valoramos, tratamos y monitoreamos, los riesgos relacionados con el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT).







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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 27 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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



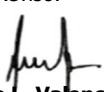
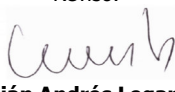

Se establecen los compromisos de la alta dirección con las partes interesadas, buscando alinear sus actuaciones para el bienestar de la sociedad, en el marco de la integridad, efectividad y transparencia.





Partes interesadas





Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 28 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

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 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.



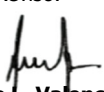
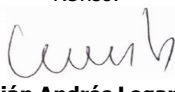

Con la información obtenida se planteó la matriz de riesgos, donde se identifican y consolidan 42 riesgos Institucionales y 118 actividades de control.



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

¿Cuáles son los posibles riesgos que identifica?

Varias opciones

- Corrupción ×
- Fraude ×
- Opacidad ×
- Lavado de Activos (LA) ×
- Financiación del Terrorismo ×
- Otro ×

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 29 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

...



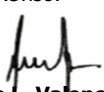
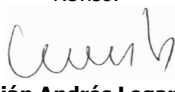

¿Cuáles riesgos relacionados con corrupción, fraude, opacidad, lavado de activos (LA), financiación del terrorismo (FT) o aspectos fiscales considera que pueden presentarse en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E.?



- Corrupción en procesos de contratación o compras
- Fraude en la gestión de recursos financieros o contables
- Opacidad en la rendición de cuentas o acceso a la información
- Riesgo de lavado de activos mediante convenios o pagos irregulares
- Riesgos fiscales (mala gestión tributaria, sanciones, incumplimiento de obligaciones)
- Otro

...

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

- El beneficio privado (uso de recursos o decisiones en favor de intereses personales)
- Tráfico de influencias (favores indebidos para obtener ventajas)
- Conflicto de intereses (decisiones que benefician a familiares, amigos o socios)
- Soborno o dádivas (entrega/recepción de dinero o regalos para influir en decisiones)
- Ocultamiento de información (falta de transparencia en procesos o reportes)
- Uso indebido de recursos institucionales (desvío de fondos, bienes o servicios)
- Otro

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 30 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	



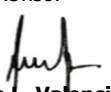
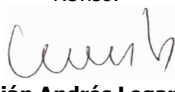

¿Cómo podemos mejorar la accesibilidad y comprensión de la información pública para garantizar una mayor transparencia y participación ciudadana?



¿Cómo podemos involucrar a la comunidad y a los ciudadanos en nuestros esfuerzos de transparencia y ética?

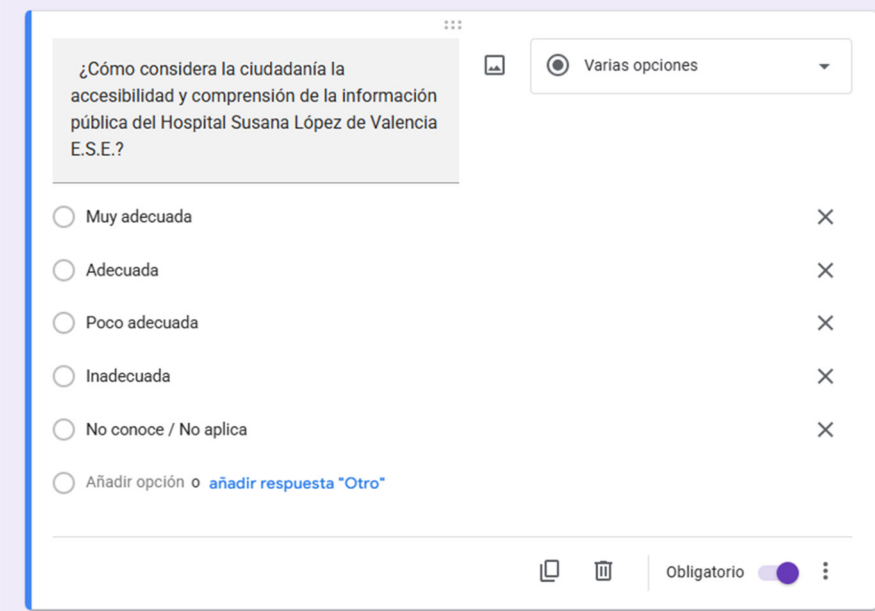
⋮

¿Cuáles riesgos considera más relevantes para el Hospital Susana López de Valencia E.S.E., * de acuerdo con la concertación realizada con los grupos de valor, misionales y de apoyo?

- Riesgos de corrupción en procesos de contratación y compras
- Riesgos de fraude en la gestión financiera y contable
- Riesgos de opacidad en la rendición de cuentas y acceso a la información
- Riesgos de lavado de activos mediante convenios o pagos irregulares
- Riesgos fiscales y tributarios por incumplimiento de obligaciones
- Riesgos reputacionales (afectación de la confianza ciudadana)
- Riesgos operativos (fallas en procesos misionales o de apoyo)
- Otro

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 31 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	



¿Cómo considera la ciudadanía la accesibilidad y comprensión de la información pública del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.?



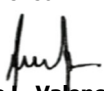
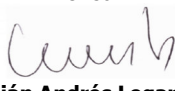

Muy adecuada ×
 Adecuada ×
 Poco adecuada ×
 Inadecuada ×
 No conoce / No aplica ×
 Añadir opción o [añadir respuesta "Otro"](#)



Obligatorio

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, 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

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 32 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

Nº 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.



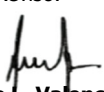
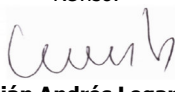

- Se realizó la definición de, los controles preventivos, detectivos y correctivos si es necesarios, que mitigarán de manera adecuada el riesgo definido, el responsable de llevar a cabo la actividad de control, la periodicidad para su ejecución, el propósito del control y el cómo se realiza la actividad de control.
- Para el año 2026 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 la Revisoría Fiscal, analizando las causas, los riesgos y los controles.

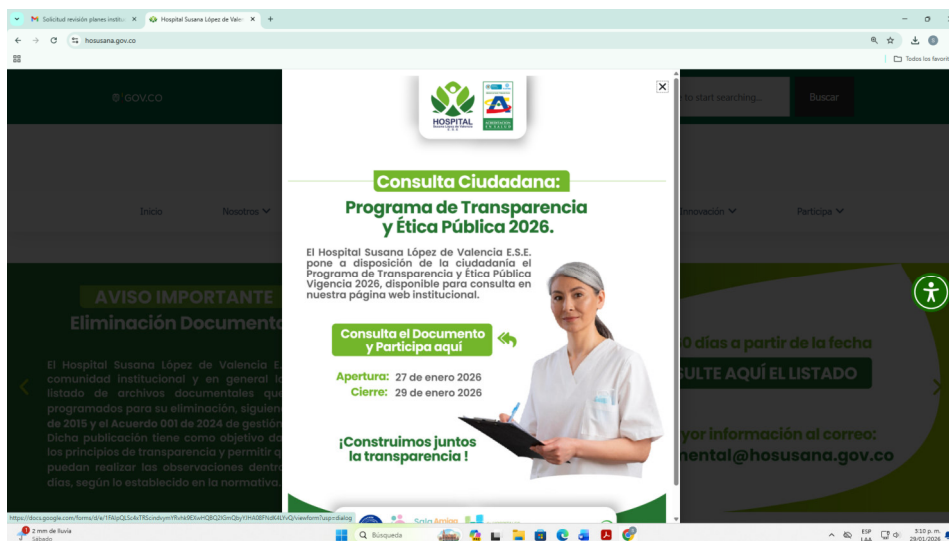
Este seguimiento corresponde a la evaluación independiente del sistema y se complementa con el monitoreo permanente realizado por los líderes de proceso en el marco de la Gestión Integral del Riesgo; las fechas de seguimiento serán:

- ✓ **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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 33 de 105 Versión: 3	Código SLV-G-78 SLV-DES-01-F01

Se realizó un trabajo participativo con la comunidad desde el día 27 de enero de 2026 se sacó a consulta el PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PÚBLICA hasta el día 29 de enero de 2026, el cual fue remitido por los medios de comunicación de nuestra institución del HSLV, además de ser publicado en la página web del Hospital <https://www.hosusana.gov.co/>, en consulta en el icono de consulta ciudadana, se publica el borrador del PTEP y la encuesta con las diferentes preguntas a la ciudadanía.





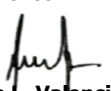
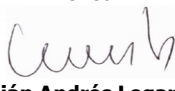
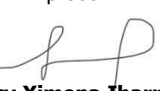
La información que se desea tener por medio de esta encuestas es mejorar la transparencia y la ética pública de la información del Hospital.



En cuanto a los resultados de la matriz de riesgos del Sarlaft, se solicita se incluyan los riesgos de:

OPACIDAD: estos ya se encuentran incluidos en la matriz de riesgos del SARLAFT y se encuentra dentro de los componentes del programa y está incluido en MATRIZ RIESGOS DE PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA en el ítem 34.

Resultado de la encuesta donde se pide que controles debe implementar el HSLV, para minimizar el riesgo, su respuesta es capacitaciones, estas están incluidas en el programa en el ítem 7.1 políticas del programa de transparencia y Ética Pública – PTEP.

De acuerdo a la pregunta como prefiere que el Hospital realice la rendición de cuentas, el 67; 8% responde que les gusta que se realice presencial, dato que se tomara en cuenta en la vigencia.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 34 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

También tenemos la pregunta de qué temas desea que se deban incluir en la rendición de cuentas respondieron que se incluya:

Contratación

Inversión

Equilibrio financiero

Ejecución presupuestal

De acuerdo a lo anterior estos temas son tratados en la rendición de cuentas de las demás vigencias.

