



# *E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO*

## *PROYECTO DE ACUERDO No.009*

*"Por medio del cual se actualiza y se integra en un solo cuerpo normativo El Código de Conducta y de Buen Gobierno" para la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito"*

*PITALITO  
Agosto de 2023*



## Contenido

PROYECTO DE ACUERDO N° 009 de 2023 .....	9
(agosto 2023) .....	9
CONSIDERANDO .....	9
ACUERDA:.....	11
ARTÍCULO 1.- .....	11
CAPÍTULO I .....	11
DEFINICIÓN E INTEGRACIÓN .....	11
ARTÍCULO 2.- CONCEPTO:.....	11
PARÁGRAFO.- .....	12
ARTÍCULO 3.- ALCANCE:.....	12
CAPÍTULO II .....	13
PLATAFORMA ESTRATEGICA: .....	13
ARTÍCULO 4.- MISIÓN:.....	13
ARTÍCULO 5.- VISIÓN:.....	13
ARTÍCULO 6.- OBJETIVOS: .....	13
ARTÍCULO 7.- OBJETIVO GENERAL .....	13
ARTÍCULO 8.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
ARTÍCULO 9.- OBJETIVOS ESTRATEGICOS .....	14
ARTÍCULO 10.- VALORES:.....	14
ARTÍCULO 11.- HONESTIDAD:.....	14
LO QUE ME COMPROMETO HACER .....	14
LO QUE NO DEBO HACER .....	15
ARTÍCULO 12.- COMPROMISO: .....	15
LO QUE ME COMPROMETO HACER .....	15
LO QUE NO DEBO HACER .....	15
ARTÍCULO 13.- JUSTICIA: .....	16
LO QUE ME COMPROMETO HACER .....	16
LO QUE NO DEBO HACER .....	16
ARTÍCULO 14.- RESPETO:.....	16
LO QUE ME COMPROMETO HACER .....	16



LO QUE NO DEBO HACER .....	16
ARTÍCULO 15.- DILIGENCIA:.....	17
LO QUE ME COMPROMETO HACER .....	17
LO QUE NO DEBO HACER .....	17
ARTÍCULO 16.- TRABAJO EN EQUIPO: .....	17
LO QUE ME COMPROMETO HACER .....	17
LO QUE NO DEBO HACER .....	18
ARTÍCULO 17.- PRINCIPIOS:.....	18
ARTÍCULO 18.- AMOR:.....	18
ARTÍCULO 19.- PERTENENCIA:.....	18
ARTÍCULO 20.- RESPONSABILIDAD SOCIAL: .....	18
ARTÍCULO 21.- INTEGRIDAD:.....	18
ARTÍCULO 22.- MEJORAMIENTO CONTINUO:.....	18
ARTÍCULO 23.- AUTO CONTROL:.....	19
CAPÍTULO III .....	19
POLÍTICAS DE BUEN GOBIERNO .....	19
ARTÍCULO 24.- POLÍTICAS INSTITUCIONALES:.....	19
ARTÍCULO 25.- POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:.....	19
ESTRATEGIAS:.....	19
ARTÍCULO 26.- POLÍTICA DEL TALENTO HUMANO:.....	20
ESTRATEGIAS:.....	20
ARTÍCULO 27.- POLÍTICA DE DOCENCIA SERVICIO: .....	21
ESTRATEGIAS:.....	21
ARTÍCULO 28.- POLÍTICA PARA EL MANEJO DE INFORMACIÓN Y BASES DE DATOS:.....	22
ESTRATEGIAS:.....	23
ARTÍCULO 29.- POLÍTICA DE LA HUMANIZACIÓN: .....	23
ESTRATEGIAS:.....	23
ARTÍCULO 30.- POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: .....	24
ESTRATEGIAS:.....	24
ARTÍCULO 31.- POLÍTICA DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL: .....	25
ESTRATEGIAS:.....	25
ARTÍCULO 32.- POLÍTICA DE LA GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA: .....	25



ESTRATEGIAS:.....	26
ARTÍCULO 33.- POLÍTICA DE LA GESTIÓN DEL RIESGO:.....	26
ESTRATEGIAS:.....	26
ARTÍCULO 34.- POLÍTICA DE LA TRANSFORMACIÓN CULTURAL:.....	28
ESTRATEGIAS:.....	28
CAPITULO IV .....	29
MEDIDAS DE CONDUCTAS INCORPORADAS .....	29
ARTÍCULO 35.- GESTIÓN ÉTICA:.....	29
ARTÍCULO 36.- ESTRUCTURA.....	29
ARTÍCULO 37.- PAUTAS DE COMPORTAMIENTO:.....	30
CAPITULO V .....	30
ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO .....	30
ARTÍCULO 38.- COMITÉ DE RIESGOS.....	30
ARTÍCULO 39.- FUNCIONES DEL COMITÉ DE RIESGOS:.....	30
ARTÍCULO 40.- PROCEDIMIENTOS:.....	31
ARTÍCULO 41.- ASIGNACIÓN DE FUNCIONES.....	33
CAPITULO VI .....	34
MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA Y CORRUPCIÓN .....	34
ARTÍCULO 42.- SARLAFT/FPADM:.....	34
ARTÍCULO 43.- SICOF:.....	37
ARTÍCULO 44.- COMPROMISOS INSTITUCIONALES.....	37
ARTÍCULO 45.- DELEGACIÓN Y FUNCIONES EN EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO:.....	38
PARÁGRAFO. - .....	40
ARTÍCULO 46.- LÍDERES DE PROCESOS Y COLABORADORES:.....	40
PARÁGRAFO UNO. -.....	40
PARÁGRAFO DOS. - .....	40
CAPÍTULO VII .....	41
DEL CONFLICTO DE INTERÉS.....	41
ARTÍCULO 47.- CONSIDERACIÓN GENERAL:.....	41
ARTÍCULO 48.- ALCANCE ESPECÍFICO:.....	41
ARTÍCULO 49.- COMPROMISO INSTITUCIONAL:.....	41



ARTÍCULO 50.- SITUACIONES PARA IDENTIFICAR Y RESOLVER CONFLICTO DE INTERÉS: .....	42
CAPÍTULO VIII .....	43
PROCESO ÉTICO DISCIPLINARIO .....	43
ARTÍCULO 51.- COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL: .....	43
ARTÍCULO 52.-OBJETO: .....	43
PARÁGRAFO. - .....	43
ARTÍCULO 53.- DEBIDO PROCESO: .....	43
ARTÍCULO 54.- PERSONAL ASISTENCIAL EN SALUD: .....	44
PARÁGRAFO. - .....	46
ARTÍCULO 55.- PROCEDIMIENTO: .....	46
ARTÍCULO 56.- APERTURA:.....	46
ARTÍCULO 57.-CONTENIDO: .....	46
ARTÍCULO 58.-VINCULACIÓN: .....	46
ARTÍCULO 59.- RECEPCIÓN DE LA QUEJA:.....	46
ARTÍCULO 60.- PROCEDENCIA:.....	47
PARÁGRAFO. - .....	47
ARTÍCULO 61.- CITACIÓN: .....	47
ARTÍCULO 62.- INTERROGATORIO:.....	47
ARTÍCULO 63.- CONTENIDO DEL ACTA:.....	47
ARTÍCULO 64.- CERTEZA:.....	48
ARTÍCULO 65.- PROCEDENCIA:.....	48
ARTÍCULO 66.- SANCIONES: .....	48
PARÁGRAFO. - .....	48
ARTÍCULO 67.- SUGERENCIAS: .....	48
ARTÍCULO 68.- IMPUGNACIÓN: .....	49
ARTÍCULO 69.-PRESCRIPCIÓN: .....	49
ARTÍCULO 70.-AUTONOMÍA:.....	49
CAPÍTULO IX .....	49
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN .....	49
ARTÍCULO 71.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN: .....	49
ARTÍCULO 72.- SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN:.....	49
ARTICULO 73.- DIFUSION DE LA INFORMACIÓN:.....	51



ARTICULO 74.- INFORMACION RESERVADA:.....	51
ARTICULO 75.- ACUERDOS DE CONFIDENCIALIDAD:.....	51
ARTÍCULO 76.- COMUNICACIÓN: .....	52
ARTÍCULO 77.- MONITOREO .....	52
CAPÍTULO X .....	53
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	53
CAPÍTULO XI .....	53
COMITÉ DE CONDUCTA.....	53
ARTÍCULO 78.- OBJETIVO: .....	53
ARTÍCULO 79.- CONSTRUCCIÓN MEDIDAS.....	54
ARTÍCULO 80.- RELACIONAMIENTO .....	54
ARTÍCULO 81.- CONFORMACIÓN .....	54
ARTÍCULO 82.- FUNCIONES .....	55
CAPÍTULO XII .....	56
LA AUDITORÍA Y CONTROL INTERNO .....	56
ARTÍCULO 83.-AUDITORÍA INTERNA: .....	56
ARTÍCULO 84.-COMITÉ DE AUDITORÍA INTERNA: .....	56
ARTÍCULO 85.-CONFORMACIÓN: .....	56
ARTÍCULO 86.-FUNCIONES:.....	56
ARTÍCULO 87- PROGRAMA DE CALIDAD Y CUMPLIMIENTO: .....	58
ARTÍCULO 88.- OFICINA DE CONTROL INTERNO: .....	58
ARTÍCULO 89.- ACTIVIDADES DE CONTROL:.....	58
ARTÍCULO 90.-PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO: .....	59
ARTÍCULO 91.- ESTRUCTURA DEL CONTROL INTERNO .....	59
ARTÍCULO 92.- AMBIENTE DE CONTROL: .....	60
ARTÍCULO 93- FUNCIONES AMBIENTE DE CONTROL: .....	60
ARTÍCULO 94.- PAUTAS DE CONTROL: .....	60
ARTÍCULO 95.- EVALUACIONES INDEPENDIENTES:.....	61
ARTÍCULO 96.- ÁREAS ESPECIALES DENTRO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.....	62
ARTÍCULO 97.- CONTROL INTERNO EN LA GESTIÓN DE SALUD: .....	62
ARTÍCULO 98.- CALIDAD EN LA GESTIÓN EN SALUD: .....	62
ARTÍCULO 99.- CONTROL INTERNO EN LA GESTIÓN FINANCIERA: .....	63



ARTÍCULO 100.- CONTROL DE LAS POLÍTICAS CONTABLES:.....	64
ARTÍCULO 101.- CONTROL INTERNO PARA LA GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA: .....	64
ARTÍCULO 102.- AJUSTES A LAS POLÍTICAS DE TECNOLOGÍA:.....	64
ARTÍCULO 103.- RESPONSABILIDADES DEL REPRESENTANTE LEGAL DENTRO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO: .....	65
ARTÍCULO 104.- RESPONSABILIDADES DENTRO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO POR PARTE DE LA JUNTA DIRECTIVA.....	66
CAPÍTULO XIII .....	68
PROTECCION DERECHOS DE AUTOR .....	68
ARTÍCULO 105.- PRÁCTICAS INSTITUCIONALES RELACIONADAS CON LA PROPIEDAD INTELECTUAL Y LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO .....	68
CAPÍTULO XIV .....	70
GRUPOS DE INTERÉS.....	70
ARTÍCULO 106.- GRUPOS DE INTERÉS:.....	70
ARTÍCULO 107.- FRENTE AL PÚBLICO:.....	70
ARTÍCULO 108.- FRENTE A LAS AUTORIDADES LOCALES: .....	72
ARTÍCULO 109.- FRENTE A LA COMUNIDAD CIENTÍFICA Y MÉDICA: .....	72
ARTÍCULO 110.- FRENTE A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD:.....	72
ARTÍCULO 111.- FRENTE A LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL MÉDICO:.....	72
ARTÍCULO 112.- FRENTE A LOS PROVEEDORES:.....	72
ARTÍCULO 113.- FRENTE A FRENTE A LAS AUTORIDADES:.....	73
CAPÍTULO XV .....	73
MECANISMOS DE DIFUSION DEL CODIGO DE ETICA.....	73
ARTÍCULO 114.- DIFUSIÓN: .....	73
ARTÍCULO 115.-CON SERVIDORES Y COLABORADORES:.....	73
ARTÍCULO 116.- CON PROVEEDORES Y CONTRATISTAS: .....	73
ARTÍCULO 117.- A TRAVÉS DE MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN:.....	73
ARTÍCULO 118.- A TRAVÉS DE ESPACIOS COMUNITARIOS: .....	73
CAPÍTULO XVI .....	73
RENDICIÓN DE CUENTAS Y DE INFORMACION .....	73
ARTÍCULO 119.- RENDICIÓN DE CUENTAS .....	73
ARTÍCULO 120.- FRENTE A LAS AUTORIDADES LOCALES .....	74
ARTÍCULO 121.- FRENTE A LA COMUNIDAD CIENTÍFICA Y MÉDICA.....	74



ARTICULO 122.- FRENTE A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.....	74
ARTICULO 123.- TRANSPARENCIA EN LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL MÉDICO: .....	74
ARTICULO 124.- TRANSPARENCIA EN LA POLÍTICA DE COMPRAS: .....	74
ARTICULO 125.- POLÍTICA GENERAL DE REVELACIÓN DE INFORMACIÓN: .....	75
ARTICULO 126.- FRENTE A LAS AUTORIDADES .....	75
ARTICULO 127.- FRENTE AL PÚBLICO EN GENERAL: .....	75
ARTÍCULO 128.- INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD: .....	75
ARTÍCULO 129.- INFORMACIÓN SOBRE LA ADMINISTRACIÓN: .....	75
ARTICULO 130.- INFORMACIÓN SOBRE LOS ÓRGANOS DE CONTROL: .....	76
ARTÍCULO 131.- INFORMACIÓN SOBRE LOS USUARIOS.....	76
ARTÍCULO 132.- INFORMACIÓN SOBRE SALUD: .....	76
ARTÍCULO 133.- INFORMACIÓN FINANCIERA: .....	76
CAPÍTULO XVII .....	76
DISPOSICIONES FINALES.....	76
ARTÍCULO 134.- SEGUIMIENTO Y CONTROL A LOS COMPROMISOS ÉTICOS, DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO:.....	76
ARTÍCULO 135.- SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL:.....	77
CAPÍTULO XVIII .....	77
GLOSARIO DE TERMINOS .....	77
ARTÍCULO 136.- AUTORIZACIÓN:.....	84
ARTÍCULO 137.-VIGENCIA Y DEROGATORIA: .....	84



## **PROYECTO DE ACUERDO N° 009 de 2023 (agosto 2023)**

"Por medio del cual se actualiza y se integra en un solo cuerpo normativo El Código de Conducta y Buen Gobierno para La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito".

**La Junta Directiva de La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito**, en ejercicio de las funciones legales y estatutarias especialmente conferidas en las leyes; 489 de 1998, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1474 de 2011, Decretos; 1876 de 1994, 2145 de 1999, 1499 de 2017, Circulares 000003 de 2018, 20211700000005-5 de 2021, 2022151000000053-5 de 2022 expedidas por La Superintendencia Nacional de Salud, acuerdo 001 de 1995, demás norma concordantes y complementarias y

### **CONSIDERANDO**

El presente documento contiene el Código de Conducta y Buen Gobierno de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, integra el fundamento filosófico de los principios, valores y prácticas que inspiran la ética empresarial en la actuación de los servidores públicos, colaboradores y demás personal que interactúa con la institución a fin de garantizar la transparencia en la gestión, la administración de recursos, el reconocimiento y respeto de los derechos de pacientes, usuarios y partes interesadas.