De acuerdo con otras preguntas tenemos ¿Cómo podemos mejorar la accesibilidad y comprensión de la información pública para garantizar una mayor transparencia y participación ciudadana?



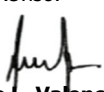
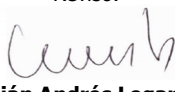

La respuesta es información clara y precisa, el hospital cuenta con los diferentes canales de comunicación, donde se actualiza acerca de las noticias de la institución.

Rendición de cuentas presencial virtual invitando a la comunidad, se realiza y está incluida en sus componentes numeral 6.7 participación ciudadana y rendición de cuentas, se invita a la comunidad y transmisión en vivo y en directo acerca de este tema.



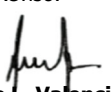
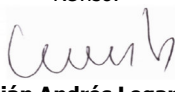

Por último, tenemos resultados de ¿Cómo podemos involucrar a la comunidad y a los ciudadanos en nuestros esfuerzos de transparencia y ética?

Crear un espacio en la página web, se tiene incluida en nuestra página web y en los canales de comunicación del Hospital.



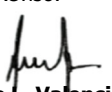
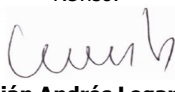

La administración de los riesgos de corrupción, fraude, opacidad y demás conductas contrarias a la integridad pública se desarrolla en el marco del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP, definido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, el cual se articula con el Programa de Transparencia y Ética Pública, el MIPG y el Sistema de Control Interno.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



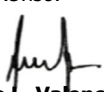
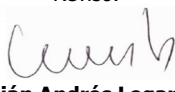

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
1	Talento Humano	Gerencia del Talento Humano	4. Ser referentes de experiencias exitosas y buenas prácticas en salud	OPERACIONAL	I	Económico y Reputacional	1). Controles deficientes de verificación. 3). Recibir y/o pedir dádivas. 4). Tráfico de influencias (Amiguismo y/o clientelismo). 5). Acción u omisión. 6). Abuso de la condición de servidor público a través de la solicitud de dádivas. 7). Chantaje o presión política.	Posibilidad de nombramiento 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 respeto 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). El profesional de talento humano recepciona la hoja de vida presentada por el aspirante con sus soportes, revisa y verifica la información en relación a los requisitos establecidos en el manual de funciones o frente a los requisitos establecidos en los términos de referencia, y expide los actos administrativos de nombramiento o y/o contratación.	1). Relación de nombramientos y contratos para el periodo.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



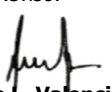
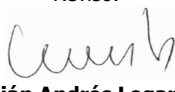

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
2	Talento Humano	Gerencia del Talento Humano	4. Ser referentes de experiencias exitosas y buenas prácticas en salud	OPERACIONAL	I	Económico y Reputacional	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 profesional 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). El profesional de talento humano, mensualmente verifica el listado de nómina definitivo, validando el listado preliminar, el reporte de variaciones de planta y listado de total por conceptos y envía a subdirección administrativa para validación. 2). El gerente, mensualmente aprueba la nómina definitiva, validando: a) que el reporte de nómina haya sido validado previamente por la profesional de talento humano, y la subdirección administrativa. b) la justificación de la aplicación de novedades de periodos anteriores en el reporte de nómina si aplica. 3). El revisor fiscal o el	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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



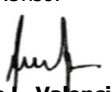
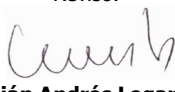

Identificación del Riesgo								Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción					
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
																	profesional designado verifica las retenciones en la fuente de salarios.	

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



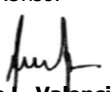
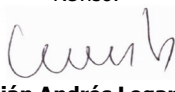

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
3	Talento Humano	Gerencia del Talento Humano	3. Generar innovación y gestión del conocimiento	ZERDINOT	I	Económico y Reputacional	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). El proceso de talento humano realiza la reintroducción institucional y la cobertura. 2). El Jefe de la oficina de control interno disciplinario realizará seguimiento a los procesos disciplinarios.	1). Listas de asistencia socialización Código de integridad. 2). Informe procesos disciplinarios abiertos.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



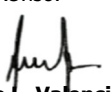
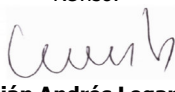

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
4	Talento Humano	Gerencia del Talento Humano	3. Generar innovación y gestión del conocimiento	LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO	I	Económico y Reputacional	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 intereses. 3. Realizar certificado de pago.	1. El proceso de Talento Humano realiza cronograma de pagos de acuerdo a normatividad y vigencia. 2. El profesional de Talento Humano realiza liquidación de cesantías e intereses. 3. El Líder del Subproceso de pagaduría realiza la liquidación para el pago mediante aplicativo PILA.	1. Cronograma anual de contabilidad. 2. Listado de liquidación de cesantías y prima. 3. Certificado de pagos.
5	Talento Humano	Gerencia del Talento Humano	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	CORRUPCIÓN	I	Económico y Reputacional	1. Falta de cultura de integridad 2. Ausencia de seguimiento	Omisión en la declaración de conflictos de interés por parte de servidores o contratistas.	Fraude Interno	365	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	2	1, Código de Integridad 2, Declaración juramentada	1, Capacitación anual 2, Verificación periódica	1, Formatos de declaración de conflicto de intereses diligenciados y firmados. 2, Registros de actualización anual de declaraciones de intereses. 3, Listado de servidores y contratistas obligados a declarar conflicto de intereses.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



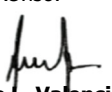
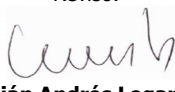

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias	
6	Sistemas de Información	Gestión de Información y Comunicaciones	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	OPERACIONAL	I	Económico y Reputacional	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). El líder realiza sesiones breves sobre la política de seguridad de la información. 2). El líder verifica la asignación de los roles de permisos de usuario para el control de acceso de la información.	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 las revisiones periódicas realizadas en los procesos.
7	Sistemas de Información	Gestión de Información y Comunicaciones	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	OPERACIONAL	I	Económico y Reputacional	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). El líder realizar informe de políticas de dominio establecidas en los servidores. 2). El líder asigna los roles de permisos de usuario para el control de acceso de la información.	1). Informe de políticas de dominio establecidas en los servidores. 2). Relación de los roles y permisos asignados en el periodo.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



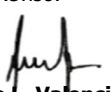
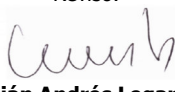

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
8	Recurso Físicos	Gestión de Suministros y Activos Fijos	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	OPERACIONAL	I	Económico y Reputacional	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). El asistente administrativo o recibe formato de solicitud de pedidos. 2). El asistente administrativo o realiza órdenes de despacho sistematizadas. 3). El líder coordina la realización del inventario de bienes. 4). El técnico de activos fijos controla la aplicación de rutas de traslado de bienes.	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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026			Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



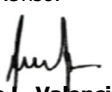
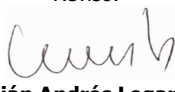

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
9	Recurso Físicos	Gestión de Suministros y Activos Fijos	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	OPERACIONAL	1	Económico y Reputacional	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 o especificando disposición final.	1). El líder del subproceso de activos fijos verificar los conceptos técnicos de Ingeniería Biomédica y Sistemas de Información. 2). El líder subproceso verifica el Acta de inspección ocular de los elementos a dar de baja. 3). El líder verifica y proyecta el acto administrativo para Aprobación de bajas de Activos Fijos mediante acto administrativo o especificando disposición final.	1). Manual para el manejo administrativo o de los bienes muebles de propiedad del Hospital actualizado cuando aplique. 2). Acto administrativo o 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 proceso.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. de apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026			Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



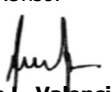
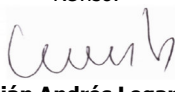

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
10	Recurso Físicos	Ingeniería Hospitalaria	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	OPERACIONAL	1	Económico y Reputacional	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). El líder del subproceso realiza la 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). El líder del subproceso realiza estudios de necesidad sujetos al acuerdo de contratación de la Institución. 2). El líder del subproceso realiza la formulación de especificaciones técnicas concertadas y de acuerdo a las necesidades de los servicios. 3). El líder del subproceso de Ingeniería hospitalaria y Suministro implementan el procedimiento de adquisición de tecnología y evaluación de tecnología.	1). Aplicación de la guía de adquisición y evaluación de tecnología.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. de apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



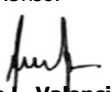
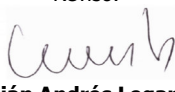

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
1	Gestión Jurídica	Contratación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	OPERACIONAL	I	Económico y Reputacional	1). Desconocimiento o falta de experticia de los procedimientos. 2). Favorecimiento a proponentes a través del direccionamiento o 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). El Comité evaluador, cada vez que se requiera (con cada contratación por concurso), revisa que el proveedor cumpla con los aspectos técnicos, económicos y jurídicos en la oferta presentada, mediante la validación de la documentación soporte y los criterios de evaluación establecidos en los términos de referencia y sus anexos.	1). Lista de chequeo contractual.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



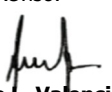
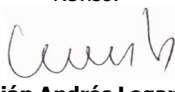

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias	
1	Gestión Jurídica	Contratación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	OPERACIONAL	I	Económico y Reputacional	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). El líder verificar los documentos soporte de la contratación, contra la lista de chequeo respectiva para todas las modalidades de contratación. 2). El líder realiza verificación de la información documental aportada, convalidando la información que presente algún tipo de duda con la entidad emisora.	1). Lista de chequeo y/o Acta del Comité Evaluador.
2	Gestión Jurídica	Contratación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	OPERACIONAL	I	Económico y Reputacional	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). El Supervisor del contrato verifica las actividades y documentos durante la ejecución.	1). Relación del listado de los informes de supervisión cargados en la plataforma SECOP II por cada supervisor de contrato.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. de apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



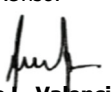
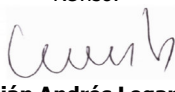

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
14	Gestión Jurídica	Contratación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	OPERACIONAL	I	Económico y Reputacional	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). El líder verificar los documentos soporte de la contratación, contra la lista de chequeo respectiva para todas las modalidades de contratación. 2). El líder realiza verificación de la información documental aportada, convalidando la información que presente algún tipo de duda con la entidad emisora.	1). lista de chequeo y/o Acta del Comité Evaluador.
15	Gestión Jurídica	Asesoría Jurídica	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	OPERACIONAL	I	Económico y Reputacional	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). El líder del proceso realiza seguimiento y control permanente de las actuaciones procesales por parte de cada apoderado y supervisión de cronograma.	1). Presentación de informes a la entidad por parte de los apoderados.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



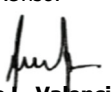
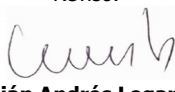

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
01	Gestión Jurídica	Asesoría Jurídica	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO	I	Económico y Reputacional	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. El Profesional de Jurídica realiza el informe de sentencias de acuerdo a la vigencia. 2. El proceso de Jurídica elabora la relación de acuerdo de pago de sentencias.	1. Cronograma de pagos. 2. Relación de certificado de pagos.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



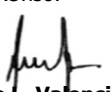
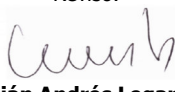

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente		Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles	Plan de Acción						
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias	
1	1	Gestión Jurídica	Asesoría Jurídica	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	NO CORRUPTO	I	Económico y Reputacional	1, Falta de transparencia 3, Ausencia de revisión en los controles establecidos	Manipulación de procesos de contratación	Fraude Interno	383	Media	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	2	1, Manual de contratación 2, Manual de Supervisión	1, Rotación de Supervisor 2, Publicación de criterios y resultados	1, Estudios previos y análisis de mercado publicados. 2, Cuadros comparativos de ofertas (criterios técnicos y económicos). 3, Registro en SECOP (publicación del proceso y resultados). 4, Declaraciones de conflicto de intereses. 5, Informes de evaluación técnica y financiera.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



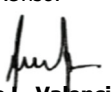
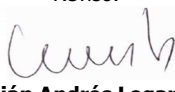

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
108	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Presupuesto	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	OPERACIONAL	I	Económico y Reputacional	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 de la aplicativa dinámica gerencial. 2). Auditar por parte de Control Interno realiza auditorías periódicas. 3). Registrar los movimientos en los libros auxiliares de presupuesto.	1). El líder controla los saldos y de fechas por medio de la aplicativa dinámica gerencial. 2). El jefe de Control Interno realiza auditorías periódicas. 3). El líder realiza registro de los movimientos en los libros auxiliares de presupuesto.	1). Conciliaciones entre Contabilidad, facturación y Presupuesto. 2). Resoluciones y/o acuerdos a Modificaciones al Presupuesto.
109	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Presupuesto	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	OPERACIONAL	I	Económico y Reputacional	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). El líder proyecta las modificaciones para aprobación mediante resoluciones o acuerdos. 2). El líder concilia periódicamente con los subprocesos de facturación, cartera y contabilidad.	1). Acuerdos y/o resoluciones. 2). Conciliaciones Mensuales.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



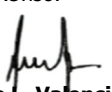
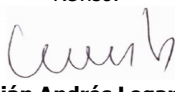

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción				
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias	
2	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Contabilidad	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	LÍQUIDEZ	I	Económico y Reputacional	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). Los entes de control realizan auditorías externas. 2). El líder de proceso realiza procedimiento de conciliación de información. 3). El líder de proceso realiza procedimiento de conciliaciones bancarias. 4). El líder de proceso realiza procedimiento de registro de procesos litigiosos. 5). El proceso de Sistema de Información certifica el uso de claves para registro de información restringidas.	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.	

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



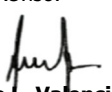
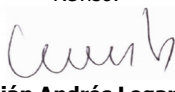

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
21	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Pagaduría y Caja	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	Z3QJNDT	I	Económico y Reputacional	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). Auditoría por la Oficina de Control Interno.	1). El Técnico Operativo de pagaduría realiza el recaudo periódico, en los 4 puntos de caja.2). La empresa de Transporte de valores recibe los dineros, por concepto del recaudo periódico en los 4 puntos de caja del Hospital.3). El jefe de la Oficina de Control Interno realiza auditorías internas al Subproceso de gestión de Pagaduría y Caja.	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 transportador a de valores.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026			Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso	



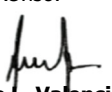
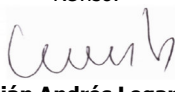

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente		Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles	Plan de Acción					
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
N 2	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Pagaduría y Caja	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	CREDITO	III	Económico y Reputacional	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 de transferencias. 3). Seguridad del traslado de cheques en blanco.	1). El líder realiza implementación de medidas de control en el momento de girar cheques (Dos firmas, sello seco, restricción de cobro, cruce de cheque, siempre girar cheques a nombre del beneficiario del pago, entre otros). 2). El líder de contabilidad realiza las conciliaciones bancarias de todas las cuentas. 3). El subdirector Administrativo revisa los cheques y cuentas para pagos por transferencias.	1). Comprobantes de egreso debidamente diligenciados y firmados. 2). Conciliaciones bancarias. 3). Soportes de pagos por la entidad bancaria por transferencia electrónica.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. de apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



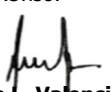
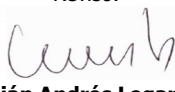

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
23	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Pagaduría y Caja	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	CRECIENTO	E	Económico y Reputacional	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.	1. El proceso de Contabilidad emite listado de facturas causadas. 2. El líder del Subproceso de Facturación realiza cronograma de pagos y verificación. 3. El Líder de Facturación realiza listado de pagos realizados.	1. Cronograma de pagos. 2. Relación de certificado de pagos.
24	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Facturación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	LIQUIDEZ	I	Económico y Reputacional	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). El líder verifica y realiza seguimiento de ingresos abiertos.	1). Informe mensual de seguimiento de ingresos abiertos.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



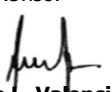
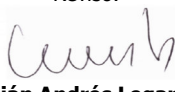

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción		
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
2	Gestión Contable y Financiera	Gestión de Auditoría y Facturación	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	LIQUIDEZ	I	Económico y Reputacional	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 dávalas.	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). El líder del subproceso de auditoría verifica las respuestas a glosa o devolución, que se envía a las EAPB y ponen su visto bueno.	1). Actas de conciliación y respuesta a glosas y devoluciones.
2	STAU	STAU	2. Ser la mejor experiencia en salud	REPUTACIONAL	III	Económico y Reputacional	1). Acción y/u omisión de los hechos sucedidos. 2). Recibir y/o pedir dávalas. 3). Suministrar información sin verificación de los sucesos.	Fraude Interno	420	Medio	Entre 50 y 100 SMLMV	Moderado	Moderado	2	1). Verificar y numerar en consecutivo los PQRS en los diferentes canales de recepción (buzón, telefónica, correspondencia certificada, correo electrónico). 2). Auditorías internas por parte de la Oficina de Control Interno. 3). El subproceso de calidad realiza autoevaluación del procedimiento de recibo y	1). El líder del proceso verifica y ponen consecutivo los PQRS en los diferentes canales de recepción (buzón, telefónica, correspondencia certificada, correo electrónico). 2). El líder de la Oficina de Control Interno realiza auditorías internas al proceso. 3). El subproceso de calidad realiza autoevaluación del procedimiento de recibo y	1). Actas de aperturas de buzón con las respectivas firmas de los asistentes al acto. 2). Informe de PQRS. 3). Informe de PQRS 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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



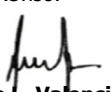
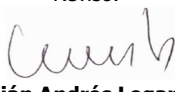

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
27	Ambulatorio	Ambulatorio	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	OPERACIONAL	I	Reputacional	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). El líder realiza la verificación de la adherencia al debido protocolo de asignación y confirmación de citas a través de lista de chequeo. 2). El líder socializa el protocolo de asignación de citas mediante reuniones de mejoramiento o u otras.	1). Lista de chequeo, consolidado de auto rondas del proceso. 2). Actas de reunión de mejoramiento. 3). PQRSD de asignación de citas.
																respuesta a los PQRS de la institución para mejora continua.		

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



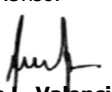
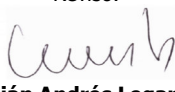

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias	
02	Cirugía	Cirugía	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	LIQUIDEZ	I	Económico y Reputacional	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. 4). Autorización por parte de la EAPB de la cirugía tanto programada como urgencias.	1). Planillas de programación de cirugías diarias (autorizadas). 2). Oficio de certificado de facturación de procedimientos quirúrgicos.	
02	Cirugía	Cirugía	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	LIQUIDEZ	I	Económico y Reputacional	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 instrumentad or quirúrgico de DG del material usado en el procedimiento. 3). Registro de material de osteosíntesis en stock	1). El líder del subproceso de esterilización revisa el formato de remisión y el ingreso de material de osteosíntesis tanto para el material formulado a cada paciente como el material en stock.	1). Informe de inventario del material de osteosíntesis en consignación. 2). Informe de material de osteosíntesis utilizado.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



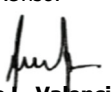
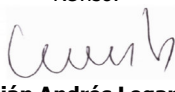

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
03	Cirugía	Cirugía	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	ZCQIND01	I	Económico y Reputacional	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). El líder revisa la programación de cuadros de turnos institucional y lo compara con el informe de cirugía programadas y realizadas 2). El líder realiza informe de certificación de horas pactadas en los contratos.	1). Informe de certificación de contratos. 2). Planilla de programación diaria de cirugía
03	Apoyo Diagnóstico	Laboratorio Imágenes	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	SALUY	I	Económico y Reputacional	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). La secretaria de laboratorio verifica los pedidos recibidos y entregados. 2). El líder de Laboratorio controla el seguimiento en plataforma (ECUSTOMER LA ROCHE). 3). La secretaria del Laboratorio recepciona los insumos enviados del almacén.	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.	