Las prácticas del Código de Conducta y Buen Gobierno que se enuncian en este documento, complementan y definen los parámetros de actuación de la Junta Directiva, del Gerente, del equipo directivo y de los servidores públicos del Hospital, así como los mecanismos para la verificación de su cumplimiento.

La auto regulación ética en la actuación de todos los servidores y colaboradores del hospital es un pilar fundamental en dirección a la excelencia de la prestación eficiente de cada una de las actuaciones en cumplimiento del objeto misional, orientado a la prestación de los servicios de salud humanizados.

Desde el año 2007 se ha venido haciendo mejoras continuas al documento de Ética institucional, generando un despertar y una transformación cultural en todo el personal de planta y colaborador del hospital, propiciando cambios cualitativos en los actos y tareas institucionales que imprimen un impulso significativo y positivo para el desarrollo de los procesos administrativos y asistenciales que se generan en la Empresa y que contribuyen directamente en la percepción directa y exteriorización del buen servicio, reconocido a nivel interno y extramural, efecto de la autorregulación, pertenencia, colaboración y trabajo en equipo.



Así mismo, se incluyen los mecanismos de gobierno, conducta e información de la empresa con el fin de asegurar la confianza sobre su gestión y facilitar el logro de los objetivos gerenciales de supervivencia, crecimiento y desarrollo.

Importante resaltar el desarrollo evolutivo de este importante código en la Institución, se originó con la expedición de la Resolución No. 339 del 25 de octubre de 2007 denominado "**Código de Ética y Valores**" refrendado mediante Acuerdo 016 del 26 de octubre de 2007, actualizado mediante acuerdo 005 de 2019 llamado **Código de conducta y buen gobierno**,

El sustento legal está plasmado en la ley 1122 del año 2007, Modificada por la Ley 1949 de 2019, ley 1438 de 2011, Circular 045 del 1º de agosto de 2007, Circular instructiva No. 007 del año 2017 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, Circulares Externas 018 de 2015, 00003 el 24 de Mayo de 2018, 20211700000005-5 de 2021, 2022151000000053-5 de 2022 y en los criterios necesarios para lograr altos estándares de acreditación en salud a nivel nacional e internacional.

El numeral 26 del artículo 21 del Decreto No. 2462 de 2013 resalta una de las funciones del Despacho del Superintendente Delegado para la Supervisión Institucional "Ejercer inspección y vigilancia para garantizar que los sujetos vigilados adopten y apliquen un Código de Conducta y de Buen Gobierno de conformidad con lo previsto en la ley y en el presente decreto"; y el numeral 12 del artículo 23 del mismo Decreto relaciona como una de las funciones de la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud el "Realizar actividades de inspección y vigilancia para garantizar que los Prestadores de Servicios de Salud, adopten y apliquen un Código de Conducta y de Buen Gobierno, de conformidad con lo previsto en la ley junto a los criterios y lineamientos establecidos por la Superintendencia".

Que la nueva versión del **Código de Conducta y de Buen Gobierno** se articula con la Política Institucional de Humanización, procurando que los principios y valores definidos propendan a que en el día a día de nuestros colaboradores se brinde una atención desde las dimensiones físicas, sociales y espirituales al paciente y a su familia, y que la interacción del personal y el paciente se base en un trato amable, personalizado y de respeto por los derechos del usuario y su familia en el proceso de la atención.

La experiencia internacional demuestra que el mejoramiento de las prácticas de buen gobierno, así como de buena conducta, requieren de la acción conjunta de las autoridades gubernamentales, las empresas, los empleados y los propietarios, mediante la adopción de normas con esquemas de autorregulación.

Se ha comprobado que el adoptar adecuadas prácticas organizacionales permite garantizar un acertado direccionamiento estratégico, a través del cual se pueden



lograr los objetivos gerenciales de la entidad y el cumplimiento de la misión institucional.

Para la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, el Código de Conducta y de Buen Gobierno es la implementación voluntaria de las medidas, sin perjuicio de que algunas de éstas resulten de obligatorio cumplimiento por estar consagradas en la normatividad vigente, cuya implementación se realizara de manera gradual, en el corto, mediano y largo plazo, teniendo en cuenta el contexto, estructura y otros determinantes de la institución.

El desarrollo e implementación del Código de Conducta y de Buen Gobierno generará importantes lineamientos institucionales, orientará de mejor manera al paciente, su familia y/o acompañante, proporcionará equidad en el trato a las personas pertenecientes a un Grupo de Interés que se encuentren en igualdad de condiciones, entre otros.

En el presente código compila las normas aplicables a la institución y que acorde con las necesidades y requerimientos institucionales es preciso dejar integradas en un solo cuerpo normativo como pautas, referentes y guías de comportamiento ético que se han ido consolidando en los últimos años a partir del desarrollo del proceso de acreditación institucional que ha generado una nueva cultura de compromiso, pertenencia y actitud frente a la concepción del servicio y la permanente disposición de cambio cualitativo y de excelencia.

En mérito de lo expuesto, La Junta Directiva,

### **ACUERDA:**

**ARTÍCULO 1.-** Actualizar e incorporar en un solo cuerpo normativo El Código de Conducta y Buen Gobierno para La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

## **CAPÍTULO I**

### **DEFINICIÓN E INTEGRACIÓN**

**ARTÍCULO 2.- CONCEPTO:** El Código de Conducta y Buen Gobierno es un documento institucional para la gestión ética, que establece los principios y pautas de conducta fundamentales, destinados a orientar el comportamiento de los integrantes de la comunidad hospitalaria en todos los ámbitos que impactan la vida institucional.



Los lineamientos de conducta están estructurados sobre los siguientes órdenes temáticos:

- a. Estatutos de la Junta Directiva.
- b. Plataforma Estratégica.
- c. Direccionamiento Estratégico.
- d. Código de Integridad.
- e. Código de Ética del Auditor Interno.
- f. Estatuto de Auditoría Interna.
- g. Mapas de Riesgos.
- h. Políticas Institucionales.
- i. Programas.
- j. Planes Institucionales
- k. Indicadores.
- l. Manuales, Guías y Protocolos.

**PARÁGRAFO.-** Los valores, políticas éticas y lineamientos de Buen Gobierno descritas en el presente Código, serán asumidos y cumplidos de manera consciente y responsable por todos los servidores públicos y colaboradores de La Ese Hospital Departamental San Antonio de Pitalito en sus actuaciones, y serán promovidos de manera especial por el equipo directivo de la institución y particulares que ejerzan funciones públicas o sean delegados para desarrollar las mismas, con el propósito de consolidarlos en nuestra cultura organizacional.

**ARTÍCULO 3.- ALCANCE:** El presente Código aplica a todas las actuaciones de la Junta Directiva, la Gerencia, la Subgerencia Administrativa y Financiera, la Subgerencia Técnico Científica, los Coordinadores y/o Jefes de Área o Servicios, Servidores públicos, Contratistas, Colaboradores, Proveedores, con el fin de que la acción de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se ajuste a los principios éticos y prácticas de buen gobierno.

Además, complementa lo establecido en la Circular Externa No. 00003 del 24 de Mayo de 2018 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud en la cual imparte instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales - código de conducta y de buen gobierno IPS de los Grupos C1 y C2, dado que de conformidad con el Sistema de Recepción y Validación de Archivos RVCC y los criterios definidos en la Circular Externa 018 de 2015 la "Entidad 415510047901 E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito está clasificada en Grupo C1"; por lo tanto, es sujeta de aplicación de la Circular Externa No. 00003 del 24 de Mayo de 2018 que se complementan con las circulares 20211700000005-5 de 2021, 202215100000053-5 de 2022 .



## CAPÍTULO II

### PLATAFORMA ESTRATEGICA:

**ARTÍCULO 4.- MISIÓN:** Prestar servicios de salud humanizados y confiables soportados en la gestión del conocimiento de su talento humano y la mejor tecnología, asegurando su sostenibilidad en la calidad de vida de la población y permanencia en el tiempo, orientados en la transformación organizacional y el mejoramiento de la calidad de vida de la población a la que sirve.

**ARTÍCULO 5.- VISIÓN:** En el año 2024 La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito será un modelo y referente a nivel nacional en la prestación de servicios complementarios, diferenciados por la humanización y la integralidad en la atención a sus pacientes y familias con estándares superiores de calidad.

**ARTÍCULO 6.- OBJETIVOS:** Son aquellos fines que la institución busca lograr a través de su existencia y operaciones. Por tanto, son un resultado medible que una organización pretende lograr y que guía a todos sus miembros para conseguirlo.

**ARTÍCULO 7.- OBJETIVO GENERAL:** El objetivo del presente código es compilar en un solo documento el anhelo de preservar la integridad ética institucional y el buen gobierno, para asegurar la adecuada administración de sus asuntos, el respeto por los clientes internos y externos para una adecuada prestación de servicios.

**ARTÍCULO 8.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Son aquellos que se centran más en lo concreto y medible que La empresa espera alcanzar en un plazo específico de tiempo.

- Proporcionar un marco sólido que define derechos y responsabilidades, donde se tiene como propósito alcanzar el mayor grado de coordinación posible entre los intereses de la Junta Directiva, el Representante Legal y demás administradores
- Brindar un adecuado entorno dentro del cual se relacionan los órganos de gobierno de la institución, incluyendo el Revisor Fiscal y los correspondientes órganos de control.
- Proveer mecanismos que aseguran las buenas prácticas en la gestión de la institución, contribuyendo a una competitividad responsable, permitiendo un mejor desarrollo institucional y ofreciendo una mayor eficiencia en el manejo de los recursos.
- Brindar servicios con mayor calidad y oportunidad a los usuarios.
- Reconocer mejor los derechos de las diferentes partes interesadas: El paciente y su familia.



- Facilitar el ejercicio de los derechos y el trato equitativo a los miembros de la institución.
- Garantizar la revelación oportuna y precisa de la información.
- Garantizar la orientación estratégica, el control efectivo de la Alta Dirección y la responsabilidad de esta frente a la institución y a sus miembros.

**ARTÍCULO 9.- OBJETIVOS ESTRATEGICOS:** Son las metas que se propone alcanzar la empresa como resultado de seguir una determinada estrategia acorde con su situación presente, su misión y su visión

1. Desarrollar el modelo de atención integral y humanizado en respuesta a las necesidades de la población usuaria enmarcados en la Red Departamental.
2. Consolidar las competencias del Talento Humano, fortaleciendo el crecimiento personal y laboral en un clima de mutua confianza, que conlleve al desarrollo integral de las personas y al cumplimiento de los propósitos organizacionales.
3. Disponer y mantener la infraestructura tecnológica, física, de información y comunicaciones actualizada, eficiente y segura a través de un adecuado mantenimiento, reposición, adquisición y entrenamiento para su uso adecuado.
4. Mantener la sostenibilidad financiera de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, a través de una gestión eficiente de los recursos que permita la prestación de servicios en condiciones de calidad y competitividad.
5. Gestionar el desarrollo sostenible de la Empresa Social del Estado a través del mantenimiento de las relaciones de confianza equitativas y justas con la comunidad, proveedores y empleados y colaboradores generando un gran impacto social.

**ARTÍCULO 10.- VALORES:** Normas de conductas consideradas positivas que guían y determinan el actuar del individuo en sus relaciones personales e institucionales, los cuales se expresan en sentimientos y comportamientos altruistas de reconocimiento favorable.

**ARTÍCULO 11.- HONESTIDAD:** Actuar siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

## **LO QUE ME COMPROMETO HACER**

- Decir la verdad, incluso cuando cometa errores, porque es humano cometerlos, pero no es correcto esconderlos.
- Buscar orientación frente a las dudas en las instancias pertinentes al interior de mi entidad. Se vale no saberlo todo, y también se vale pedir ayuda.



- Facilitar el acceso a la información pública completa, veraz, oportuna y comprensible a través de los medios destinados para ello.
- Denunciar las faltas, delitos o violación de derechos de los que tengo conocimiento en el ejercicio de mi cargo, siempre.
- Apoyar y promover los espacios de participación para que los ciudadanos hagan parte de la toma de decisiones que los afecten relacionadas con mi cargo o labor.

## **LO QUE NO DEBO HACER**

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

**ARTÍCULO 12.- COMPROMISO:** Ser consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

## **LO QUE ME COMPROMETO HACER**

- Asumir el rol como servidor público y/o como colaborador, entendiendo el valor de los compromisos y responsabilidades que he adquirido frente a la ciudadanía y al país
- Ser sensible ante las personas. Entender su contexto, necesidades y requerimiento es el fundamento de mi servicio y labor.
- Escuchar, atender y orientar a quien necesite cualquier información o guía en algún asunto público.
- Estar atento a las necesidades de otras personas, sin distracciones de ningún tipo.
- Prestar un servicio ágil, amable y de calidad.

## **LO QUE NO DEBO HACER**

- Trabajar con actitud negativa. No se vale afectar mi trabajo por no imprimirle ganas a lo que emprendo.
- No llegar nunca a pensar que el trabajo como servidor es un “favor” que le hago a la ciudadanía.



- No asumir que el trabajo como servidor es irrelevante para la sociedad.
- Jamás ignorar a un ciudadano y sus inquietudes.

**ARTÍCULO 13.- JUSTICIA:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

### **LO QUE ME COMPROMETO HACER**

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

### **LO QUE NO DEBO HACER**

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

**ARTÍCULO 14.- RESPETO:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

### **LO QUE ME COMPROMETO HACER**

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

### **LO QUE NO DEBO HACER**



- Nunca actuar de manera discriminatoria, grosera o hiriente, bajo ninguna circunstancia.
- Jamás basar las decisiones en presunciones, estereotipos, o prejuicios.
- No agredir, ignorar o maltratar de ninguna manera a los ciudadanos ni a otros servidores públicos

**ARTÍCULO 15.- DILIGENCIA:** Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

### **LO QUE ME COMPROMETO HACER**

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

### **LO QUE NO DEBO HACER**

- No malgastar ningún recurso público.
- No postergar las decisiones ni actividades que den solución a problemáticas ciudadanas o que hagan parte del funcionamiento de mi cargo. Hay cosas que sencillamente no se dejan para otro día.
- No demostrar desinterés en las actuaciones ante los ciudadanos y los demás servidores públicos.
- No evadir las funciones y responsabilidades por ningún motivo

**ARTÍCULO 16.- TRABAJO EN EQUIPO:** Realizo una tarea en particular entre un grupo de dos o más personas, manteniendo un buen nivel de coordinación y armonía entre los integrantes, en la búsqueda de los objetivos de la Entidad.

### **LO QUE ME COMPROMETO HACER**

- Valorar las opiniones y experiencias de los miembros del equipo de trabajo.
- Aportar en el equipo de trabajo lo mejor de mi conocimiento y experiencia
- Hacer parte activa de las labores y tareas con un sentido de colaboración con mis compañeros de trabajo



- Permitir que la comunicación fluya y valorar el conocimiento y experiencia del compañero.

## LO QUE NO DEBO HACER

- Imponer opiniones o actuaciones al interior del equipo de trabajo sin atender otros puntos de vista.
- Trabajar de manera independiente, sin interacción y colaboración con y hacia los demás compañeros del equipo

**ARTÍCULO 17.- PRINCIPIOS:** Son el conjunto de valores y creencias que definen el funcionamiento de la empresa, que funcionan como guías e inspiración de la vida institucional, los cuales se definen en los términos de su observancia y práctica:

**ARTÍCULO 18.- AMOR:** Condición que sustenta las relaciones humanas con dignidad y profundidad, a través de un sentimiento que nos conduce a valorar nuestras vidas y a estar en paz, llenos de tranquilidad, alegría y satisfacción para hacer siempre las cosas bien, expresado en la humanización de los servicios y el bienestar para todos.

**ARTÍCULO 19.- PERTENENCIA:** Equilibrio en lo que una persona toma y lo que ha aportado a la organización para asumir el hecho de estar inmerso en la comunidad, en la empresa y en sus valores aceptados.

**ARTÍCULO 20.- RESPONSABILIDAD SOCIAL:** Es un marco ético en el que las personas individualmente consideradas como también la institución son responsables ante la sociedad de cumplir estrategias para la administración de los recursos en forma eficiente y racional tanto en lo interno como en lo externo, considerando las expectativas económicas, sociales y ambientales de todos sus participantes, demostrando respeto por las personas, los valores éticos, la comunidad y el medio ambiente.

**ARTÍCULO 21.- INTEGRIDAD:** Práctica ética que impulsa a un individuo a comportarse con honestidad, respeto, rectitud, dignidad, decoro, fundado en valores debidamente aceptados, que le orientan a tomar sistemáticamente decisiones positivas de manera autónoma sin coerción o vigilancia y que contribuyen a elevar el conocimiento y la experiencia laboral.

**ARTÍCULO 22.- MEJORAMIENTO CONTINUO:** Procedimientos técnicos e instrumentos gerenciales que permiten responder oportunamente a los cambios del entorno, contando con un personal comprometido en la búsqueda de resultados excelentes en su gestión, mediante el cumplimiento de sus deberes con competencia, diligencia y calidad. Pilar básico para mejorar todos y cada uno de los procesos operativos y de servicios que dispone la Empresa.



**ARTÍCULO 23.- AUTO CONTROL:** Capacidad de auto regulación de la conducta, que controla impulsos, emociones, deseos que inciden en el comportamiento personal de manera voluntaria. Implica una mirada interior hacia nuestros comportamientos y actitudes, una filosofía de vida enmarcada en una actitud positiva y permanente para hacer las cosas bien, promoviendo el mejoramiento continuo en la forma de realizar nuestra labor diaria. Este proceso cognitivo es necesario a la hora de cumplir metas y alcanzar ciertos objetivos.

### CAPÍTULO III

#### POLÍTICAS DE BUEN GOBIERNO

**ARTÍCULO 24.- POLÍTICAS INSTITUCIONALES:** Son decisiones administrativas que reflejan valores institucionales que constituyen guías de comportamiento para definirles a los miembros de la organización las metas y objetivos a fin de consolidar la calidad en todas sus dimensiones.

**ARTÍCULO 25.- POLÍTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:** La alta dirección de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se compromete con la prestación de servicios de salud ofertados, de mediana y alta complejidad, con estándares superiores de calidad y gestión del riesgo, alineados con los ejes de la Política Nacional de Prestación de Servicios, encaminados en la educación en promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en el restablecimiento y la rehabilitación de los usuarios, mediante la implementación de estrategias de desarrollo de competencias del talento humano, de mejoramiento del ambiente físico, tecnológico y de humanización de los servicios, que respondan las necesidades y expectativas en salud de los pacientes, familia y comunidad, contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida

#### ESTRATEGIAS:

1. Promoviendo, desplegar y evaluar un modelo de atención institucional personalizado, pertinente, seguro y ético basado en la evidencia médica disponible.
2. Evaluando de forma sistemática y permanente la implementación del plan de cuidado y tratamiento con el propósito de obtener los resultados esperados de la atención.
3. Aplicando una adecuada finalización del tratamiento, acompañada de un plan de cuidados al egreso que cuando se requiera, incluya las condiciones de continuidad de la atención en el lugar de residencia.
4. Preservando la vida.



5. Promoviendo todas las acciones que impliquen suministrar un soporte vital al usuario serán obligatorias y deberán proveerse por todos los medios disponibles, pues este soporte no es una acción terapéutica sino fundamentalmente una acción humanitaria.
6. Evitando la utilización de medios terapéuticos en forma desproporcionada y extraordinaria cuando existan fundadas razones de una muerte inminente, porque dicho proceder puede constituir una actividad de “encarnizamiento terapéutico” en la cual no se le permite al ser humano vivir su propia muerte con la dignidad a la que tiene derecho.
7. Respetando la autonomía del usuario respecto al manejo de su condición médica, incluyendo el rechazo que pueda presentar hacia algún tratamiento.
8. Respetando el derecho del usuario en condición grave y de los enfermos terminales a recibir tratamiento para el dolor y el sufrimiento, incluso cuando dichos tratamientos pueden acortar la vida del usuario.
9. Reconociendo la necesidad y proveer el apoyo físico, psicológico, emocional y espiritual para el usuario, la familia y otros cuidadores durante la vida del usuario y también inmediatamente después de su muerte.

**ARTÍCULO 26.- POLÍTICA DEL TALENTO HUMANO:** Consolidar las competencias del Talento Humano, fortaleciendo el crecimiento personal y laboral en un clima de mutua confianza, que conlleve al desarrollo integral de las personas y al cumplimiento de los propósitos organizacionales.

#### **ESTRATEGIAS:**

1. Estructurando, implementando y evaluando el sistema de competencias generales y específicas de acuerdo a las actividades a desarrollar por el colaborador.
2. Consolidando el desarrollo de los Semilleros de Talento Humano, a través de la selección por competencias.
3. Estableciendo sistemas de escucha al cliente interno que permitan identificar necesidades y expectativas, generando respuestas oportunas y efectivas.
4. Fortaleciendo los procesos de desarrollo del Talento Humano, alineados a las competencias requeridas.
5. Implementando incentivos de motivación para el desarrollo de las personas.
6. Creando gestores del cambio.
7. Desarrollando un programa de transformación de la cultura organizacional.
8. Evaluando el clima organizacional.
9. Garantizando la libre asociación de sus colaboradores, y reconocer en las agremiaciones sindicales una forma legítima de organización para el trabajo.
10. Apoyando la eliminación de toda forma de trabajo forzoso o realizado bajo coacción; bajo este principio la institución considera inaceptables y no éticos realizar prácticas que lesionen al trabajador cuando se ve obligado a realizar un



- trabajo o servicio mediante amenaza o castigo. En el mismo sentido, la Institución apoya la erradicación del trabajo infantil.
11. Apoyando la abolición de las prácticas de discriminación en el empleo y la ocupación. La selección de los colaboradores se realizará tomando en cuenta sus capacidades y competencias para realizar el trabajo que se requiere, con total independencia de otros elementos de valoración como raza, etnia, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad de origen o extracción social, discapacidad física o mental.
  12. Erradicando prácticas discriminatorias en las diferencias de remuneración salarial, condiciones contractuales más exigentes y diferentes al resto de colaboradores relacionados con cobertura y acceso a la seguridad ~~social~~ ascensos, entre otros.
  13. Identificando y respondiendo eficazmente a las necesidades de los colaboradores para mejorar las competencias y su desempeño laboral.
  14. Estimulando y controlando el mejoramiento de la salud ocupacional y la seguridad en el trabajo.
  15. Garantizando el cumplimiento de funciones de nivel interno de manera independiente y coordinada a fin de evitar la intervención de La Junta Directiva de manera directa o indirecta en la gestión del talento humano, salvo en lo que compete con la designación y evaluación del Gerente. La Junta Directiva formulará con claridad las inhabilidades e incompatibilidades para el ejercicio del cargo de Gerente y las causales para la terminación de su vinculación laboral acorde con la normatividad vigente.

**ARTÍCULO 27.- POLÍTICA DE DOCENCIA SERVICIO:** En la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se compromete con la formación del recurso humano en salud, suministrando escenarios de práctica, que sirven de complemento en el desarrollo de competencias adquiridas en las instituciones de educación superior, lo cual está orientado a afianzar la excelencia académica y formación de los estudiantes fundamentada en principios éticos, con alto compromiso social y humano que responda a un óptimo servicio de atención en salud a la comunidad y cumpliendo con los requisitos de ley.

### **ESTRATEGIAS:**

1. Generando conocimiento innovador con la investigación y potenciar la formación del talento humano en salud a través de la docencia, serán dos procesos misionales insustituibles y transversales a la institución que involucran y comprometen a todos sus colaboradores.
2. Promoviendo, desplegando y evaluando el proceso de docencia-servicio institucional, que provee entrenamiento universitario, para mejorar competencias humanas, técnicas y científicas que generen valor para los estudiantes.
3. Garantizando que los usuarios estén plenamente informados sobre sus



condiciones de atención en salud y que puedan aceptar o rechazar, de manera formal, participar del proceso de docencia que la institución realiza en su condición de institución universitaria.

4. Respetando el derecho del usuario a rechazar o retirar en cualquier momento su participación en el proceso de docencia clínica, sin que ello signifique poner en riesgo su relación con el médico tratante, su tratamiento o el cuidado que recibe por parte de la institución de salud.
5. Evitando poner en riesgo la atención del usuario por el ejercicio de la docencia.
6. Asegurando que el usuario sea tratado de acuerdo con métodos probados diagnósticos y terapéuticos y que la comodidad del paciente y su dignidad se protegen en todo momento durante el proceso de la docencia.
7. Asegurando que el médico tratante es quien suministra la información al usuario, cuando esta información se considera relevante para la atención clínica.
8. Evitando que los docentes y estudiantes realicen frente al usuario comentarios inadecuados sobre su situación de salud actual y su pronóstico, para impedir que se presente desinformación o angustias que puedan afectar su salud.
9. Aplicando de forma rigurosa un plan de prácticas formativas para los estudiantes de pregrado y postgrado, que permita certificar ante las instituciones de educación superior las competencias adquiridas en desarrollo de la relación docencia-servicio.
10. Aplicando de forma rigurosa un plan de delegación de funciones y responsabilidades a los estudiantes de acuerdo con las competencias desarrolladas y las indicaciones para su aplicación. Los estudiantes sólo podrán participar de las atenciones en estricto cumplimiento de su plan de prácticas formativas y del plan de delegación de funciones y responsabilidades convenido con la institución de educación superior.
11. Garantizando siempre la supervisión de un docente en la ejecución del plan de delegación de funciones y responsabilidades a los estudiantes. La responsabilidad del manejo clínico del usuario estará siempre en cabeza del médico tratante institucional y no podrá ser delegada a los estudiantes.

**ARTÍCULO 28.- POLÍTICA PARA EL MANEJO DE INFORMACIÓN Y BASES DE DATOS:** Direccionada a la protección de la Información contenida en la base de datos, suministrada por un usuario para el registro en el archivo institucional el cual incluye el nombre, identificación, edad, género, dirección, religión y correo electrónico. Para salvaguardar la privacidad de la información personal del usuario obtenida a través de la actuación de los colaboradores, se garantiza el cumplimiento de los principios de protección de datos personales prescritos en la Ley 1581 de 2012 y /o normas relacionadas.

Se han instalado las medidas técnicas necesarias para evitar la pérdida, mal uso, alteración, accesos no autorizados y robo de los datos administrados por la Institución y se practicarán los siguientes lineamientos de conducta:

22



## ESTRATEGIAS:

1. Prohibiendo la difusión, divulgación, reproducción, supresión o entrega de la información a cualquier persona, incluyendo grupos de interés y otros colaboradores, que no sean los destinatarios de la información en razón de sus funciones. Lo anterior sin perjuicio del cumplimiento de las normas aplicables relacionadas con entrega de información a las autoridades competentes y de la divulgación de información relevante para la comunidad.
2. Manejando con respeto, privacidad, reserva y confidencialidad todos los datos, información y procedimientos registrados en los documentos administrativos y asistenciales que hacen parte de la historia clínica, sin que ésta sea divulgada ni utilizada en provecho propio o de un tercero.
3. Garantizando la calidad y veracidad de la información que se procese oficialmente a nombre de la Institución.
4. Evitando suministrar información con el propósito de favorecer, perjudicar o lesionar a cualquier persona, en la adjudicación de contratos y en general en los procesos que adelanta la entidad, en desarrollo de su actividad contractual.
5. Garantizando el cumplimiento de lo expresado en el presente artículo para los miembros de los demás grupos de interés cuando, por cualquier razón, tengan acceso a información registrada en la historia clínica y que esté relacionada con la situación y evolución en salud de los usuarios que reciben asistencia en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

**ARTÍCULO 29.- POLÍTICA DE LA HUMANIZACIÓN:** La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, está comprometida en la prestación de servicios de salud con calidad, trato digno, equidad, tolerancia y calidez; en un ambiente seguro y confiable, fortaleciendo la comunicación entre los actores internos, externos y sus familias. Fomentando una cultura de humanización basada en el código de conducta y valores de la institución, respetando las diferencias socio culturales, promoviendo los derechos y deberes en la comunidad; contribuyendo al mejoramiento continuo de los procesos.

Desarrollar el modelo de atención integral y humanizado en respuesta a las necesidades de la población usuaria enmarcados en la Red Departamental.

## ESTRATEGIAS:

1. Ampliando el portafolio de los servicios de salud complementarios teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la región.
2. Generando el acceso y la oportunidad requeridos para la atención.
3. Controlando y mitigando los riesgos asociados a la atención en salud, mediante la gestión clínica excelente y segura.



4. Promoviendo el trato humanizado al usuario y su familia.
5. Optimizando racional y eficientemente la capacidad instalada y los recursos disponibles.
6. Desarrollando un modelo de docencia servicio, basado en competencias que contribuya en la formación del talento humano con alto sentido ético y vocación de servicio.
7. Garantizar el compromiso en la prestación de servicios de salud con calidad, trato digno, equidad, tolerancia y calidez; en un ambiente seguro y confiable, fortaleciendo la comunicación entre los actores internos, externos y sus familias.
8. Fomentando una cultura de humanización basada en el código de integridad y en el Código de Conducta y de Buen Gobierno de la institución, respetando las diferencias socioculturales, promoviendo los deberes y derechos en la comunidad; contribuyendo al mejoramiento continuo de los procesos.
9. Promoviendo la cultura de atención del usuario, su familia y/o acompañante como el centro del proceso de atención. Las necesidades y expectativas del usuario, sus condiciones específicas de salud, son la base para planificar la atención, el cuidado y tratamiento.
10. Garantizando la seguridad clínica y la vigilancia en el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios son el principal compromiso institucional en el proceso de atención.
11. Prestando La atención de manera informada y siempre educando al usuario; la atención será oportuna y sin interrupciones.
12. Respetando al usuario y su familia sus características sociales, culturales y religiosas. No habrá discriminación con los usuarios y sus familias.
13. Presentando al Comité de Ética Hospitalaria cuando se presente un dilema ético o un conflicto de valores para que se recomienden las mejores alternativas en el marco de la bioética.
14. Promoviendo el desarrollo humano integral que abarca las dimensiones; cognitiva, humana, ética, familiar, física y espiritual.
15. Garantizando que todos los colaboradores estarán al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetando la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales.