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



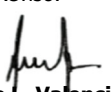
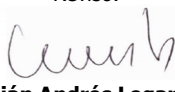

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
N	N	N	N	N	I	I	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). El líder del subproceso realiza inventarios periódicos trimestral. 2). El líder realiza inventarios aleatorios según asignación en cuadro de turno.	1). Informe de inventarios trimestral de las farmacias satélites y bodega principal. 2). Consolidado trimestral de Informe de datos de inventarios aleatorios.
W	W	W	W	W	I	I	1. Desconocimiento 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. Los contratistas diligencian el formato SARLAFT, el cual es verificado por la Oficina Asesora Jurídica. 2. El Oficial de cumplimiento coordina las capacitaciones al personal sobre lavado de activos.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. de apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



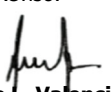
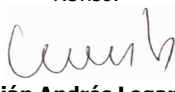

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias	
34	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO	1	Económico y Reputacional	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. Los contratistas diligencian el formato SARLAFT, el cual es verificado por la Oficina Asesora Jurídica. 2. El Oficial de cumplimiento coordina las capacitaciones al personal sobre lavado de activos.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación.
35	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO	1	Económico y Reputacional	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. Los contratistas diligencian el formato SARLAFT, el cual es verificado por la Oficina Asesora Jurídica. 2. El Oficial de cumplimiento coordina las capacitaciones al personal sobre lavado de activos.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT. 2. Consolidado de verificación en listas restrictivas. 3. Lista o informe de capacitación.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. de apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



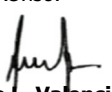
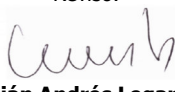

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
03	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO	I	Económico y Reputacional	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. Los contratistas diligencian el formato SARLAFT, el cual es verificado por la Oficina Asesora Jurídica.2. El Oficial de cumplimiento coordina las capacitaciones al personal sobre lavado de activos.	1. Consolidado del diligenciamiento del formato SARLAFT.2. Consolidado de verificación en listas restrictivas.3. Lista o informe de capacitación.
03	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO	I	Económico y Reputacional	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. Los contratistas diligencian el formato SARLAFT, el cual es verificado por la Oficina Asesora Jurídica.2. El Oficial de cumplimiento coordina las capacitaciones al personal sobre lavado de activos.3. La Oficina Asesora Jurídica solicita al contratista o proveedor estados financieros de acuerdo a las cuantías a contrara	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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



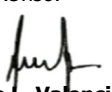
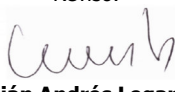

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción				
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias	
3	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO	1	Económico y Reputacional	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 testaferrato y enriquecimiento ilícito	Fraude Interno	1700	Alta	Mayor a 500 SMMLMV	Catastrófico	Extremo	3	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Capacitar al personal. 3. Estados Financieros.	1. Los contratistas diligencian el formato SARLAFT, el cual es verificado por la Oficina Asesora Jurídica. 2. El Oficial de cumplimiento coordina las capacitaciones al personal sobre lavado de activos. 3. La Oficina Asesora jurídica solicita al contratista o proveedor estados financieros de acuerdo a las cuantías a contrar entre las partes.	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.	entre las partes.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. de apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



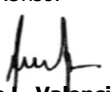
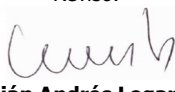

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente		Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción				
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias	
3	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO	I	Económico y Reputacional	1. Desconocimientos de las contrapartes (Empleado, proveedor, contratista). 2. Dar o recibir dádivas. 3. Falta de transparencia y ética.	Possibilidad de producción y tráfico de drogas ilícitas	Fraude Interno	1700	Alta	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios	Catastrófico	Extremo	3	1. Diligenciar formato SARLAFT. 2. Capacitar al personal. 3. Estados Financieros.	1. Los contratistas diligencian el formato SARLAFT, el cual es verificado por la Oficina Asesora jurídica. 2. El Oficial de cumplimiento coordina las capacitaciones al personal sobre lavado de activos. 3. La Oficina Asesora jurídica solicita al contratista o proveedor estados financieros de acuerdo a las cuantías a contrara entre las partes.	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.
4	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO	I	Económico y Reputacional	1. Desconocimientos de las contrapartes (Empleado, proveedor, contratista). 2. Exigir o recibir dádivas. 3. Falta de transparencia y ética.	Possibilidad 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. El Oficial de cumplimiento coordina las capacitaciones al personal sobre lavado de activos. 2. Seguimiento a las denuncias realizadas en los canales de recepción (Correo, línea 147 ejército nacional).	1. Lista o informe de capacitación. 2. Relación de seguimiento a las denuncias realizadas en los canales de recepción (Correo, línea 147 ejército nacional).

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



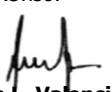
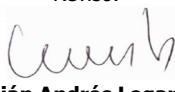

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
1-4	Direccionamiento Estratégico	N/A		LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO	I	Económico y Reputacional	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.8. Soborno / cohecho.9. Peculado.10. Concusión.11. Conflicto de intereses.12. Tráfico de influencias.13. Prevaricato.	Posibilidad de delitos contra la administración pública (38)	Fraude Interno	1700	Alta	Mayor a 500 SMLMV	Catastrófico	Extremo	4	1. Diligenciar formato SARLAFT.2. Capacitar al personal.3. Canales de reporte.4. Verificar en listas de entes de control.	1. Los contratistas diligencian el formato SARLAFT, el cual es verificado por la Oficina Asesora jurídica.2. El Oficial de cumplimiento coordina las capacitaciones al personal sobre lavado de activos.3. Seguimiento a las denuncias realizadas en los canales de recepción (Correo).4. La Oficina Jurídica verifica a los contratistas en las páginas de control (Contraloría, Procuraduría, Policía Nacional).	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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. de apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	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	Plan de Acción	Evidencias
4	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO	I	Económico y Reputacional	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. Los contratistas diligencian el formato SARLAFT, el cual es verificado por la Oficina Asesora jurídica. 2. El Oficial de cumplimiento coordina las capacitaciones al personal sobre lavado de activos. 3. Seguimiento a las denuncias realizadas en los canales de recepción (Correo). 4. La Oficina jurídica verifica a los contratistas en las páginas de control (Contraloría, Procuraduría, Policía Nacional).	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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



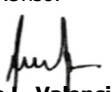
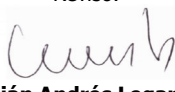

Identificación del Riesgo							Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción					
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Contexto	Impacto	Causas Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia	Probabilidad Inherente	Criterios de impacto	Impacto Inherente	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Plan de Acción	Evidencias
434	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	1. Desconocimiento 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 \$MIL/MV	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. Los contratistas diligencian el formato SARLAFT, el cual es verificado por la Oficina Asesora jurídica. 2. Verificar en listas de entes de control. 3. Verificar listas restrictivas. 4. La Oficina jurídica verifica a los contratistas en las páginas de control (Contraloría, Procuraduría, Policía Nacional).	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.
444	Direccionamiento Estratégico	N/A	1. Ser sostenibles para alcanzar la excelencia	I	Económico y Reputacional	1. Desconocimiento 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 \$MIL/MV	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. Los contratistas diligencian el formato SARLAFT, el cual es verificado por la Oficina Asesora jurídica. 2. Verificar en listas de entes de control. 3. Verificar listas restrictivas. 4. La Oficina jurídica verifica a los contratistas en las páginas de control (Contraloría, Procuraduría, Policía Nacional).	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.



Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

Identificación del Riesgo										Análisis del Riesgo Inherente			Evaluación del Riesgo - Valoración de los Controles		Plan de Acción			
Ítem	Proceso	Subproceso	Objetivo Estratégico	Clasificación del Riesgo Resolución 4559 /	Contexto	Impacto	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	Plan de Acción	Evidencias
																	Policía Nacional). Consolidado de reportes.	

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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodriguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 67 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

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.



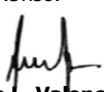
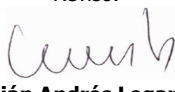

Se define un proceso de Debida Diligencia de conocimiento de las contrapartes que se adelantará antes de iniciar cualquier relación contractual, laboral o comercial, y que se aplicará cuando se esté también ante una transacción o negociación de cualquier tipo y cuantía.



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 ejecutarán 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

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 68 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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

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.



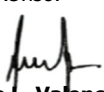
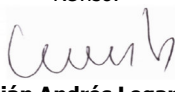

Los reportes serán recibidos garantizando la confidencialidad de la información, se podrán realizar anónimamente, sin embargo, en caso de proporcionar información personal, se mantendrá la total reserva y se protegerá la identidad del denunciante, del denunciado y demás personas que hagan parte del evento.



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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 69 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

- 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.

- Secretaría de Transparencia: canal de denuncias por actos de corrupción dispuesto en el siguiente link: <http://www.secretariatransparencia.gov.co/observatorio-anticorrupcion/portal-anticorrupcion>.