**ARTÍCULO 30.- POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:** La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio se compromete a prestar una atención segura basada en la gestión del riesgo, logrando una transformación de la cultura de seguridad e implementación de las buenas prácticas, involucrando al paciente, su familia y colaboradores, para prevenir y reducir la presentación de eventos adversos e incidentes que afecten su salud y se practican los siguientes lineamientos de conducta:

#### **ESTRATEGIAS:**

1. Garantizando la prestación de una atención segura basada en la identificación



- y gestión del riesgo, logrando una transformación de la cultura de seguridad e implementación de las buenas prácticas, involucrando al paciente, su familia y colaboradores, para prevenir y reducir la aparición de eventos adversos, incidentes que afecten su salud.
2. Promoviendo, desplegando y evaluando la seguridad en la atención institucional, mediante estrategias proactivas dirigidas a la prevención de factores de riesgo hacia el usuario y su familia, colaboradores, personal médico y asistencial, y estudiantes.
  3. Promoviendo que Los profesionales y las distintas ocupaciones en salud que laboran en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito garanticen las mejores condiciones de seguridad para el usuario, cumplirán y harán cumplir los protocolos y normas diseñados para garantizar la seguridad clínica en la atención, previniendo la ocurrencia de eventos adversos, y cuando ellos ocurran, participando en el análisis de causas y la aplicación de las medidas preventivas, correctivas y de mejora que aplique la institución.

**ARTÍCULO 31.- POLÍTICA DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL:** La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, en el ejercicio de la prestación de los servicios de salud implementa su direccionamiento estratégico fortaleciendo el talento humano, la gestión ambiental, la experiencia del paciente y sus familias brindando atención humanizada, ejecutando acciones que respondan a las principales necesidades identificadas en la comunidad; estableciendo alianzas, convenios con otros sectores y determinantes sociales para contribuir a la ejecución de una gestión ética y transparente que generen una transformación cultural perdurable que impacte en el desarrollo sostenible institucional.

Gestionar el desarrollo sostenible de la Empresa Social del Estado a través del mantenimiento de las relaciones de confianza equitativa y justa con la comunidad, proveedores, empleados y colaboradores.

#### **ESTRATEGIAS:**

1. Controlando los impactos ambientales negativos y fortaleciendo la prevención de la contaminación mediante el uso eficiente de los recursos naturales.
2. Generando valores agregados en la atención de grupos poblacionales vulnerables.
3. Manteniendo los espacios de participación y diálogo permanente con la ciudadanía.
4. Generando adherencia a las estrategias del programa de Seguridad y Salud en el Trabajo, orientado a la protección social de los colaboradores.

**ARTÍCULO 32.- POLÍTICA DE LA GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA:** La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se compromete a gestionar soluciones tecnológicas biomédicas y no biomédicas, centrado en la prestación de servicios de alto nivel de calidad y técnico científico, que brinde seguridad y



confianza a los usuarios; identificando las necesidades tecnológicas de cada uno de los procesos hasta la disposición final; adquiriéndola y manteniéndola en condiciones operativas, eficientes y adecuadas para el cumplimiento de los requerimientos dentro del contexto normativo y el mejoramiento continuo de la institución.

Disponer y mantener la infraestructura tecnológica, física, de información y comunicaciones actualizada, eficiente y segura a través de un adecuado mantenimiento, reposición, adquisición y entrenamiento para su uso adecuado.

### **ESTRATEGIAS:**

1. Ampliando y manteniendo la infraestructura física acorde a los estándares requeridos en la prestación de los servicios de salud, garantizando ambientes seguros.
2. Adquiriendo y manteniendo la tecnología biomédica necesaria y costo-efectiva de acuerdo a las necesidades de los pacientes.
3. Estandarizando el plan de medios y comunicaciones que permita el cumplimiento de las metas organizacionales, generando información oportuna y confiable que permita la toma de decisiones asertivas.
4. Estructurando e implementado un plan de entrenamiento en el uso de la tecnología.
5. Implementado un plan anual de adquisiciones de tecnología biomédica y no biomédica, teniendo en cuenta los recursos y las necesidades de los procesos.
6. Fortaleciendo el sistema de gestión de la información con integralidad, seguridad y costo efectividad, que permita la toma de decisiones asertivas

**ARTÍCULO 33.- POLÍTICA DE LA GESTIÓN DEL RIESGO:** La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se compromete a la gestión o administración de los riesgos que pudieran afectar positiva o negativamente el logro de los objetivos estratégicos institucionales, garantizando la continuidad en la prestación de los servicios de salud con excelencia, a través de la transformación cultural de sus colaboradores para el mejoramiento de la calidad de vida de la población y se practicarán los siguientes lineamientos de conducta:

### **ESTRATEGIAS:**

1. Vigilando y cumpliendo la plataforma estratégica que orienta el desarrollo organizacional, y establecer controles cuando se adviertan desviaciones respecto a la misión, la visión, objetivos estratégicos, planes, proyectos y programas aprobados.
2. Elaborando los Planes Operativos Anuales- POA, alineados al Plan Estratégico aprobado por la Junta Directiva y sus resultados que deberán ser evaluados por parte de las unidades funcionales de la institución
3. Garantizando la planeación institucional como un elemento clave de la sostenibilidad y de la responsabilidad social. Toda decisión estratégica que



- implique un riesgo financiero, deberá estar soportada en un estudio técnico y económico de viabilidad.
4. Realizando un seguimiento periódico al cumplimiento del presupuesto aprobado.
  5. Determinando el grado de confiabilidad y reserva de la información sobre asuntos de orden estratégico o que representen un factor de competitividad para la institución. La Alta Dirección será responsable de entregar información considerada como oficial.
  6. Determinando claramente a todos los colaboradores la prohibición de recibir dádivas y de igual forma, a sus aliados, proveedores y personas naturales o jurídicas con las cuales mantiene una relación comercial, que no deben entregar regalos, dinero, cupos a congresos, o cualquier otro objeto, a cambio de los beneficios que el donante percibe de los negocios institucionales.
  7. Garantizando la adherencia y cumplimiento de la gestión del riesgo contemplado por la institución en su Modelo Integral de Gestión del Riesgo y atender a los controles establecidos. Particular atención se dará a las medidas para evitar riesgos laborales y promover salud y seguridad en el trabajo.
  8. Asegurando mediante procedimientos documentados la elaboración de la información financiera ajustada a las normas contables que sean aplicables.
  9. Estableciendo un proceso de selección de Revisor Fiscal bajo criterios de independencia e idoneidad, que determine la necesidad de presentar al menos dos propuestas al órgano que lo designe.
  10. Sometiendo a la aprobación de la Junta Directiva el informe anual de gestión dentro de los cuatro primeros meses del año, exponiendo los resultados obtenidos para asegurar la sostenibilidad financiera, social y ambiental de la institución y los aportes al crecimiento de la capacidad instalada y ampliación del portafolio de servicios.
  11. Identificando las amenazas que enfrenta la institución y las fuentes de las mismas.
  12. Autoevaluando los riesgos existentes en todos los procesos, identificándolos, clasificándolos y priorizándolos a través de un ejercicio de valoración, teniendo en cuenta los factores propios de su entorno y la naturaleza de la actividad. Las categorías de riesgos incluirán como mínimo los riesgos en salud, los riesgos económicos, los riesgos asociados a procesos operativos y el riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.
  13. Midiendo la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y su impacto sobre los recursos de la institución (económica, humana, entre otros), así como sobre su credibilidad y buen nombre, en caso de materializarse. Esta medición es cuantitativa, sin embargo, en caso excepcional de no contar con la suficiente información, podrá ser cualitativa.
  14. Identificando y evaluando con criterio conservador, los controles existentes y su efectividad, mediante un proceso de valoración realizado con base en la experiencia y un análisis razonable y objetivo de los eventos ocurridos.



15. Construyendo los mapas de riesgos que resulten pertinentes, los cuales deben ser actualizados periódicamente, permitiendo visualizarlos de acuerdo con la vulnerabilidad de la institución a los mismos.
16. Implementando, probando y manteniendo un proceso para administrar la continuidad y operación de la institución, que incluya elementos como: prevención y atención de emergencias, administración de crisis, planes de contingencia para responder a las fallas e interrupciones específicas de un sistema o proceso y capacidad de retorno la operación normal.
17. Divulgando entre los colaboradores que intervienen en los procesos respectivos, los mapas de riesgos y las políticas definidas para su administración.
18. Gestionando los riesgos en forma integral, aplicando diferentes estrategias que permitan elevarlos hacia niveles tolerables. Para cada riesgo se debe seleccionar la alternativa que presente la mejor relación entre el beneficio esperado y el costo en que se debe incurrir para su tratamiento. Entre las estrategias posibles se encuentran las de evitar los riesgos, mitigarlos, compartirlos, transferirlos, o aceptarlos, según resulte procedente.
19. Registrando, midiendo y reportando los eventos de pérdidas por materialización de riesgos.
20. Haciendo seguimiento a través de los órganos competentes, de acuerdo al campo de acción de cada uno de ellos, estableciendo los reportes o acciones de verificación que la Alta Dirección y los coordinadores, líderes o jefes de áreas o procesos consideren pertinentes o los exija la normativa vigente.
21. Definiendo las acciones correctivas y preventivas derivadas del proceso de seguimiento y evaluación de los riesgos (planes de mejoramiento).

**ARTÍCULO 34.- POLÍTICA DE LA TRANSFORMACIÓN CULTURAL:** Partiendo del pilar fundamental en donde el Talento Humano es la base del éxito de una organización, La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se compromete con el desarrollo de una cultura organizacional, a través de acciones que contribuyan con una gestión ética y transparente, aplicación de los valores institucionales, al fortalecimiento de una cultura de seguridad del paciente, un trato humanizado, promoviendo el aprendizaje organizacional y la gestión del conocimiento propiciando hábitos socialmente responsables con el medio ambiente y excelencia en la prestación de los servicios.

#### **ESTRATEGIAS:**

1. Declarando los principios y valores a desarrollar en una gestión que fomente y promueva un comportamiento ético en sus decisiones e interacciones con otros; a prevenir y resolver los conflictos de interés en toda la institución que puedan conducir a un comportamiento no ético; a establecer y mantener mecanismos de supervisión y control para hacer seguimiento, apoyo y refuerzo al comportamiento ético; a identificar y abordar situaciones sobre las cuales no existe regulación o normativa para impedir un comportamiento no ético; a aplicar



- la normativa internacional cuando desarrolle investigación en humanos; a respetar el bienestar de los animales cuando se afecte su vida y su existencia.
2. Reflejando en todas las prácticas misionales y comerciales el espíritu que la sustenta; se cuidará de que sus realizaciones contribuyan al engrandecimiento de la institución y guardará con celo la imagen corporativa que la respalda.
  3. Respetando la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales.

## CAPITULO IV

### MEDIDAS DE CONDUCTAS INCORPORADAS

**ARTÍCULO 35.- GESTIÓN ÉTICA:** La entidad cuenta con lineamientos de Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión ética de la organización en el día a día. Estos deben contener los principios, valores y directrices que todo empleado de una EPS, EMP o SAP, debe tener en cuenta en el ejercicio de sus funciones, en coherencia con lo dispuesto en las Circulares que sobre la materia ha dispuesto La Superintendencia Nacional de Salud .

**ARTÍCULO 36.- ESTRUCTURA:** Lineamientos de Conducta están estructurados como mínimo, sobre los siguientes pilares temáticos:

- a) Los principios éticos y valores institucionales
- b) Código de integridad que reúna como mínimo los siguientes valores: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia.
- c) Direccionamiento estratégico de la entidad
- d) Las políticas para propender una gestión ética, en la interacción con los diferentes grupos de interés; entre la empresa y los usuarios internos y externos, entre los empleados y el manejo de la información y uso de los bienes, así como en lo relacionado con la interacción con actores externos, la sociedad, el Estado, la competencia, el medio ambiente, entre otros.
- e) Pautas que guíen las relaciones con cada uno de los grupos de interés de la entidad.
- f) Pautas de conducta frente a la corrupción, la opacidad, el fraude y la gestión antisoborno.
- g) El tratamiento de las actuaciones ilegales o sospechosas
- h) Pautas de comportamiento frente a regalos e invitaciones
- i) Principios de responsabilidad social empresarial
- j) Mecanismos para la difusión y socialización permanente de los lineamientos de Conducta, entre los colaboradores de la entidad.
- k) El establecimiento de los procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control sobre el sistema de gestión ética institucional.



**ARTÍCULO 37.- PAUTAS DE COMPORTAMIENTO:** Los lineamientos de Conducta establecen pautas de comportamiento relacionadas con:

- a) La obligación de informar sobre actuaciones ilegales o sospechosas de los diferentes grupos de interés.
- b) El compromiso con la protección y uso adecuado de los activos de la entidad.
- c) La importancia de colaborar con las autoridades competentes.
- d) El manejo de la información confidencial y privilegiada de la entidad.

## CAPITULO V

### ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LA GESTIÓN DEL RIESGO

**ARTÍCULO 38.- COMITÉ DE RIESGOS:** El reglamento de la Junta Directiva crea un Comité de Riesgos. Presenta una composición interdisciplinaria que incluye al menos los siguientes miembros: un (1) profesional con formación en salud y con conocimientos en epidemiología, un (1) profesional con formación en actuaria o economía o matemáticas o estadística, un (1) profesional con formación en finanzas o economía o administración de empresas con núcleo esencial en finanzas, o carreras profesionales afines, y un (1) Representante de la Junta Directiva.

Este Comité está encargado de liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política y estrategia de la gestión de riesgos de la entidad.

**ARTÍCULO 39.- FUNCIONES DEL COMITÉ DE RIESGOS:** Se deben incluir, por lo menos las siguientes:

- a) Establecer estrategias para prevenir y mitigar los riesgos en salud.
- b) Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos (de salud, económicos, operativos, de grupo, lavado de activos, reputacionales, entre otros) asumidos por la entidad, propios de su función en el SGSSS.
- c) Hacer seguimiento y evaluar periódicamente el funcionamiento de los Comités internos de la institución relacionados con asuntos de salud, incluidos los de vigilancia epidemiológica, historias clínicas, infecciones, y farmacia.
- d) Velar por el cumplimiento y mejoramiento progresivo de los procesos y estándares relacionados con la seguridad del paciente.
- e) Supervisar los procesos de atención al paciente, velar por una atención humanizada, y medir y evaluar indicadores de atención (seguimiento y análisis de quejas y reclamos, orientación al usuario, tiempos de espera, etc.).
- f) Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos. Asimismo, las actualizaciones a las que haya lugar.



- g) Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento del ciclo general de gestión de riesgos, incluyendo todas las etapas que se mencionaron en el punto anterior, para cada uno de los riesgos identificados.
- h) Evaluar y formular a la Junta Directiva o quien haga sus veces, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.
- i) Evaluar y proponer a la Junta Directiva o quien haga sus veces, el manual de procesos y procedimientos y sus actualizaciones, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- j) Identificar las consecuencias potenciales que pueda generar la materialización de los diferentes riesgos sobre las operaciones que realiza la entidad.
- k) Evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar a la Junta Directiva y al Representante Legal, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes, presentadas y diseñadas por el área de gestión de riesgos.
- l) Objetar la realización de aquellas operaciones que no cumplan con las políticas o límites de riesgo establecidas por la entidad o grupo empresarial oficialmente reconocido al cual esta pertenezca. Cabe resaltar que de acuerdo con las políticas que establezca la entidad, cada instancia podrá tener diferentes atribuciones para aprobar operaciones que incumplan las políticas establecidas inicialmente por la entidad y que violen los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados.
- m) Conocer y discutir los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos para informarlo a la Junta Directiva, Consejo de Administración u órgano que haga sus veces.
- n) Informar a la Junta Directiva y al Representante Legal sobre los siguientes aspectos:
- El comportamiento y los niveles de exposición de la entidad a cada uno de los riesgos (como mínimo los riesgos prioritarios), así como las operaciones objetadas. Los informes sobre la exposición de riesgo deben incluir un análisis de sensibilidad por escenarios y pruebas bajo condiciones extremas basadas en supuestos razonables (stress testing).
  - Las desviaciones con respecto a los límites de exposición de riesgo previamente establecidos, si se llegasen a presentar (posibles incumplimientos frente a los límites), operaciones poco convencionales o por fuera de las condiciones de mercado y las operaciones con vinculados.
  - Validar e informar a la Junta Directiva y al Representante Legal, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

**ARTÍCULO 40.- PROCEDIMIENTOS:** La entidad adelanta como mínimo los siguientes procedimientos respecto a la gestión de riesgos:



- a) Identificar las amenazas que enfrenta la entidad y las fuentes de las mismas.
  - b) Autoevaluar los riesgos existentes en sus procesos, identificándolos, clasificándolos y priorizándolos a través de un ejercicio de valoración, teniendo en cuenta los factores propios de su entorno y la naturaleza de su actividad. Las categorías de riesgos incluirán como mínimo los riesgos en salud, los riesgos económicos, los riesgos asociados a procesos operativos de las entidades y el riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.
  - c) Medir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y su impacto sobre los recursos de la entidad (económicos, humanos, entre otros), así como sobre su credibilidad y buen nombre, en caso de materializarse. Esta medición es cuantitativa, sin embargo, en caso excepcional de no contar con la suficiente información, podrá ser cualitativa.
  - d) Identificar y evaluar con criterio conservador, los controles existentes y su efectividad, mediante un proceso de valoración realizado con base en la experiencia y un análisis razonable y objetivo de los eventos ocurridos.
  - e) Construir los mapas de riesgos que resulten pertinentes, los cuales deben ser actualizados periódicamente, permitiendo visualizarlos de acuerdo con la vulnerabilidad de la organización a los mismos.
  - f) Implementar, probar y mantener un proceso para administrar la continuidad de la operación de la entidad, que incluya elementos como: prevención y atención de emergencias, administración de crisis, planes de contingencia para responder a las fallas e interrupciones específicas de un sistema o proceso y capacidad de retorno a la operación normal.
  - g) Divulgar entre los funcionarios que intervienen en los procesos respectivos, los mapas de riesgos y las políticas definidas para su administración.
  - h) Gestionar los riesgos en forma integral, aplicando diferentes estrategias que permitan llevarlos hacia niveles tolerables. Para cada riesgo se debe seleccionar la alternativa que presente la mejor relación entre el beneficio esperado y el costo en que se debe incurrir para su tratamiento. Entre las estrategias posibles se encuentran las de evitar los riesgos, mitigarlos, compartirlos, transferirlos, o aceptarlos, según resulte procedente.
  - i) Registrar, medir y reportar los eventos de pérdidas por materialización de riesgos.
  - j) Hacer seguimiento a través de los órganos competentes, de acuerdo al campo de acción de cada uno de ellos, estableciendo los reportes o acciones de verificación que la administración de la entidad y los jefes de cada órgano social consideren pertinentes o les exija la normativa vigente.
  - k) Definir las acciones correctivas y preventivas derivadas del proceso de seguimiento y evaluación de los riesgos (planes de mejoramiento).
- Adicionalmente, las entidades cumplen las instrucciones especiales que en materia de gestión de riesgos imparte la Superintendencia Nacional de Salud y la normatividad vigente en la materia. Estos sistemas de gestión de riesgos específicos antes mencionados, no son independientes del SCI, sino que forman parte integral del mismo.



**ARTÍCULO 41.- ASIGNACIÓN DE FUNCIONES:** Se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones a la Junta Directiva u órgano de administración que haga sus veces.

- a) Aprobar las políticas de la entidad en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad y que son presentadas por el Comité de Riesgos, a partir del trabajo con el área de gestión de riesgos, en caso de que existan, órgano equivalente o de las diferentes áreas de la entidad.
- b) Aprobar los reglamentos, manuales de procesos, procedimientos y funciones de las áreas pertenecientes a la entidad, así como sus respectivas actualizaciones.
- c) Aprobar el Código de Conducta y de Buen Gobierno. El sistema de control interno, la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- d) Aprobar el diseño y definir la periodicidad de los informes internos para los reportes de la gestión de los riesgos, especialmente los prioritarios que se van a presentar a las diferentes áreas de la entidad.
- e) Aprobar el marco general de indicadores de alerta temprana y los límites de exposición como mínimo a los riesgos prioritarios.
- f) Aprobar las actuaciones en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición como mínimo frente a los riesgos prioritarios o cualquier excepción de las políticas, así como los planes de contingencia a adoptar en caso de presentarse escenarios extremos.
- g) Conocer los resultados de las pruebas de tensión (stress test) en el caso que apliquen y el plan de acción a ejecutar con base en ellos, presentado por el Comité de Riesgos u órgano equivalente.
- h) Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, teniendo en cuenta las características de cada riesgo y el tamaño y complejidad de la entidad.
- i) Realizar el nombramiento del Comité de Riesgos en caso de que la entidad decida establecerlo, definir sus funciones y aprobar su reglamento, de acuerdo con las normas legales que le apliquen.
- j) Pronunciarse y hacer seguimiento sobre los informes periódicos que elabore el Comité de Riesgos y la Revisoría Fiscal, respecto a los niveles de riesgo asumidos por la entidad, las medidas correctivas aplicadas para que se cumplan los límites de riesgo previamente establecidos y las observaciones o recomendaciones adoptadas para el adecuado desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo.
- k) Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de la exposición como mínimo a los riesgos prioritarios en los casos que aplique.
- l) Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos, diseñadas por la instancia responsable.



m) Monitorear el cumplimiento de los lineamientos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos promoviendo su continuo fortalecimiento y que la toma de decisiones este en función de la selección e implementación de las estrategias para el tratamiento y control de los diversos riesgos y de su comportamiento.

## CAPITULO VI

### MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA Y CORRUPCIÓN

**ARTÍCULO 42.- SARLAFT/FPADM:** El Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo SARLAFT es el mecanismo que permite a las entidades prevenir la pérdida o daño que pueden sufrir por su propensión a ser utilizadas como instrumento para el lavado de activos y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades delictivas tomando apariencia de legalidad.

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, como agente del Sistema General de Seguridad Social en Salud y comprometida con la lucha nacional contra el lavado de activos, financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (LA/FT/FPADM), ha establecido prácticas relacionadas con el diseño, la implementación y el funcionamiento del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT/FPADM) cuya finalidad es prevenir que activos que provengan de actividades ilícitas o que se destinen para acciones terroristas tomen apariencia de legalidad.

A continuación se presentan las prácticas éticas y de buen gobierno que pretenden contribuir al compromiso de la institución de tener un sistema de autocontrol y gestión del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva con el compromiso de la Junta Directiva, colaboración de la Alta Dirección, las Subgerencias y los Coordinaciones:

1. Adoptar medidas de control orientadas a evitar que las operaciones que realiza sean utilizadas como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o destinadas a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos vinculados con las mismas.
2. Adoptar políticas y procedimientos que permitan prevenir y controlar el riesgo



LA/FT/FPADM.

3. Adoptar los medios de prevención del riesgo LA/FT/FPADM y las herramientas que permitan identificar operaciones intentadas, inusuales o sospechosas.
4. Establecer mecanismos de monitoreo permanente que le permitan verificar y evaluar la eficiencia y la eficacia de sus políticas, procedimientos y medios de control.
5. Nombrar un funcionario, de mínimo segundo nivel jerárquico en la institución, para que funja como Oficial de Cumplimiento o máxima persona encargada de verificar el cumplimiento de los manuales y políticas de procedimiento, así como la implementación del SARLAFT/FPADM y las demás funciones que señala la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016 y circular externa 20211700000005-5 del 17 de Septiembre de 2021 (y las demás normas que la modifiquen, deroguen o sustituyan). Así mismo nombrará un suplente que pueda reemplazar al Oficial de Cumplimiento cuando se encuentre ausente.
6. Establecer mecanismos idóneos que les permitan a todos los colaboradores directos e indirectos de la institución realizar reportes internos relacionados con posibles operaciones intentadas, inusuales o sospechosas.
7. Implementar el SARLAFT/FPADM siguiendo, como mínimo, las cuatro etapas establecidas en la Circular Externa 000009 del 21 de abril de 2016 a. Identificación del riesgo b. Evaluación y medición c. Controles d. Seguimiento y monitoreo.
8. Aprobar mediante acta y comunicar políticas claras y aplicables en las que se encuentren los lineamientos generales relativos al SARLAFT/FPADM en cada una de sus etapas de implementación. Estas políticas, una vez comunicadas, se entenderán como parte integrante del presente Código de Conducta y de Buen Gobierno.
9. Diseñar y aprobar la implementación el manual de procedimientos del SARLAFT/FPADM
10. Actuar con debida diligencia en el conocimiento de los clientes y usuarios particulares. En razón de esto, se garantiza que la institución tiene y conserva la información personal, de ubicación y la relativa a la actividad económica y fuente de ingresos de las personas naturales y/o jurídicas que atiende en calidad de cliente o usuario particular.
11. Actuar con la debida diligencia en el conocimiento de los clientes y usuarios particulares, no restringir la prestación de los servicios de salud por ausencia del conocimiento de sus clientes y usuarios particulares.
12. verificar los antecedentes de sus trabajadores, contratistas y proveedores antes de su vinculación y contratación. Anualmente se revisarán y actualizarán sus datos, reportando, analizando y controlando toda conducta inusual o riesgosa que se detecte en la revisión.
13. Establecer un procedimiento para la identificación, seguimiento y reporte de operaciones inusuales y/o sospechosas.
14. Determinar el monto máximo de dinero en efectivo autorizado para manejarse al interior de la institución por cada tipo de cliente o usuario particular, promoviendo el uso de los medios de pagos disponibles por el sector



- financiero, y estableciendo mecanismos de control para las operaciones realizadas con dinero en efectivo.
15. Garantizar los recursos técnicos y humanos necesarios para la implementación y el funcionamiento permanente del SARLAFT/FPADM según las condiciones y características particulares de la institución.
  16. Presentar anualmente, en las sesiones de la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, los informes del Oficial de Cumplimiento, los cuales se someterán a discusión y pronunciamiento por parte de los miembros de la junta y se hará seguimiento a las recomendaciones u observaciones adoptadas. Para este propósito, la Junta Directiva podrá reunirse extraordinariamente cuando sea necesario.
  17. Aprobar por parte de la Junta Directiva los criterios objetivos y establecer además de los procedimientos, la persona responsable de la determinación y Reporte de las Operaciones Sospechosas (ROS) cuando no sea el Oficial de Cumplimiento.
  18. Designar por parte de la Junta Directiva los responsables de diseñar las metodologías, modelos e indicadores cualitativos o cuantitativos de reconocido valor técnico para la detección oportuna de las operaciones inusuales.
  19. Aprobar por parte de la Junta Directiva, las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT/FPADM
  20. Acreditar el cumplimiento de los requisitos legales del Oficial de Cumplimiento y su suplente.
  21. Anualmente, en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, el Revisor Fiscal presentará informe a la Junta Directiva relacionados con el cumplimiento o incumplimiento del SARLAFT/FPADM.
  22. Presentar anualmente por parte del Revisor Fiscal un informe al Oficial de Cumplimiento sobre las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación del SARLAFT/FPADM o de los controles establecidos por la institución.
  23. Diseñar el programa y coordinar los planes anuales de capacitación dirigidos a todos sus colaboradores en temas relativos al SARLAFT/FPADM.
  24. Investigar y sancionar cuando a ello diere lugar al colaborador que incumpla con las políticas y los procedimientos adoptados para la implementación del SARLAFT/FPADM de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se considerará una falta disciplinaria y será sancionado de conformidad con lo dispuesto en la reglamentación vigente. Así mismo, cuando un integrante de cualquier grupo de interés de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de que desconozca las políticas y los procedimientos incluidos en el SARLAFT/FPADM de la institución, se someterá a la aplicación de los mecanismos de control que previamente haya establecido la institución.
  25. Cumplir con lo ordenado por la Junta Directiva en materia de prevención y control de riesgos de LA/FT/FPADM, responder oportunamente a los compromisos que se les asignan, y actuar según las leyes institucionales y



generales que regulan la materia.

**ARTÍCULO 43.- SICOF:** Es un Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude para la identificación y prevención por el cual se lograra prevenir, controlar y mitigar por parte de la institución a través de la implementación de mecanismos eficaces que garanticen la identificación, medición, control y monitoreo.

**ARTÍCULO 44.- COMPROMISOS INSTITUCIONALES:** La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, establece y promueve dentro de toda la organización, una cultura institucional encaminada a fortalecer la transparencia como valor y principio de toda actuación como lo establece el código de conducta y buen gobierno.

1. Adoptar un conjunto de medidas por el cual logrará prevenir, controlar y mitigar las amenazas del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF que puedan afectar el Hospital.
2. Definir y aprobar a través de su Junta Directiva, las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICOF, con fundamento en las recomendaciones del Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF.
3. aprobar a través de su Junta Directiva, el Manual de prevención de la Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) y sus actualizaciones.
4. Adoptar políticas y procedimientos que permitan prevenir y controlar el riesgo del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF.
5. evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICOF, que formulen el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del mismo y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.
6. Evaluar y acoger los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF.
7. Analizar a través de La Junta Directiva los informes que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF respecto de las labores realizadas para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, actos de Corrupción, Opacidad o Fraude y evaluar la efectividad de los controles implementados y de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento.
8. Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICOF.
9. Dar a conocer a la Junta Directiva los informes relevantes respecto del SICOF, e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.
10. efectuar a través de la Junta Directiva, el seguimiento de informes periódicos que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad



- para la ejecución del SICOF, sobre la gestión del mismo en la entidad y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.
11. evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICOF, que formulen el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del mismo y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.
  12. analizar a través de su Junta Directiva, los informes que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF respecto de las labores realizadas para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, actos de Corrupción, Opacidad o Fraude y evaluar la efectividad de los controles implementados y de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento.
  13. velar a través del Representante Legal de la institución del cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
  14. adelantar a través de su Representante Legal el seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF.
  15. Designar a través del Representante Legal al responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.
  16. Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin establecer el cambio cultural que la administración de este Riesgo implica para la Entidad.
  17. Velar por la correcta aplicación de los controles del riesgo inherentes, identificado y medido.
  18. Recibir y evaluar los informes presentados por el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, de acuerdo con los términos establecidos en la normatividad vigente.
  19. Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la Circular externa No. 2021170000005-5 de la Supersalud.
  20. Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada prevención Administración de Corrupción, Opacidad y Fraude a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

**ARTÍCULO 45.- DELEGACIÓN Y FUNCIONES EN EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO:** La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, para dar el adecuado cumplimiento de la labor que corresponde al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, así como a su mejoramiento continuo, será delegado el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad, sin que ello implique una sustitución a la responsabilidad que de manera colegiada le corresponde al máximo órgano social u órgano equivalente en la materia, desarrollando funciones de carácter eminentemente de asesoría y apoyo.



El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito debe contemplar como mínimo las siguientes funciones a cargo del oficial de cumplimiento:

1. Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de la entidad.
2. Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude medidos.
3. Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la Circular externa No. 20211700000005-5 de la Supersalud.
4. Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
5. Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOF.
6. Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al representante legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.
7. Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.
8. Informar al máximo órgano social u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.
9. Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración del máximo órgano social.
10. Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
11. Proponer al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.
12. Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF, en desarrollo de las directrices impartidas por el máximo órgano social, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
13. Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
14. Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o disciplinarlos) para fortalecer el SICOF.