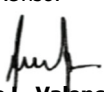
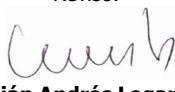

6.3.3. Canal de Consulta



Lista restrictiva de consulta son conjuntos de nombres, entidades o elementos que están sujetos a ciertas limitaciones o prohibiciones.

Estas listas se utilizan en diversos contextos, como la seguridad, el comercio, la tecnología y la regulación gubernamental, para controlar y monitorear actividades específicas.

El Hospital cuenta con el software DATAFT con el objetivo de actuar eficiente, transparente, ético y legal, por la cual se establece la implementación de un Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, con esto se fortalece los procesos de gestión de riesgos dentro de la organización, automatizando el acceso a la información para la toma de decisiones e implementación de mecanismos de control definidos para los sistemas de gestión de riesgos de Lavado de Activos, de Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, Fraude y Corrupción, Prevención de delitos u otros sistemas de Gestión de Riesgos, con el fin de velar por la adecuada implementación y funcionamiento del SARLAFT.

Este software permite realizar evaluación de los proveedores de acuerdo a su razón social o NIT, determinando que estas entidades no se encuentren en las listas de restricción y de esta forma poder realizar una contratación segura, si llegara a presentar que una persona natural o jurídica este en las lista de restricción, el oficial de cumplimiento debe informar a

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 70 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01



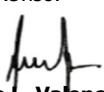
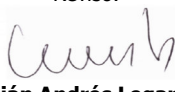

la junta directiva a través de una reunión extraordinaria , con los resultados de la plataforma DATAFT, y será la junta directiva que es nuestro órgano de control, quien tome a decisión de contratar o no de acuerdo al resultado informado.



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.



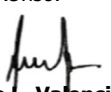
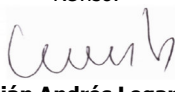

Para garantizar el acceso a la información establecida en la Ley 1712 de 2014 “Ley de transparencia y acceso a la información pública”, se ha dispuesto en la página web un sitio de “transparencia” al que se puede acceder en <https://www.hosusana.gov.co/hslv/non-knowledgebase/transparencia/>.



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

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



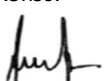
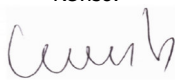
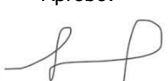
 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 71 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	



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 Informes de Gestión Plan anticorrupción Informe de Rendición cuentas Estados Financieros Ejecución presupuestal.	Elaboración publicación de informe semestral Gestión de la entidad publicada en portal Web Informe cuatrimestral de Plan Anticorrupción Informe anual Rendición de cuentas Estados financieros Ejecución presupuestal	1. Gerencia Subdirecciones Oficina Asesora de Planeación 2. Oficina Asesora de Control Interno Gerencia, subdirecciones, Oficina Asesor de Planeación, Jurídica 3. Gestión Contable Gestión Presupuesto	Informe de Gestión de entidad: Informe plan de Acción 28/02/2026 30/09/2026 2. Plan Anticorrupción 15/05/2026 14/09/2026 10/01/2026 Informe Anual de rendición de cuentas 30/06/2026 Estados financieros 15/02/2026 30/04/2026 03/07/2026 31/10/2026 15/02/2027 Ejecución presupuestal 28/02/2026 30/04/2026 31/07/2026 31/10/2026 28/02/2027

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. de apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 72 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

Componente: Transparencia y Acceso a la Información				
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
4.3	Revisar y divulgar conjunto de datos abiertos	Dato abierto publicado	Sistemas de Información	31/01/2026
4.4	Actualización de calendario de actividad Institucionales y participación ciudadana social en salud	Publicación cronograma de actividades	Sistemas de Información Participación Social	Mensual
4.5	Medición de oportunidad de la respuesta, solicitudes de información	Informe	Oficina Asesora Jurídica SIAU	30/04/2026 31/08/2026 31/10/2026
4.6	Actualizar el inventario activo de información	Inventario de activos Información Actualizada	Sistemas de Información Gestión Documental	30/03/2026
4.7	Actualizar el índice, información clasificada reservada	Índice de información clasificada y reserva actualizada y publicada en el portal web.	Gestión documental Sistemas de Información	30/03/2026
4.8	Diseñar, implementar, divulgar información formatos alternativos aplicando infografía, lenguaje comprensible para facilitar acceso niños y población étnicas	Facilitar información, formatos alternativos cuando sean requeridos por los usuarios	Comunicaciones	Permanente
4.9	Elaborar informe solicitudes de acceso, información que contenga: <ol style="list-style-type: none"> 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, publicado en portal web.	SIAU Oficina asesora jurídica Sistemas de Información	30/06/2026 31/12/2026

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 73 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

6.5. Legalidad e integridad



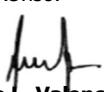
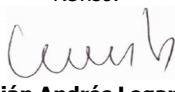

Estará dirigido al fortalecimiento de la cultura organizacional a través de la aplicación de los valores institucionales y una identidad corporativa, que permitan un actuar de los colaboradores en el marco de la legalidad y la integridad, como eje central de la calidad, transparencia y humanización de 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 30/06/2026 31/12/2026
	5.2	Reconocimiento del personal por aplicación del código de integridad	Reconocimientos entregados	Gestión de Talento Humano 31/12/2026
	5.3	Medición y ejecución de acciones para el fortalecimiento de la cultura organizacional	Informe semestral sobre implementación del plan de cultura organizacional Informe de resultados de medición de la percepción de la cultura organizacional	Gestión de Talento Humano 30/06/2026 31/12/2026 31/12/2026
	5.4	Capacitar a los procesos en conflictos de intereses	Cobertura del 80% del personal objetivo	Gestión de Talento Humano 30/06/2026 31/12/2026
	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 normativa vigente.	Personal capacitado	Talento Humano. Sistemas de Información. 31/12/2026

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.



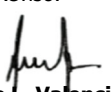
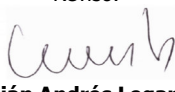

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 74 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

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	31/07/2026 31/12/2026
	6.2	Presentar informes de PQRSD a reunión de mejoramiento de II nivel	Acta Informe	SIAU	28/04/2026 31/08/2026 30/11/2026
	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	30/06/2026
	6.5	Medición y seguimiento a resultados de los indicadores de desempeño por los diferentes canales de atención.	Informe semestral con resultados del seguimiento tendencia de los indicadores de desempeño de cada canal de atención.	Comunicaciones SIAU. Sistemas información. Consulta Externa	3/07/2026 31/12/2026
		Campañas de actualización de canales de atención y ventajas de uso	Informe de campañas	Comunicaciones SIAU.	30/06/2026 31/12/2026
Talento humano	6.6	Fortalecer las competencias de colaboradores en la humanización de la atención.	Informe de ejecución capacitaciones sensibilización humanización.	Gestión del Talento Humano Humanización	Semestral
	6.7	Capacitar a los colaboradores de atención al usuario, orientadores, Call center y facturación, en lenguaje claro para personas con discapacidad, atención a los grupos poblacionales (Afro Indígenas, LGTBI) y atención incluyente y uso de lenguaje no discriminatorio	Capacitaciones semestral gestionadas colaboradores de 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 Talento humano	30/04/2026 31/08/2026 31/10/2026

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Fulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 75 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

Componente: Servicio al Ciudadano				
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
	6.9 Realizar inducción y reinducción de Atención al ciudadano	80% de cobertura inducción	SIAU Talento Humano Humanización	Fecha Inicio: 02/01/2026 Fecha Final: 31/12/2026
Normativo Procedimental	6.10 Elaboración periódica informes de mejora en la prestación de servicios.	Elaborar y publicar informes de PQRSD trimestralmente.	SIAU Sistemas Información.	30/04/2026 31/08/2026 31/10/2026
	6.11 Reconocimiento a los usuarios y grupo que ha participado en mejoramiento del hospital	Reconocimiento	SIAU	31/12/2026



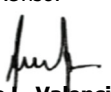
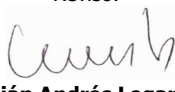

6.7. Participación ciudadana y rendición de cuentas



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:



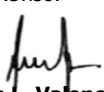
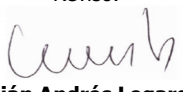

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA			Página 76 de 105	Código SLV-G-78	
				Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

Componente: Participación ciudadana					
Participación ciudadana	5.1	Caracterizar a los ciudadanos, usuarios grupos de interés incluyendo mecanismos de información y comunicación de preferencia	Caracterización	SIAU Epidemiología y Estadística Comunicaciones	30/03/2026
	5.2	Educación al usuario en hábitos de vida saludable, prevención de Infecciones, IAMII y prevención de violencia de género	3 jornadas de ilustración a la comunidad	Responsabilidad social SIAU Promoción y Mantenimiento de salud	Fecha Inicio: 02/01/2026 Fecha Final: 31/12/2026
	5.3	Jornadas de promoción y mantenimiento de salud en la comunidad	1 jornada en la comunidad	Responsabilidad social SIAU Promoción y Mantenimiento de Salud	Fecha Inicio: 02/01/2026 Fecha Final: 31/12/2026
	5.4	Participación de la comunidad en la formulación de la planeación institucional y el mejoramiento prospectivo	Participación comunitaria en la planeación	Oficina Asesora de Planeación Responsabilidad Social	Fecha Inicio: 02/01/2026 Fecha Final: 31/12/2026