**PARÁGRAFO.** - En general, el Oficial de Cumplimiento de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de prevención y control, y verificar al interior de la entidad su operatividad y su adecuado funcionamiento, para lo cual debe demostrar la ejecución de los controles que le corresponden.

El Oficial de cumplimiento de la institución, para la ejecución del SICOF, debe dejar constancia documental de sus actuaciones en esta materia, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto.

Adicionalmente, debe mantener a disposición del auditor interno, el revisor fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SICOF, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.

**ARTÍCULO 46.- LÍDERES DE PROCESOS Y COLABORADORES:** La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, por medio de los Líderes de Procesos y demás colaboradores comprometidos con la identificación y Prevención del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), deberán:

- a. Identificar y calificar los riesgos propios de su proceso, identificando la causa que los origina y las consecuencias de los mismos.
- b. Implementar los controles que considere necesario para mitigar los riesgos validando el costo/beneficio de la implementación y teniendo en cuenta que costo de un control no debe ser superior al del riesgo.
- c. Informar a la auditoría interna sobre posibles situaciones de fraude.

**PARÁGRAFO UNO.** - El Revisor Fiscal de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, deberá elaborar un reporte al cierre de cada ejercicio contable informando las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación de cumplimiento de las normas e instructivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude SICOF.

A la vez debe poner en conocimiento al Representante Legal los incumplimientos del SICOF, sin perjuicio de la obligación de informar a la Junta Directiva u órgano que haga sus veces.

**PARÁGRAFO DOS.** - La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, por medio de la Auditoría Interna, o quién ejerza el control interno; ésta debe evaluar periódicamente la efectividad y el cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SICOF, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo deberá informar los resultados de la evaluación al Representante Legal o Junta Directiva.



## CAPÍTULO VII

### DEL CONFLICTO DE INTERÉS

**ARTÍCULO 47.- CONSIDERACIÓN GENERAL:** Existe un conflicto de interés cuando por una situación de control, influencia directa o indirecta entre entidades, personas naturales o jurídicas, se realicen operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición de mercado, competencia desleal, desviaciones de recursos de seguridad social, o cualquier situación de hecho o de derecho que desequilibre el buen funcionamiento financiero, comercial o de materialización del riesgo al interior del sector. Estos desequilibrios tienen su fundamento en un interés privado que motiva a actuar en contravía de sus obligaciones y puede generar un beneficio comercial o económico para la parte que incurre en estas conductas.

**ARTÍCULO 48.- ALCANCE ESPECÍFICO:** Situaciones en virtud de las cuales el Gerente o un servidor público de la E.S.E que deba tomar una decisión o realizar u omitir una acción en razón de sus funciones, tenga la opción de escoger entre el beneficio de la respectiva entidad y su interés propio, de su familia o de terceros, de forma tal que escogiendo uno de estos tres últimos se beneficiaría patrimonialmente, para sí o para el tercero, desconociendo un deber ético o legal u obteniendo así un provecho de cualquier tipo que de cualquier otra forma no recibiría.

**ARTÍCULO 49.- COMPROMISO INSTITUCIONAL:** La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila, se compromete a implementar y desarrollar una política de conflicto de intereses y se consideran prácticas prohibitivas para el Gerente, servidores públicos o contratistas del Hospital las siguientes:

1. Recibir remuneración y cualquier otro tipo de compensación en dinero o en especie por parte de cualquier persona jurídica o natural, en razón del trabajo o servicio prestado al Hospital o a sus grupos de interés.
2. Utilizar o suministrar a terceros información confidencial para obtener provecho o salvaguardar intereses individuales propios o de terceros.
3. Realizar proselitismo político o religioso aprovechando su cargo, posición o relaciones con el Hospital, no pudiendo comprometer recursos económicos para financiar campañas políticas; tampoco generarán burocracia a favor de políticos o cualquier otra persona natural o jurídica. Los servidores públicos de la institución tienen como deberes los expresos en la norma y en especial los contenidos en el Código Único Disciplinario y en el Código de Ética; sin perjuicio de las prohibiciones sobre conflicto de intereses contenidos en la Constitución, la Ley, las Ordenanzas y los Acuerdos.
4. Abstenerse de utilizar indebidamente información privilegiada y confidencial en contra de los intereses del Hospital.



5. Abstenerse de realizar actividades que atenten contra los intereses del Hospital.
6. Abstenerse de gestionar, por sí o por interpuesta persona, negocios que le originen ventajas que, conforme a las normas constitucionales, legales, reglamentarias y el Código de Ética, se pueda considerar que infringen los intereses del Hospital.
7. Abstenerse de utilizar su posición en el Hospital o el nombre del mismo para obtener para sí o para un tercero tratamientos especiales en negocios particulares con cualquier persona natural o jurídica.
8. Abstenerse de entregar dádivas a cambio de cualquier tipo de beneficios.
9. Abstenerse de utilizar los recursos del Hospital para labores distintas de las relacionadas con su actividad; por ende tampoco podrán encausarlos en provecho personal o de terceros.
10. Abstenerse de aceptar, para sí o para terceros, donaciones en dinero o en especie por parte de proveedores, contratistas o cualquier persona relacionada o no con el Hospital, o de personas o entidades con las que se genere cualquier clase de compromiso no autorizado.

#### **ARTÍCULO 50.- SITUACIONES PARA IDENTIFICAR Y RESOLVER CONFLICTO DE INTERÉS:**

Para los efectos de este Código, se entiende por conflicto de intereses, toda situación o evento en que los empleados y asociados, tengan o parezcan tener un interés personal, directo o indirecto, o se encuentren o puedan llegar a encontrarse en concurrencia u oposición con el interés de la Institución y que interfiera o pueda interferir, o parezcan interferir, con los deberes que le competen quienes conforman los grupos de interés, o que lo lleven o puedan llevar a actuar en su desempeño por motivaciones diferentes al leal y efectivo cumplimiento de sus funciones y/o responsabilidades frente a la organización. También habrá conflicto de interés cuando alguno de los colaboradores reciba beneficios personales indebidos como resultado de su posición en la organización.

1. Actuar todo el personal de la institución con diligencia en el cumplimiento de las funciones que les sean asignadas a fin de evitar comportamientos que impliquen tratamientos privilegiados o discriminatorios, o que les representen beneficios personales directos o indirectos.
2. Prohibir el aprovechamiento a título personal de oportunidades que se descubran a través del uso de propiedad, información o posición en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito; usar la propiedad, información o posición corporativa en beneficio personal y competir con la institución.
3. Dar a conocer a la institución a través del Comité de Ética Hospitalaria, de forma inmediata y de manera completa, el asunto que da lugar al conflicto real o potencial, evitando favorecer cualquier interés propio o de terceros, independientemente de que la institución obtenga o no un beneficio.
4. Actuar el personal directivo de acuerdo con los principios y valores del presente código. En todos sus comportamientos, ante un conflicto de interés real o potencial de un miembro de la Junta Directiva, se deberá informar a ésta



con anterioridad a tratar el asunto y no participar en la decisión sobre el asunto objeto del conflicto.

5. Evaluar a través del Comité de Ética Hospitalaria las situaciones y recomendar según sea el caso, que se adopten los correctivos o autorizaciones que estime pertinentes.
6. Informar los hechos a su jefe inmediato o al Comité de Ética Hospitalaria si un profesional en salud o un integrante de los grupos de interés tiene preguntas con relación a una situación que pueda generar un posible conflicto de intereses, o tiene razones para creer que está inmerso en una situación de conflicto de esta índole
7. Garantizar la Abstención en presencia de un conflicto de intereses real o potencial, el trabajador o colaborador de participar en la toma de la decisión o en la gestión o manejo correspondiente, mientras no sea expresamente autorizado. Si un conflicto de intereses es sobreviniente luego de haberse tomado la decisión o haberse hecho la gestión, deberá igualmente ser informado a través de los canales arriba mencionados.
8. Evaluar las decisiones relativas a la existencia de conflictos de los Directivos de la institución serán por el Comité de Ética Hospitalaria y sometidas a decisión final de la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito. La Junta Directiva será imparcial en todas sus decisiones. Para la Junta Directiva los intereses más nobles de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito siempre estarán en primer lugar sobre otros intereses a considerar.

## CAPÍTULO VIII

### PROCESO ÉTICO DISCIPLINARIO

**ARTÍCULO 51.- COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL:** El Comité de Ética Institucional es la máxima instancia del proceso de gestión de la ética en la institución que permite a todos los servidores públicos de la institución acceder para consultar dilemas, denunciar contravenciones a las normas éticas vigentes y sugerir ajustes a las normas éticas.

**ARTÍCULO 52.-OBJETO:** El proceso ético disciplinario realizado por el Comité de Ética Institucional tendrá por objeto evaluar si las conductas de que tenga conocimiento han transgredido por acción u omisión las normas éticas y de buen gobierno comprendidas en el presente Código, determinando si hay responsabilidad ética disciplinaria y tomando las decisiones del caso.

**PARÁGRAFO.** - Los procesos ético disciplinarios tendrán sólo una instancia.

**ARTÍCULO 53.- DEBIDO PROCESO:** El procedimiento para conocer y resolver la inobservancia o el desacato de medidas y prácticas contenidas en el Código de Conducta y Buen Gobierno por parte de una persona vinculada con la institución,



seguirá el debido proceso administrativo establecido en las normas internas de la institución para realizar su estudio, calificación y sanción, y cuando su alcance implique una violación de la ética profesional, la institución se regirá por los procedimientos establecidos en la Ley, en los manuales de ética y en las normas que complementen o sustituyan.

**ARTÍCULO 54.- PERSONAL ASISTENCIAL EN SALUD:** Cuando el caso corresponda a una falta en contra de la ética profesional cometida por personal asistencial en salud, la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito consultará los manuales de ética y de conducta que se aplican para cada uno de las profesiones u oficios y después de seguir el debido proceso administrativo y de calificar la falta, aplicará los procedimientos establecidos en dichos manuales. La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito hará un seguimiento y verificación de los procesos disciplinarios y de la transgresión en alguna de las normas de los manuales y códigos respectivos para asegurar que se cumplan los trámites y sanciones previstas, para amparar los derechos de los usuarios y la transparencia administrativa de la institución.

Cuando sus implicaciones estén relacionadas con la legislación colombiana, la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito seguirá el procedimiento establecido en la normatividad respectiva.

Igualmente, Según esta medida del presente código y la aplicación en nuestra institución se adopta haciendo referencia en el estándar 98 de acreditación el cual nos menciona que existe un mecanismo para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y los pacientes, sus familias y sus responsables, dirigió hacia otros clientes, familia visitantes y colaboradores.

El Hospital Departamental San Antonio de Pitalito a partir de la implementación del programa de atención amigable y sus líneas de intervención que incluyen las interacciones entre los colaboradores , los usuarios y familias, igualmente de los colaboradores hacia los pacientes y viceversa, interviene sobre dichos comportamientos y conductas, por lo anterior mente expuesto a través de herramientitas se intervienen sobre conductas violentas, de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas por medio de estrategias de comunicación eficaz que se usan en pacientes agresivos y/o alterados como:

Reconocer los signos de ira antes de que alcance su clímax. No es fácil ser un paciente y/o una familia, no se puede equiparar tu nivel de energía al del cliente, lo más obvio que se debe evitar es levantar la voz, no ser sarcástico con el usuario, Hacer el mejor esfuerzo por mantener una voz tranquilizadora y ocultar cualquier frustración que se pueda sentir

- Mantener la calma, permitirle al paciente desencadenar toda su ira y no tocarlo ni invadir su espacio, incluso cuando ambos mantengan la calma;



violar el espacio personal de alguien puede interpretarse como una muestra de agresión o una falta de preocupación por su nivel de comodidad. Cuando las personas se enojan, necesitan un área más grande de espacio personal, así que hay que darles mucho espacio a los clientes agresivos, poner una barrera física como un escritorio.

- Ser sensible, mostrar empatía y gentileza, expresar preocupación por los sentimientos del paciente dejar que el cliente exprese su queja para evitar que la situación empeore. Además, se le debe mostrar que es importante la experiencia del cliente.
- Dejar tiempo para que el paciente se “enfrie” o “calme”, si es necesario nunca interrumpir al usuario. Incluso si no está siendo razonable, permitir que diga todo lo que tenga que decir.
- Al hacer declaraciones, usar “Yo” en lugar de “Usted”. Esto parece ser más fácil de tolerar para el paciente.
- Permanece a una distancia segura, no invadas el espacio del paciente durante la escalada de ira.
- Ser sensible a la comunicación no verbal; es fácil leer las pistas no verbales de agresión y enojo en los cuerpos de otras personas. No es suficiente, simplemente mantener la voz nivelada, también se debe aliviar el humor del usuario con todos los recursos comunicativos.
- Suavizar las solicitudes; una actitud calmada al responder a preguntas tan obviamente cargadas podrá evitar que la ira se convierta en una crisis conductual o disruptiva. En lugar de actuar a la defensiva, quizás sería prudente responder con calma al paciente y tratarlo con respeto. Las personas serenas establecen la paz y son lo suficientemente fuertes como para mantener la calma y mostrarse moderados, incluso cuando se enfrentan a situaciones difíciles.
- Procurar resolver el motivo de la queja de inmediato y cumplir las promesas Preguntarle al usuario qué se puede hacer para hacerlo sentir mejor acerca de la situación. Si lo que pide es razonable y se encuentra dentro de lo posible, cumplirle. Sin embargo, los clientes agresivos tienen demandas irracionales y piden que se hagan cosas que se encuentran fuera de la norma.
- Hacer preguntas abiertas y no hacer respuestas defensivas.
- Hacer uso del lenguaje apropiado, elegir las palabras sabiamente.
- Recordar que la labor en salud no es un trabajo fácil, aceptar lo que no se puede cambiar, no es posible cambiar al paciente difícil o problemático ni su enfermedad o sus circunstancias, pero si podemos mejorar nuestro modo de enfrentarlo.

Igualmente se cuentan con medidas para con el agresor:



1. De acuerdo con la gravedad de la agresión, al paciente, familiar y/o acompañante se le realizará anotación en historia clínica del paciente sobre los hechos sucedidos con las advertencias y medidas que sean tomadas por la Institución.
2. Si el funcionario agredido ha tomado acciones jurídicas, el Hospital dará cumplimiento a las determinaciones legales que de ellas se deriven.

**PARÁGRAFO.** - La acción ética médico disciplinario se ejercerá sin perjuicio de la acción penal, civil, administrativa o contenciosa administrativa a que hubiere lugar. El proceso ético médico disciplinario está sometido a reserva. Solamente podrá ser examinado por comité de ética Disciplinario.

**ARTÍCULO 55.- PROCEDIMIENTO:** La institución instruirá el procedimiento ético disciplinario a través de las siguientes etapas.

**ARTÍCULO 56.- APERTURA:** El proceso disciplinario ético se iniciará:

1. Por la recepción por escrito de una queja presentada ante el Comité de Ética Disciplinario por persona interesada o por una entidad pública o privada. Cuando el quejoso sea analfabeto será recibida por un integrante activo del Comité de Ética Disciplinario.
2. De oficio cuando el Comité conozca cualquier acto que vulnere las disposiciones del Código.

**ARTÍCULO 57.-CONTENIDO:** El escrito de queja deberá contener:

- 1.- Identificación completa del quejoso y un correo electrónico donde puede ser notificado del proceso.
- 2.- Identificación completa de quien ha realizado presuntamente una actuación contraria al código, si se conoce.
3. Relación completa de los hechos materia de la queja, expresados con precisión y claridad.
4. Relación de las pruebas que el quejoso considere demostrativas de los hechos.