Rendición de cuentas

Componente: Rendición de cuentas						
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada		
Información de calidad en lenguaje comprensible	7.1	Identificar las necesidades de información de la población y comunidad	Identificación de necesidades de información	Comunicaciones	15/01/2026	
	7.2	Consulta a la ciudadanía sobre claridad y necesidades de información publicada	Informe de oportunidades de mejora	Comunicaciones, SIAU	29/12/2026	
Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	7.3	Habilitar espacios de diálogo con la comunidad, representantes de la Asociación de usuarios y divulgación en redes sociales	Espacios de diálogo y divulgación habilitados para ciudadanía	Gerencia Subdirecciones Comunicaciones SIAU Responsabilidad social	12/01/2026 28/04/2026 28/07/2026 29/09/2026 26/12/2026	
	7.4	Realización Audiencia Pública de rendición de cuentas	1 Audiencia Pública de Rendición de cuentas realizada	Gerencia Subdirecciones Oficina Asesora de Planeación Oficina Jurídica SIAU	30/05/2026	



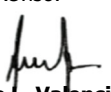
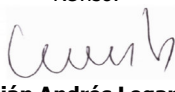

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 77 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

Componente: Rendición de cuentas					
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada	
	7.5	Rendición de cuentas de Gestión y Asesoría a la Asamblea Departamental del Cauca	Rendición Ejecutada	Gerencia Subdirecciones Oficina Asesora de Planeación	31/12/2026
Incentivos para motivar la cultura de la rendición de cuentas y petición de cuentas	7.7	Reconocimiento público a través de medios virtuales de las personas, grupos o entidades con mayor participación y/o articulación en la gestión del hospital.	Publicación en medios electrónicos	Gerencia SIAU Responsabilidad Social Comunicaciones	31/12/2026
	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	31/03/2026 31/07/2026 31/10/2026
	7.9	Edición descargable en el portal Web, en formato digital de los diferentes boletines de la entidad y demás ediciones con información de interés a la comunidad.	Publicación de boletines descargables en formato digital	Comunicaciones	30/04/2026 31/07/2026 30/09/2026 31/12/2026
Evaluación retroalimentación a gestión institucional	7.10	Realizar la Evaluación de la estrategia de rendición de cuentas	Informe del proceso de rendición de cuentas	Control Interno	30/06/2026

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 Único de información y trámites SUIT así:

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 78 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01



The screenshot shows the SUIIT web application interface. At the top, there is a navigation bar with the SUIIT logo and the slogan "El servicio público es de todos" and "Función Pública". Below the navigation bar, the user is logged in as "HSLV VIVIANA CHAVEZ MUÑOZ (VCHAVEZ686)". The main content area displays "Datos de operación para formatos integrados" with a warning message: "Los formatos integrados listados son los que se encuentran en la 'Gestión de inventarios' en estado 'Inscrito'". A table lists the following records:

Tipo	Número	Nombre del Registro	Acciones
NM	31062	Asignación de cita para la prestación de servicios en salud	[Iconos]
NM	32932	Historia clínica	[Iconos]
MT	33253	Certificado de paz y salvo	[Iconos]
NM	33532	Atención inicial de urgencias	[Iconos]
NM	33649	Radiología e imágenes diagnósticas	[Iconos]
NM	33904	Examen de laboratorio clínico	[Iconos]
NM	34155	Terapia	[Iconos]
NM	34248	Certificado de defunción	[Iconos]
NM	75553	Certificado de nacido vivo	[Iconos]



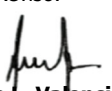
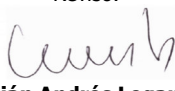
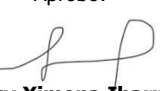
Total registros: 9



El Hospital durante el año 2025, contó y promociono la aplicación de "Susanita Móvil", la entrega de resultados por correo electrónico, la asignación de citas a través de Call Center, correo electrónico y WhatsApp, como herramientas tecnológicas a disposición de los usuarios para simplificar, estandarizar y optimizar los trámites existentes.

- Trámite 31062- Asignación de citas para la prestación de servicios
- Trámite 32932 – Historia clínica
- Trámite 33532 - Atención inicial de urgencias
- Trámite 33649 – Radiología e imágenes diagnósticas.
- Trámite 33904 – Exámenes de laboratorio
- Trámite 34155 – Terapia

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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 79 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

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.



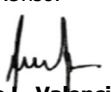
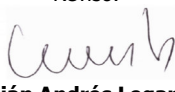

Componente: Racionalización de trámites				
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente /resultados de racionalización cuantificados difundidos	8.1 Evaluar y hacer mejoras de los métodos de racionalización implementados	Informe seguimiento	Sistemas de información SIAU	Fecha de inicio: 02/01/2026 Fecha de Terminación: 31/12/2026
	8.2 Hacer seguimiento a percepción de las aplicaciones para trámites racionalizados.	Informe seguimiento	Sistemas de información SIAU	Fecha de inicio: 02/01/2026 Fecha de Terminación: 31/12/2026
	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: 02/01/2026 Fecha de Terminación: 31/12/2026



6.9. Iniciativas adicionales - Roles y Responsabilidades

El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. adopta el modelo de líneas de defensa para la Gestión Integral del Riesgo, conforme a los lineamientos de la Guía V7 del DAFP, con el fin de garantizar una adecuada segregación de funciones, responsabilidades claras y un control efectivo:

Como parte del fortalecimiento del gobierno y la cultura del riesgo, el Hospital adopta el modelo de Líneas de Defensa para la Gestión Integral del Riesgo.

LÍNEA	RESPONSABLE
Primera línea	Conformada por los líderes de procesos y sus equipos de trabajo, responsables de identificar, gestionar y controlar los riesgos en el desarrollo de las actividades diarias, aplicando el principio de autocontrol.
Segunda línea	Integrada por las áreas de Planeación, Control Interno Disciplinario, Oficina Jurídica, Oficial de Cumplimiento y demás dependencias con funciones de seguimiento y asesoría, encargadas de orientar, acompañar y monitorear la gestión del riesgo
Tercera línea	Ejercida por la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, responsable de evaluar de manera independiente la eficacia del sistema de gestión del riesgo y emitir recomendaciones de mejora.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 80 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

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.



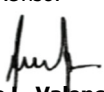
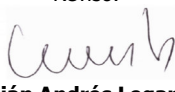

Por lo anterior, los directivos designaran a una persona responsable para poner en marcha las Políticas definidas en el Programa de Transparencia y Ética Empresarial, el cual debe asumir su compromiso en cuanto a:



- 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.
- 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 PTEP, 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 PTEP y sus actualizaciones.
- Velar porque el PTEP 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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



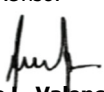
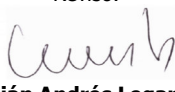

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 81 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01



- Asegurarse de que las actividades que resulten del desarrollo del PTEP 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.

6.9.2. 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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



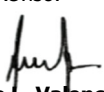
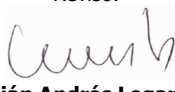

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 82 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01



- 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.

6.9.3. 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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 83 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

- 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.



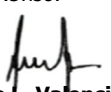
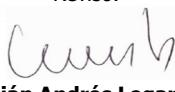

6.9.4. Revisor Fiscal



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

6.9.5. 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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 84 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	



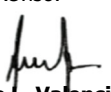
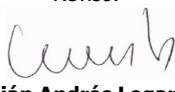

- Abstenerse de tomar represalias, directa o indirectamente, o alentar a otros a hacerlo, en contra de cualquier otro empleado por denunciar una sospecha de incumplimiento del presente programa.
- Los colaboradores del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. deben adoptar un compromiso para prevenir 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 Cartelera

Correos Electrónicos

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

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 85 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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.

6.9.6. 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.

6.9.7. Usuario



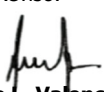
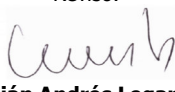

El Hospital informará a sus usuarios sobre la existencia y aplicación de políticas para prevenir la materialización del riesgo de LA/FT/PADM y corrupción transnacional ley 1778 de 2016 a través de comunicados en la página web y redes sociales.



6.9.8. 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

6.9.9. Auditoría Interna

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 86 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

Son funciones de Auditoría 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.



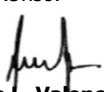
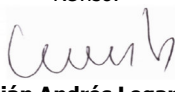

7. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA



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 Página web www.hosusana.gov.co

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



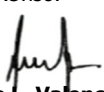
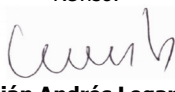

En el presente se relacionan los lineamientos generales, de obligatorio cumplimiento, para el funcionamiento adecuado del programa implementado, con el fin de orientar la actuación de las empresas, sus colaboradores, socios y demás grupos de interés.



- 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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 87 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

- El oficial de cumplimiento adelantara 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 los 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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



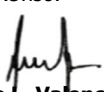
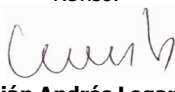

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 88 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	



- 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 los 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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 89 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01



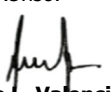
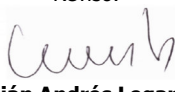

- La existencia de este tipo de situaciones no implica que se descarte que la Empresa pueda relacionarse con algún tercero; por el contrario, lo que se busca es que los Empleados procedan a la revisión de la información a fin de evaluar y asegurar que no existan eventos que puedan ser causa de un perjuicio 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 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.
 - Provengan 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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 90 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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.



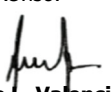
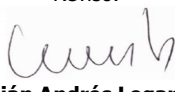

No se permite ningún pago a terceros diferentes a los que intervienen en la relación contractual.



- 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".

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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA			Página 91 de 105	Código SLV-G-78	
				Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

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



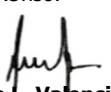
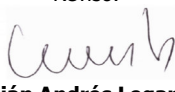

Las donaciones realizadas por la Empresa deben tener un fin lícito y se ejecutarán dando cumplimiento al Procedimiento de Donaciones y deberán ser autorizadas por la Alta Dirección y Gerencias, previa verificación de las siguientes condiciones:



- 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 soportadas 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

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 92 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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



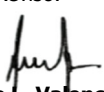
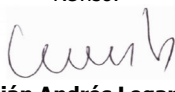

El Oficial de Cumplimiento debe garantizar la integridad y conservación de los documentos generados para el Programa de Transparencia y Ética Empresarial con el fin de demostrar su cumplimiento y la efectividad en caso de que se requiera.