**ARTÍCULO 58.-VINCULACIÓN:** La persona vinculada al proceso ético disciplinario, será evaluada con la observancia de las formas propias del acto. Los principios éticos, la jurisprudencia y la doctrina consignada en las actas del Comité son criterios auxiliares en la indagación.

**ARTÍCULO 59.- RECEPCIÓN DE LA QUEJA:** Al recibir la queja el Comité de Ética Hospitalario citará a reunión de sus integrantes donde se establecerá si la conducta es constitutiva o no de falta ética y se individualizará a las personas que la hayan realizado para así ordenar la apertura del correspondiente proceso ético o archivar la queja por considerar que la conducta no es contraria a la ética, que esta no fue constitutiva de falta disciplinaria, que el indagado no la ha cometido o



que el denunciado ya no tenga relación contractual con la institución.  
Sí el Comité de Ética Hospitalario conoce que se ha transgredido una norma penal, disciplinaria o administrativa, deberá informar a las autoridades competentes.

**ARTÍCULO 60.- PROCEDENCIA:** El Comité de Ética Hospitalario iniciará la indagación de los hechos estableciendo su ocurrencia, la calidad de los involucrados, ordenará las diligencias necesarias para esclarecer los hechos y demostrar si hay responsabilidad ética por sus autores o partícipes.

El Comité de Ética Hospitalario indagará sobre los antecedentes disciplinarios de los indagados. El término de la indagación no podrá exceder de un mes, contado a partir de la fecha de recepción del escrito.

**PARÁGRAFO.** - Las diligencias serán tramitadas a través del Presidente con el apoyo del secretario del Comité de Ética Hospitalario, para lo cual se ordenará lo que corresponda a fin de facilitar las actividades de investigación y sancionatorias

**ARTÍCULO 61.- CITACIÓN:** El Comité de Ética Hospitalario citará por medio idóneo a las personas involucradas para recibir en versión libre y espontánea, su relato de los hechos, si esta no asiste, se declarará persona ausente y se continuará la indagación por el comité.

Se solicitará que haga un relato de cuanto le conste con relación a los hechos que se investigan, precisando las circunstancias en que ocurrieron y las razones para hacerlo, sin limitar su derecho a hacer constar cuanto tenga conveniente para la explicación de los hechos. Se recibirán elementos que aporte como medios de prueba y se realizarán las diligencias requeridas para comprobar las aseveraciones expresadas.

**ARTÍCULO 62.- INTERROGATORIO:** El interrogatorio se registrará en un acta en la que se consignará textualmente las preguntas y respuestas y los elementos aportados. El acta una vez aprobada, debe ser firmada por todos los asistentes. Las imputaciones a terceros sobre el mismo hecho se registran en el acta.

**ARTÍCULO 63.- CONTENIDO DEL ACTA:** Terminado el plazo de indagación, el secretario del Comité de Ética Hospitalaria generará un acta por escrito donde se establezca:

1. La ocurrencia, por acción u omisión, de una conducta contraria a la ética, la descripción de los cargos formulados y la valoración y evaluación de los elementos admitidos en el proceso.
2. Indicación de las normas que se consideran infringidas.
3. La presunta responsabilidad ético disciplinaria y la calificación de la conducta. Cuando fueren varios los implicados, se hará el análisis separado para cada uno de ellos.



**ARTÍCULO 64.- CERTEZA:** No se podrá determinar la necesidad de un proceso sancionatorio sino cuando exista certeza sobre la conducta violatoria de las normas éticas contempladas en el presente código y sobre la responsabilidad del acusado.

**ARTÍCULO 65.- PROCEDENCIA:** Las sanciones se aplicarán teniendo en cuenta la gravedad y circunstancias de tiempo, modo y lugar, factores atenuantes y agravantes y los antecedentes éticos profesionales del disciplinado.

El recurso de reposición se deberá interponer, verbalmente o por escrito, dentro del término de cinco días hábiles a la notificación.

**ARTÍCULO 66.- SANCIONES:** Las sanciones se aplicarán teniendo en cuenta la gravedad y circunstancias de tiempo, modo y lugar, factores atenuantes y agravantes y los antecedentes éticos profesionales del disciplinado.

A juicio del Comité de Ética Hospitalario, contra las faltas al presente Código, por parte de los grupos de interés, proceden las siguientes sanciones y sugerencias:

- 1.- Amonestación verbal privada que se hace al infractor, de ella quedará constancia en la hoja de vida.
- 2.- Censura escrita y pública de la actuación realizada.
- 3.- Vetar a los proveedores.
- 4.- Suspensión del contrato laboral por un plazo no mayor a 30 días.
- 5.- Terminación del contrato por justa causa.

**PARÁGRAFO.** - Así mismo las políticas contra el lavado de activos y el terrorismo contemplan sanciones que serán tenidas en cuenta por este Comité. No habrá una estandarización de sanciones, dependerá del análisis de cada caso. En caso de conflicto entre las regulaciones de este Código y la ley aplicable, prevalecerá la ley.

**ARTÍCULO 67.- SUGERENCIAS:** Las decisiones que se dicten en el proceso ético disciplinario se denominan sugerencias, estas deben ser motivadas y notificadas, excepto si son inhibitorias. No podrán ser recurridas ante otra instancia institucional. La sanción laboral será determinada por el Comité de Ética Hospitalario en función de la gravedad de dicho incumplimiento, después de realizar el debido proceso y cumpliendo el principio de proporcionalidad.

Así mismo las políticas contra el lavado de activos y el terrorismo contemplan sanciones que serán tenidas en cuenta por este Comité. No habrá una estandarización de sanciones, dependerá del análisis de cada caso. En caso de conflicto entre las regulaciones de este Código y la ley aplicable, prevalecerá la ley.



**ARTÍCULO 68.- IMPUGNACIÓN:** Solamente procede El recurso de reposición se deberá interponer, verbalmente en la audiencia o por escrito dentro del término de cinco días hábiles a la notificación ante El Comité de Ética Hospitalario.

**ARTÍCULO 69.-PRESCRIPCIÓN:** La acción ético disciplinaria prescribe en 18 meses contados desde el día en que se cometió la última acción u omisión constitutiva de falta. En el proceso ético disciplinario, no hay interrupción de prescripción.

**ARTÍCULO 70.-AUTONOMÍA:** La acción ético médico disciplinario se ejercerá sin perjuicio de la acción penal, civil, administrativa o contenciosa administrativa a que hubiere lugar.

## CAPÍTULO IX

### SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

**ARTÍCULO 71.- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:** Teniendo en cuenta que la operación de una entidad depende en gran medida de sus sistemas de información, es necesario adoptar controles que garanticen la seguridad, calidad y cumplimiento de la información generada.

Los sistemas de información y comunicación de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito son la base para identificar, capturar e intercambiar información en una forma y período de tiempo que permita al personal cumplir con sus responsabilidades y a los usuarios externos contar oportunamente con elementos de juicio suficientes para la adopción de las decisiones que les corresponde en relación con la respectiva entidad.

**ARTÍCULO 72.- SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN:** La institución contará con un sistema que garantice que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (efectividad, eficiencia y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual debe establecerse controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo.

Los sistemas de información de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito son funcionales y permiten la dirección y control de la operación en forma adecuada. Asimismo, maneja tanto los datos internos como aquellos que se reciben del exterior.

La entidad adelantará como mínimo las siguientes acciones respecto a la gestión de la información:



1. Identificar la información que se recibe y su fuente.
2. Asignar el responsable de cada información y las personas que pueden tener acceso a la misma.
3. Diseñar formularios y/o mecanismos que ayuden a minimizar errores u omisiones en la recopilación y procesamiento de la información, así como en la elaboración de informes.
4. Diseñar procedimientos para detectar, reportar y corregir los errores y las irregularidades que puedan presentarse.
5. Establecer procedimientos que permitan a la entidad retener o reproducir los documentos fuente original, para facilitar la recuperación o reconstrucción de datos, así como para satisfacer requerimientos legales.
6. Definir controles para garantizar que los datos y documentos sean preparados por personal autorizado para hacerlo.
7. Implementar controles para proteger adecuadamente la información sensible contra acceso o modificación no autorizada.
8. Diseñar procedimientos para la administración del almacenamiento de información y sus copias de respaldo.
9. Establecer parámetros para la entrega de copias, a través de cualquier modalidad (papel, medio magnético, entre otros).
10. Clasificar la información (en pública, clasificada o reservada, entre otras, según corresponda).
11. Verificar la existencia o no de procedimientos de custodia de la información, cuando sea del caso, y de su eficacia.
12. Implementar mecanismos para evitar el uso de información privilegiada, en beneficio propio o de terceros.
13. Detectar deficiencias y aplicar acciones de mejoramiento.
14. Cumplir los requerimientos legales y reglamentarios.

Además de la información que se proporciona al público, a los entes de control y vigilancia y a la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con las normas vigentes, la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito difunde la información que hace posible conducir y controlar la institución, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiada, confidencial o reservado, respecto de la cual se adoptan todas las medidas que resultan necesarias para su protección, incluyendo lo relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.

A la información clasificada o sujeta a reserva por disposición legal, solo tiene acceso directo ciertas personas (sujetos calificados), en razón de su profesión u oficio, ya que de conocerse podría vulnerarse el derecho a la intimidad de las personas. Los registros individuales que incluyen información a nivel de individuos pueden usarse internamente o con terceros para fines analíticos, estadísticos o de investigación siempre y cuando sean debidamente armonizados de conformidad con el Artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 (o cualquier norma que la sustituya, modifique o elimine).



A la información que se proporciona a la Superintendencia Nacional de Salud la institución adiciona, sin ser excluyente, la exposición de las transacciones que se realizan entre las Partes Vinculadas, así como las relaciones existentes entre unas y otras, siguiendo lo dispuesto en este sentido por la Norma Internacional de Contabilidad (NIC 24), la Ley 222 de 1995 y demás disposiciones que adicionen, modifiquen o sustituyan.

La Alta Dirección define políticas de seguridad de la información, mediante la ejecución de un programa que comprende el diseño; implantación, divulgación, educación y el mantenimiento de las estrategias y mecanismos para administrar la seguridad de la información, que incluye, entre otros mecanismos, la celebración de acuerdos de confidencialidad, en aquellos casos en los cuales resulta indispensable suministrar información privilegiada a personas que en condiciones normales no tienen acceso a la misma.

**ARTICULO 73.- DIFUSION DE LA INFORMACIÓN:** Además de la información que se proporciona al público y a la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con las normas vigentes, se difunde, de acuerdo con lo que los administradores de la entidad consideran pertinente, la información que hace posible conducir y controlar la organización, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiado, confidencial o reservado, respecto de la cual se adoptan todas las medidas que resultan necesarias para su protección, incluyendo lo relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.

**ARTICULO 74.- INFORMACION RESERVADA:** A la información clasificada o sujeta a reserva por disposición legal, solo tiene acceso directo ciertas personas (sujetos calificados), en razón de su profesión u oficio, ya que de conocerse podría vulnerarse el derecho a la intimidad de las personas. Los registros individuales que incluyen información a nivel de individuos pueden usarse internamente o con terceros para fines analíticos, estadísticos o de investigación siempre y cuando sean debidamente anonimizados de conformidad con el artículo 6o de la Ley 1581 de 2012 (o cualquier norma que lo sustituya, modifique o elimine).

**ARTICULO 75.- ACUERDOS DE CONFIDENCIALIDAD:** Los administradores de la entidad definen políticas de seguridad de la información, mediante la ejecución de un programa que comprende, entre otros, el diseño, la implantación, la divulgación, la educación y el mantenimiento de las estrategias y mecanismos para administrar la seguridad de la información, lo cual incluye, entre otros mecanismos, la celebración de acuerdos de confidencialidad, en aquellos casos en los cuales resulta indispensable suministrar información privilegiada a personas que en condiciones normales no tienen acceso a la misma.



**ARTÍCULO 76.- COMUNICACIÓN:** La institución debe mantener una comunicación eficaz, que fluya en todas las direcciones a través de todas las áreas o dependencias (de arriba hacia abajo, a la inversa y transversalmente).

Cada colaborador debe conocer el papel que desempeña dentro de la institución y dentro del SCI, y la forma en la cual las actividades a su cargo están relacionadas con el trabajo de los demás. Para el efecto, la institución debe disponer de medios para comunicar la información significativa, tanto al interior como hacia el exterior.

Como parte de una adecuada administración de la comunicación, la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito identificara, como mínimo, los siguientes elementos:

1. Canales de comunicación.
2. Responsables de su manejo.
3. Requisitos de la información que se divulga.
4. Frecuencia de la comunicación.
5. Destinatarios.
6. Controles al proceso de comunicación

La Alta Dirección adoptará los procedimientos necesarios para garantizar la calidad, oportunidad, veracidad, suficiencia y en general el cumplimiento de todos los requisitos que inciden en la credibilidad y utilidad de la información que la institución revela al público.

La confidencialidad es uno de los elementos más importantes de la seguridad de la información y tiene como propósito garantizar que ella sólo pueda ser conocida, consultada y divulgada por personas autorizadas.

**ARTÍCULO 77.- MONITOREO:** Es el proceso que se lleva a cabo para verificar la calidad de desempeño del control interno a través del tiempo. Se realiza por medio de la supervisión continua que realizan los jefes o líderes de cada área o proceso como parte habitual de su responsabilidad frente al control interno (Dentro del ámbito de la competencia), así como de las evaluaciones periódicas puntuales que realicen la auditoría interna u órgano equivalente, el gerente y otras revisiones dirigidas.

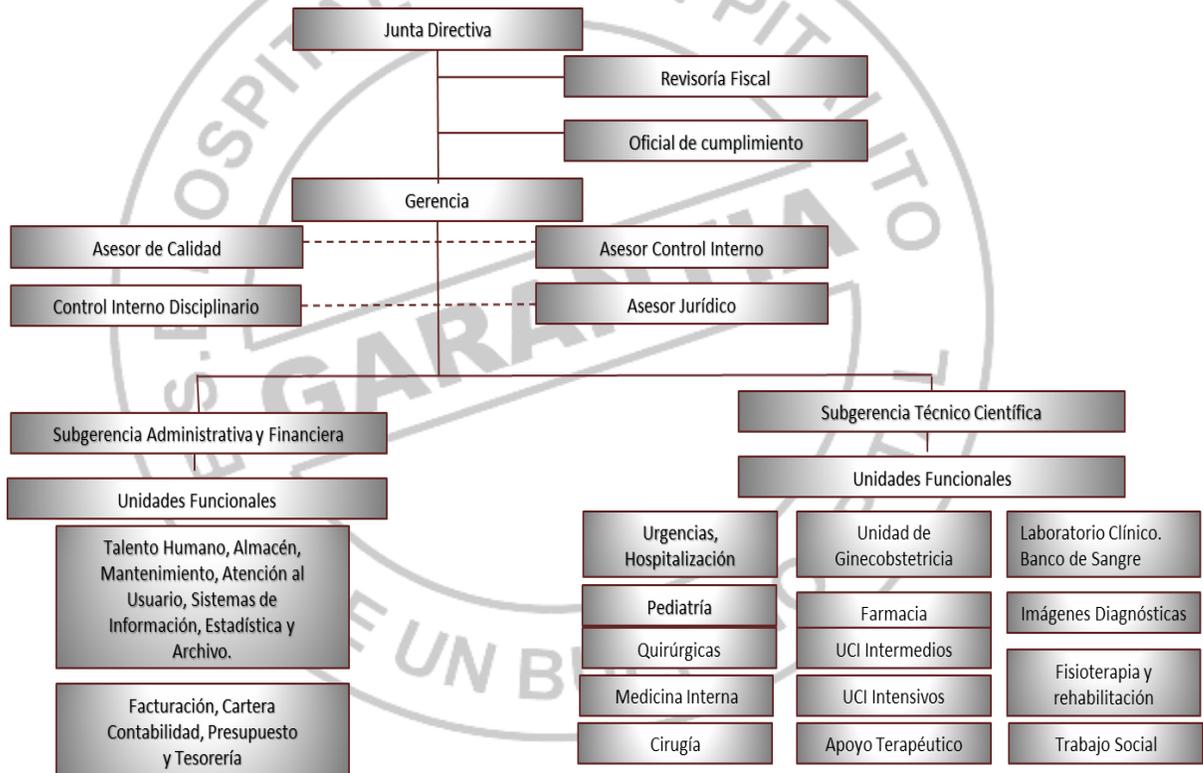
El SCI no puede ser estático, sino dinámico, ajustándose en forma permanente a las nuevas situaciones del entorno. Con tal fin, es importante que se establezcan controles o alarmas tanto en los sistemas que se lleven en forma manual como en los que se lleven en forma computarizada, de manera que permanentemente se valore la calidad y el desempeño del sistema en el tiempo y se realicen las acciones de mejoramiento necesarias, pues ello equivale a una actividad de supervisión y administración. Para efectos de lo anterior, dicho monitoreo se debe realizar en todas las etapas de los procesos y en tiempo real en el curso de las operaciones.