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

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 93 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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.



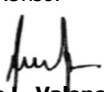
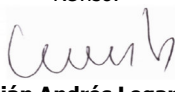

7.2. Control y supervisión del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP)



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 auditorias, 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.

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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partícipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partícipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 94 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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



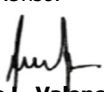
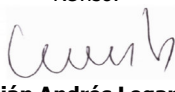

La metodología integra las etapas de diagnóstico, identificación, valoración, control, divulgación y monitoreo. Por lo anterior, a continuación, se detallan las etapas que conforman el Sistema de Autocontrol y Gestión del Riesgo frente al LA/FT/PADM Soborno Transnacional.



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

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 95 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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



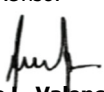
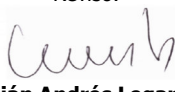

Para cada uno de los eventos de riesgo identificados se determinará su probabilidad de ocurrencia y su impacto en caso de materialización, con el fin de conocer la exposición que tiene la organización al riesgo de LA/FT sin tener en cuenta el efecto de los controles; esto es su riesgo inherente. Para 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:

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 96 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

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

El Hospital realiza control por medio del software DATAFT con el objetivo de actuar eficiente, transparente, ético y legal, por la cual se establece la implementación de un Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, ofrece soluciones tecnológicas para la gestión de riesgos, cumplimiento normativo y prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT). Uno de sus productos destacados es Inspektor®, una herramienta integral para la consulta y verificación de listas restrictivas, vinculantes, inhibitorias, informativas y de Personas Expuestas Políticamente (PEPs)

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.



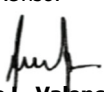
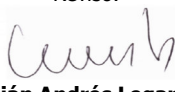

Por lo anterior se informa, la institución NO está dispuesta a tener ningún apetito de riesgo frente a la corrupción, debido a que la corrupción es indudablemente inaceptable en todos los niveles de la institución.



Establecimiento de planes de acción:

Si luego de establecer los controles frente al riesgo de corrupción, dentro de la matriz aun continúa 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 individual por evento de riesgo y a nivel consolidado de la organización. Esta etapa permite la detección de posibles incumplimientos al PTEP.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 97 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

8.8. Comunicación

El Hospital deberá contar con un plan de comunicaciones que incorpore temas relacionados al PTEP 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.



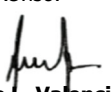
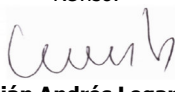

De igual manera, se estructurará una estrategia que permita mantener y fortalecer la cultura de integridad, cumplimiento y transparencia la cual será enfocada principalmente en sus empleados y partes interesadas.



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 PTE	Oficial de Cumplimiento	2026
	1.2	Desarrollar estrategias de socialización, capacitación e impacto en el personal de la institución.	Informe – Listados de participación	Oficial de Cumplimiento	30/06/2026 31/12/2026
	1.3	Medición y ejecución de acciones para el fortalecimiento del PTEP	Informe semestral del desarrollo del PTEP. Informe de resultados de medición de la percepción.	1. Oficial de Cumplimiento 2. Personal de la Institución	30/06/2026 31/12/2026 30/06/2026 31/12/2026



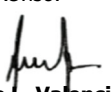
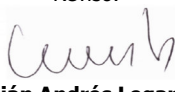

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		



 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 98 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

Componente Capacitaciones				
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
	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	30/06/2026 29/12/2026

8.10. Cronograma

Componente 1: Gestión del Riesgo de SARLAFT -Mapa de Riesgos de SARLAFT				
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
Subcomponente 1 /proceso Política de Administración SARLAFT	1.1 Despliegue de la política de riesgos.	Un (1) evento de socialización de política	Subdirección Administrativa Direccionamiento estratégico	Fecha de inicio: 01/03/2026 Fecha Terminación: 30/12/2026
Subcomponente 2/proceso Elaboración del Mapa de Riesgos de SARLAFT	2.1 Proyección consolidación del mapa de Riesgos de SARLAFT.	Mapa de riesgos actualizado	Procesos subprocesos Oficina Asesora de Planeación	Fecha de inicio: 02/01/2026 Fecha Terminación: 29/01/2026
Subcomponente 3/proceso Consulta y divulgación	3.1 Aprobar el mapa de riesgos actualizado conforme a la Política Manual SARLAFT.	Mapa de riesgos aprobado	Gerencia	29/01/2026
	3.2 Publicación del mapa de riesgos SARLAFT.	Mapa de riesgos de corrupción publicado en portal Web	Sistemas de información	31/01/2026
Subcomponente /proceso Monitoreo o revisión	4.1 Monitorear y revisar mapa de riesgos SARLAFT.	Mapa de riesgos revisado	Responsables de acciones de control	30/06/2026 31/12/2026
	4.2 Generar alertas tempranas con resultado del monitoreo	Identificación de alertas tempranas	Responsables de acciones de control	10/01/2026 31/12/2026
Subcomponente/proceso Seguimiento	5.1 Primer Seguimiento mapa de riesgos con corte al 30 de junio	Mapa de riesgos con resultados de seguimiento. (publicado en portal Web)	Subdirección Administrativa	No aplica 31/08/2026

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 99 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

Componente 1: Gestión del Riesgo de SARLAFT -Mapa de Riesgos de SARLAFT				
Subcomponente	Actividades	Meta o producto	Responsable	Fecha programada
	5.2 Segundo Seguimiento al mapa de riesgos de corte al 31 de agosto	Mapa de riesgos con resultados de seguimiento publicado en portal Web	Subdirección de Administrativa	30/01/2026

7. MEJORA CONTINUA

La mejora continua constituye el componente final del ciclo de la Gestión Integral del Riesgo, orientado a garantizar la actualización permanente del Programa de Transparencia y Ética Pública.



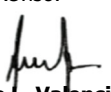
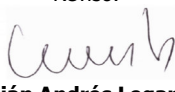

El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. garantiza la mejora continua del Programa de Transparencia y Ética Pública y de la Gestión Integral del Riesgo, mediante la revisión, actualización y fortalecimiento permanente de los procesos, controles, mapas de riesgos y planes de acción, en concordancia con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo – Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.



8. Contexto Estratégico, Operativo y de Integridad

El Hospital Susana López de Valencia E.S.E., como Empresa Social del Estado del orden territorial, desarrolla su gestión en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo la supervisión y control de la Superintendencia Nacional de Salud, y en cumplimiento de los principios de la función administrativa consagrados en la Constitución Política y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Contexto estratégico: El Hospital orienta su gestión al cumplimiento de su misión institucional, la prestación eficiente, oportuna y humanizada de los servicios de salud, y el logro de los objetivos estratégicos definidos en sus instrumentos de planeación. Su contexto estratégico se ve influenciado por factores normativos, financieros, sociales y sectoriales, así como las políticas públicas en salud, la disponibilidad de recursos y las expectativas de los ciudadanos y demás grupos de valor.

Contexto operativo: El Hospital desarrolla sus actividades a través de procesos estratégicos, misionales, de apoyo, los cuales involucran la administración de recursos

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 100 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

públicos, la contratación, la gestión del talento humano, la atención al usuario y el manejo de información sensible.

Estos procesos requieren la aplicación de controles adecuados que permitan prevenir, mitigar y gestionar los riesgos operativos, administrativos y financieros asociados a la prestación de los servicios de salud.

Contexto de integridad: La gestión institucional se fundamenta en los principios de integridad, transparencia, legalidad y ética pública, soportados en el Código de Integridad del Servicio Público, el Código de Buen Gobierno y las políticas internas del Hospital. En este contexto, se identifican factores que pueden incidir en la materialización de riesgos de corrupción, fraude, opacidad y conflictos de interés, razón por la cual se fortalecen los mecanismos de prevención, control, denuncia y seguimiento, promoviendo una cultura de autocontrol y responsabilidad en todos los servidores públicos, contratistas y grupos de valor.

9. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO



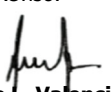
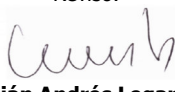

La identificación de los riesgos institucionales se realiza a partir del análisis del contexto estratégico, operativo y de integridad, considerando los procesos estratégicos, misionales, de apoyo del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. En este proceso se identifican eventos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales, incluyendo riesgos estratégicos, operativos, de corrupción, fraude, opacidad, lavado de activos, financiación del terrorismo, proliferación de armas de destrucción masiva (PADM), riesgos fiscales, de seguridad de la información y reputacionales.



9.1 GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO

- Tipología de riesgos
- Identificación del riesgo
- Análisis y evaluación del riesgo
- Tratamiento del riesgo
- Apetito y tolerancia al riesgo
- Monitoreo y seguimiento
- Comunicación y consulta
- Mejora continua

Tipología de riesgos

En el marco de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo – Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública, el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. reconoce

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada partcipe de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado partcipe ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 101 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

y gestiona los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos institucionales, los cuales se clasifican de acuerdo con su naturaleza y origen.

Las tipologías de riesgo consideradas incluyen, entre otros, los riesgos estratégicos, operativos, financieros y fiscales, de cumplimiento, de corrupción, fraude y opacidad, de lavado de activos (LA), financiación del terrorismo (FT), proliferación de armas de destrucción masiva (PADM), de integridad, reputacionales y de seguridad de la información, los cuales son gestionados de manera articulada con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP.

Identificación del riesgo

La identificación de los riesgos en el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. se realiza de manera sistemática y participativa, con base en el análisis del contexto estratégico, operativo y de integridad, y en concordancia con las tipologías de riesgo definidas. Este proceso tiene como propósito reconocer los eventos potenciales que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, la prestación de los servicios de salud y el uso adecuado de los recursos públicos.



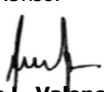
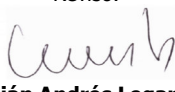

La identificación de los riesgos se lleva a cabo en los procesos estratégicos, misionales, de apoyo, considerando factores internos y externos, tales como la normatividad vigente, la estructura organizacional, los procesos contractuales, la gestión del talento humano, la atención al usuario, el manejo de la información y la relación con los grupos de valor.



Los riesgos identificados incluyen, entre otros, aquellos asociados a corrupción, fraude, opacidad, lavado de activos (LA), financiación del terrorismo (FT), proliferación de armas de destrucción masiva (PADM), riesgos fiscales, de integridad, de cumplimiento, operativos y reputacionales, los cuales son documentados en las matrices de riesgo institucionales para su posterior análisis, evaluación y tratamiento.

Análisis y evaluación del riesgo

Una vez identificados los riesgos, el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. realiza el análisis y evaluación de los mismos con el fin de determinar su nivel de exposición y priorizar aquellos que requieren la implementación de acciones de tratamiento. Este proceso se desarrolla conforme a la metodología establecida en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo – Versión 7 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

El análisis del riesgo se efectúa considerando los criterios de probabilidad de ocurrencia e impacto, teniendo en cuenta las consecuencias que la materialización del riesgo podría generar sobre el cumplimiento de los objetivos institucionales, la continuidad en la

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 102 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

prestación de los servicios de salud, la gestión de los recursos públicos y la confianza de los grupos de valor.

La evaluación del riesgo permite clasificar los riesgos de acuerdo con su nivel (bajo, medio, alto o extremo), comparándolos con los criterios de aceptación definidos por la entidad, con el propósito de establecer si el riesgo es aceptable, tolerable o no aceptable. Los resultados del análisis y evaluación del riesgo se documentan en las matrices de riesgo institucionales y constituyen la base para la definición de las acciones de tratamiento, monitoreo y seguimiento.

Tratamiento del riesgo

Con base en los resultados del análisis y evaluación de los riesgos, el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. define e implementa acciones de tratamiento orientadas a reducir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto de los riesgos identificados, de acuerdo con los criterios de aceptación establecidos por la entidad.



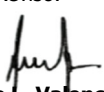
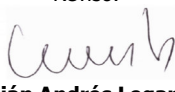

Las alternativas de tratamiento del riesgo consideradas incluyen la aceptación del riesgo, cuando este se encuentra dentro de los niveles tolerables; la reducción o mitigación, mediante la implementación de controles preventivos y correctivos; la evitación del riesgo, a través de la modificación o eliminación de actividades que lo generan; y la transferencia o compartición del riesgo, cuando sea viable, a través de mecanismos como seguros u otros instrumentos.



Las acciones de tratamiento se formulan considerando la naturaleza del riesgo, su nivel de exposición y los recursos disponibles, y se documentan en las matrices de riesgo institucionales, donde se establecen responsables, plazos y controles asociados. Estas acciones son objeto de monitoreo y seguimiento permanente con el fin de verificar su eficacia y contribuir al fortalecimiento de la gestión integral del riesgo en la entidad.

Apetito y tolerancia al riesgo

El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. define su apetito y tolerancia al riesgo como el nivel de riesgo que está dispuesto a aceptar en el desarrollo de sus procesos y en el cumplimiento de sus objetivos institucionales, en coherencia con su misión, marco normativo y responsabilidades frente a la prestación de los servicios de salud.

La determinación del apetito y la tolerancia al riesgo permite establecer criterios para la toma de decisiones, priorizar los riesgos que requieren tratamiento y definir aquellos que pueden ser aceptados, siempre que se mantengan dentro de niveles controlados. Estos criterios son definidos y aprobados por la Alta Dirección y se aplican de manera transversal a los riesgos estratégicos, operativos, financieros, de integridad, de corrupción, fraude,

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA			Página 103 de 105	Código SLV-G-78
				Versión: 3	SLV-DES-01-F01

opacidad, lavado de activos (LA), financiación del terrorismo (FT), proliferación de armas de destrucción masiva (PADM) y riesgos fiscales.

El apetito y la tolerancia al riesgo son revisados periódicamente y pueden ser ajustados de acuerdo con cambios en el contexto institucional, normativo o estratégico, como parte del proceso de mejora continua de la gestión integral del riesgo.

Monitoreo y seguimiento

El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. realiza el monitoreo y seguimiento permanente a la gestión integral del riesgo con el propósito de verificar la efectividad de los controles implementados, el cumplimiento de las acciones de tratamiento y la vigencia de los riesgos identificados.

El seguimiento a los riesgos se efectúa de manera periódica por parte de los responsables de los procesos, quienes revisan el estado de los riesgos y reportan los avances y resultados a las instancias correspondientes. Este proceso se articula con el Sistema de Control Interno, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP.



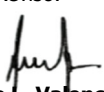
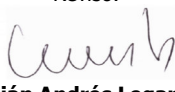

Los resultados del monitoreo y seguimiento permiten identificar desviaciones, riesgos emergentes o cambios en el nivel de exposición, y constituyen un insumo para la actualización de las matrices de riesgo, la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección y la definición de acciones de mejora, en concordancia con la normatividad vigente y los lineamientos institucionales.



Comunicación y consulta

El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. garantiza la comunicación y consulta permanente en el marco de la gestión integral del riesgo, con el fin de asegurar que la información relacionada con los riesgos, los controles y las acciones de tratamiento sea oportuna, clara y accesible para los servidores públicos, contratistas y demás grupos de valor.

La comunicación de la gestión del riesgo se realiza a través de los canales institucionales definidos por la entidad, tales como circulares internas, capacitaciones, reuniones de trabajo, herramientas tecnológicas y espacios de divulgación, promoviendo el conocimiento y la apropiación de la cultura del riesgo y la integridad.

De igual forma, el Hospital promueve la consulta y participación de los diferentes actores internos y externos en la identificación, análisis y seguimiento de los riesgos, permitiendo la retroalimentación y el fortalecimiento continuo del sistema de gestión del riesgo, en

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 104 de 105	Código SLV-G-78
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01

articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP.

El Programa de Transparencia y Ética Pública es objeto de socialización y divulgación a través de jornadas de capacitación, espacios institucionales, inducción y reinducción, y los canales internos de comunicación, con el propósito de garantizar su conocimiento, apropiación y aplicación por parte de los servidores públicos, contratistas y demás grupos de valor del Hospital.

Mejora continua

El Hospital Susana López de Valencia E.S.E. adopta la mejora continua como un principio fundamental de la gestión integral del riesgo, orientado al fortalecimiento permanente de sus procesos, controles y mecanismos de prevención, detección y mitigación de riesgos.

La mejora continua se soporta en los resultados del monitoreo y seguimiento, las evaluaciones internas, los informes de control interno, las recomendaciones de los entes de control y los cambios en el contexto institucional, normativo y operativo. A partir de estos insumos, la entidad realiza ajustes a la identificación, análisis, evaluación y tratamiento de los riesgos, así como a las políticas, procedimientos y herramientas asociadas a la gestión del riesgo.



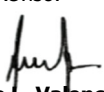
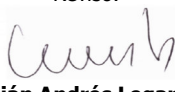

Este proceso contribuye a la actualización permanente de las matrices de riesgo, al fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP, y a la consolidación de una cultura organizacional basada en la integridad, la transparencia y el mejoramiento continuo.



10. ACTUALIZACIÓN Y VIGENCIA

Este Programa de Transparencia y Ética Pública deberá ser revisado, actualizado y aprobado, como mínimo, una vez al año por el Comité de Gestión y Desempeño Institucional y/o la Gerencia del Hospital Susana López de Valencia E.S.E., o cuando se presenten cambios en la normatividad legal vigente o en las disposiciones internas que así lo requieran, mediante el acto administrativo correspondiente.

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.

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA	 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.		
	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA		Página 105 de 105	Código SLV-G-78	
			Versión: 3	SLV-DES-01-F01	

11. DISPOSICIONES FINALES

La actualización, control y custodia del Programa de Transparencia y Ética Pública estarán a cargo de la dependencia designada por la Alta Dirección, en articulación con las áreas responsables de la gestión del riesgo y el Sistema de Control Interno, garantizando el control de versiones, la trazabilidad de los cambios y su adecuada divulgación institucional.



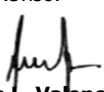
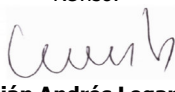

Toda actualización del Programa deberá quedar debidamente documentada, aprobada y registrada conforme a los lineamientos de gestión documental de la entidad.

12. 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

13. CONTROL DE CAMBIOS

Código	Versión	Fecha	Descripción del Cambio
SLV-G-78	1	31/01/2024	Creación del documento
SLV-G-78	2	27/01/2025	Se actualiza el documento a 2025
SLV-G-78	3	Enero 2026	Se actualiza el documento a vigencia 2026

Elaboró:  Claudia Montilla Cardona Afiliada participante de ASIES Prof. De apoyo sub administrativa	Revisó:  Hulber Enrique Acosta Porras Planeación y Calidad – Afiliado participante ASIES	Revisó:  Jessica L. Valencia Rodríguez Jefe Oficina Asesora de Planeación	Revisó:  Julián Andrés Legarda subdirector Administrativo	Aprobó:  Lucy Ximena Ibarra Gerente
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2026		Vigencia: por gestión documental 5 años y/o si existen cambios normativos o en el proceso		