Las evaluaciones permanentes y separadas permiten a la Alta Dirección determinar si el control interno está presente y funciona en forma adecuada en el tiempo. Las deficiencias de control interno son identificadas y comunicadas de manera oportuna a las partes responsables de tomar acciones correctivas y, cuando resultan materiales, se informa también a la Junta Directiva por intermedio de la Alta Dirección.

## CAPÍTULO X

### ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



## CAPÍTULO XI

### COMITÉ DE CONDUCTA

**ARTÍCULO 78.- OBJETIVO:** Si bien todos los colaboradores de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito deben actuar con respeto hacia los compañeros de trabajo y hacia las personas con quienes deban relacionarse, cualquier situación que presente controversia deberá ser dirimida en primera instancia mediante el diálogo directo de las partes interesadas y en caso de no



obtener resolución de la misma, se apelará al Jefe inmediato, bien sea el Gerente o Coordinador del Área o Servicio, para que medie en el proceso. De no obtenerse resolución se traslada la decisión al Comité de Conducta para su definición.

En cualquier instancia de resolución de controversias deben considerarse los principios de Direccionamiento Estratégico como marco para la acción, además de los criterios que considera el presente código.

**ARTÍCULO 79.- CONSTRUCCIÓN MEDIDAS:** El Comité de Conducta construye los lineamientos de las políticas antisoborno y anticorrupción para la entidad. Asimismo, garantiza su divulgación de manera constante, completa y precisa. Igualmente implementa un Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción, de acuerdo a las directrices dadas por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República de Colombia o la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

**ARTÍCULO 80.- RELACIONAMIENTO:** Los lineamientos de conducta establecen pautas de comportamiento relacionadas con:

- a) La obligación de informar sobre actuaciones ilegales o sospechosas de los diferentes grupos de interés.
- b) El compromiso con la protección y uso adecuado de los activos de la entidad.
- c) La importancia de colaborar con las autoridades.
- d) El manejo de la información confidencial y privilegiada de la entidad.

**ARTÍCULO 81.- CONFORMACIÓN:** El Comité de conducta está conformado por:

1. El Subgerente Administrativo y Financiero, quien lo preside.
2. El Subgerente Técnico Científico.
3. El profesional Universitario de Talento Humano, quien ejercerá la Secretaria Técnica.
4. El Asesor de Calidad.
5. El Jefe de Planeación o quien haga sus veces.
6. El Coordinador o líder del Sistema de Información y Atención al Usuario — SIAU.
7. Un miembro de la Junta Directiva, o un colaborador de la Institución, o un experto externo, delegado o designada por el Presidente de la Junta Directiva, con conocimiento en derecho.

Si el tema de discusión implica directamente a algún miembro del Comité de Conducta, este será reemplazado por quien designe la Alta Dirección y si fuere la Alta Dirección la designación la hará el Presidente de la junta Directiva.

El Comité de Conducta se podrá apoyar con el Comité de Ética Hospitalaria y la Unidad de Control Interno Disciplinario.



**ARTÍCULO 82.- FUNCIONES:** Las funciones del Comité de Conducta incluyen al menos las siguientes:

1. Construir, coordinar y aplicar estrategias para fortalecer los pilares de conducta ética a interior de cada entidad.
2. Apoyar a la Alta Dirección y a la Junta Directiva en sus funciones de resolución de conflictos de interés.
3. Elaborar los programas necesarios para la divulgación y difusión de los principios y valores éticos de la entidad.
4. Crear y apoyar las actividades para la actualización del Código de Conducta y de Buen Gobierno, en lo relacionado con temas de Conducta, cuando así se necesite.
5. Apoyar la construcción de los lineamientos de las políticas anti-soborno y anti - corrupción para la entidad. Asimismo, garantizar su divulgación de manera constante, completa y precisa.
6. Implementar un programa de cumplimiento Anticorrupción, de acuerdo a las directrices dadas por la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República de Colombia o la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).
7. Definir política para prevenir o controlar los siguientes comportamientos:
  - Soborno a funcionarios o particulares delegados para el ejercicio de funciones públicas.
  - Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la entidad o de una persona natural.
  - Cualquier alteración de registros contables para realizar un fraude, soborno u otros actos indebidos.
  - Uso de terceras partes, esto es, agentes externos, consultores y otros intermediarios en posibles esquemas de soborno.
  - Riesgo de corrupción respecto de posibles negocios o transacciones: uniones temporales de negocio, consorcios, subsidiarias, fusiones y adquisiciones.
  - Pagos monetarios y/o en especie para agilizar procesos y trámites.
  - Pagos monetarios y/o en especie por la captación preferente e indebida de pacientes.
  - Donaciones filantrópicas y contribuciones caritativas que tengan por finalidad realizar fraudes al sistema.
  - Otras áreas de alto riesgo, coma contribuciones políticas ilegales, conflictos de interés, compromisos de compensación, el uso de recursos de la seguridad social en salud para otros fines diferentes a ella, y todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del SGSSS.



## CAPÍTULO XII

### LA AUDITORÍA Y CONTROL INTERNO

**ARTÍCULO 83.-AUDITORÍA INTERNA:** Es una actividad que se fundamenta en criterios de independencia y objetividad concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización, ayudándola a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión, control y gobierno.

Conforme lo define la Circular Externa No. 00003 de Mayo 24 de 2018 del Superintendente Nacional de Salud y por pertenecer La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito al sector público, se admite el enfoque de auditoría interna establecido en el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), esto es la oficina de control interno o quien haga sus veces.

**ARTÍCULO 84.-COMITÉ DE AUDITORÍA INTERNA:** Este Comité apoya la inspección y seguimiento de las políticas, procedimientos y controles internos que se establezcan, el análisis de la ejecución de las operaciones de la Institución, el análisis de las salvedades generadas por el Revisor Fiscal y la revisión periódica de la arquitectura de control de la entidad y del sistema de gestión de riesgos.

El Comité cuenta con la libertad para reportar sus hallazgos y revelarlos internamente, y las facilidades suficientes para mantener una comunicación directa y sin interferencia con la Alta Dirección y la Junta Directiva.

**ARTÍCULO 85.-CONFORMACIÓN:** El Comité de Auditoría Interna está conformado por:

- a. El Subgerente Administrativo y Financiero, quien lo preside.
- b. El Profesional Universitario – Contador, quien ejercerá la Secretaria Técnica.
- c. El Técnico Administrativo – Presupuesto.
- d. El Tesorero General
- e. Un miembro de la Junta Directiva, o un colaborador de la Institución, o un experto externo, delegado o designada por el Presidente de la Junta Directiva, quien contará con conocimientos contables, financieros y de gestión operativa relacionada con temas de protección al usuario.

Aunque el Revisor Fiscal puede asistir a las reuniones, éste no posee poder de voto en el Comité de Contraloría Interna.

**ARTÍCULO 86.-FUNCIONES:** Algunas de las funciones del Comité de Auditoría Interna son:



- a. Establecer las políticas, criterios y prácticas que utilizará la institución en la construcción, revelación y divulgación de su información financiera y contable.
- b. Definir mecanismos para consolidar la información que se debe presentar y/o reportar a la Alta Dirección y a la Junta Directiva.
- c. Proponer, para aprobación de la Alta Dirección la estructura, procedimientos y metodologías necesarios para el funcionamiento del SCI.
- d. Presentar a la Alta Dirección las propuestas relacionadas con las responsabilidades y atribuciones asignadas a los diferentes cargos y áreas respecto de la administración del SCI, incluyendo la gestión de riesgos.
- e. Evaluar la estructura del control interno de la entidad de forma tal que se pueda establecer si los procedimientos diseñados protegen razonablemente los activos de la entidad, así como los de terceros que administre o custodie, y si existen controles para verificar que las transacciones están siendo adecuadamente autorizadas y registradas.
- f. Establecer planes de auditoria sobre áreas tales como atención al usuario y sistemas de respuesta a los usuarios.
- g. Verificar el debido cumplimiento de protocolos de la entidad.
- h. Informar a la Alta Dirección sobre el no cumplimiento de la obligación de los responsables de suministrar la información requerida por los órganos de control para la realización de sus funciones.
- i. Estudiar los estados financieros y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración de la Alta Dirección, con base en la evaluación no sólo de los proyectos correspondientes, con sus notas, sino también de los dictámenes, observaciones de las entidades de control, resultados de las evaluaciones efectuadas por los comités competentes y demás documentos relacionados con los mismos.
- j. Evaluar los informes de control interno u otras instancias de control interno establecidas legalmente o en los reglamentos internos, verificando que la administración haya atendido sus sugerencias y recomendaciones.
- k. Hacer seguimiento al cumplimiento de las instrucciones dadas por la Alta Dirección en relación con el SCI.
- l. Solicitar los informes que considere convenientes para el adecuado desarrollo de sus funciones.
- m. Analizar el funcionamiento de los sistemas de información, su confiabilidad e integridad para la toma de decisiones.
- n. Emitir concepto, mediante un informe escrito, respecto de las posibles operaciones que se planean celebrar con Partes Vinculadas, para lo cual deberá verificar que las mismas se realicen en condiciones de mercado.
- o. Presentar a la junta Directiva los candidatos para ocupar el cargo de Revisor Fiscal, sin perjuicio del derecho de los miembros de presentar otros candidatos en la respectiva reunión. En tal sentido, la función del Comité será recopilar y analizar la información suministrada por cada uno de los candidatos y someter a consideración de la Junta Directiva los resultados del estudio efectuado.
- p. Elaborar el informe a la Alta Dirección respecto del funcionamiento del SCI, el cual deberá incluir entre otros aspectos:



- Las políticas generales establecidas para la implementación del SCI de la entidad.
- El proceso utilizado para la revisión de la efectividad del SCI, con mención expresa de los aspectos relacionados con la gestión de riesgos.
- Las deficiencias materiales detectadas, las recomendaciones formuladas y las medidas adoptadas, incluyendo entre otros temas aquellos que pudieran afectar los estados financieros y el informe de gestión.
- Las observaciones formuladas por los órganos de supervisión y las sanciones impuestas, cuando sea del caso.
- Presentar una evaluación de la labor realizada por el Comité de Auditoría Interna, incluyendo entre otros aspectos el alcance del trabajo desarrollado, la independencia de la función y los recursos que se tienen asignados.
- Las demás que le fije la Junta Directiva y en su propio reglamento interno.

**ARTÍCULO 87.- PROGRAMA DE CALIDAD Y CUMPLIMIENTO:** El Auditor Interno desarrolla y mantiene un programa de calidad y mejora que cubre todos los aspectos de la actividad de contraloría interna y revisa continuamente su eficacia. Este programa incluye evaluaciones de calidad externas e internas periódicas y supervisión interna continua. Cada parte del programa está diseñada para ayudar a la actividad y a garantizar que cumpla con las normas aplicables. Cuando el incumplimiento afecta el alcance general o el funcionamiento de la actividad del Control Interno, se aclara esta situación a la Alta Gerencia y a la Junta Directiva u órgano competente, informándoles los obstáculos que se presentaron para generar esta situación.

**ARTÍCULO 88.- OFICINA DE CONTROL INTERNO:** Está definida en la Ley 87 de 1993, como uno de los componentes del Sistema de Control Interno, del nivel directivo, encargada de medir la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la Alta Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la evaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos. En consecuencia, la Oficina de Control Interno hace parte de la estructura formal de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila, dentro del nivel directivo y es la instancia encargada de evaluar a través de la planificación y realización de Auditorías Internas y de los demás mecanismos de evaluación del Proceso de Evaluación, Control y Mejoramiento.

**ARTÍCULO 89.- ACTIVIDADES DE CONTROL:** Las actividades de control son el desarrollo de las políticas y los procedimientos que deben seguirse para lograr que las instrucciones de la administración con relación a sus controles se cumplan.

Las actividades de control son seleccionadas y desarrolladas considerando la relación beneficio/costo y su potencial de efectividad para mitigar los riesgos que afecten en forma material el logro de los objetivos de la institución.



Dichas actividades implican una política que establece lo que debe hacerse y adicionalmente los procedimientos para llevarla a cabo. Todas estas actividades deben tener como principal objetivo la determinación y prevención de los riesgos (potenciales o reales), errores, fraudes u otras situaciones que afecten o puedan llegar a afectar la estabilidad y/o el prestigio de la institución.

**ARTÍCULO 90.-PRINCIPIOS DEL CONTROL INTERNO:** La entidad incluye como mínimo los siguientes tres principios en los diferentes elementos que constituyen el SCI de manera expresa, documentada y soportada:

**Autocontrol:** Es la capacidad de todos y cada uno de los funcionarios de la organización, independientemente de su nivel jerárquico para evaluar y controlar su trabajo, orientarlo a la satisfacción del derecho a la salud de los usuarios, detectar desviaciones y efectuar correctivos en el ejercicio y cumplimiento de sus funciones, así como para mejorar sus tareas y responsabilidades.

En consecuencia, sin perjuicio de la responsabilidad atribuible a los administradores en la definición de políticas y en la ordenación del diseño de la estructura del SCI, es deber que les corresponde a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la organización su cumplimiento, quienes por ende, en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados, procuran el cumplimiento de los objetivos trazados por la dirección, en busca de lograr un mejor nivel de calidad en los servicios prestados, siempre sujetos a los límites por ella establecidos.

**Autorregulación:** Se refiere a la capacidad de la organización para desarrollar y aplicar métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y mejoramiento del SCI, dentro del marco de las disposiciones aplicables.

**Autogestión:** Apunta a la capacidad de la entidad para interpretar, coordinar, ejecutar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz su funcionamiento.

Basado en los principios mencionados, el SCI establece las acciones, los métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, de control, de evaluación y de mejoramiento continuo de la entidad que le permiten tener una seguridad razonable acerca de la consecución de sus objetivos, cumpliendo las normas que la regulan.

**ARTÍCULO 91.- ESTRUCTURA DEL CONTROL INTERNO:** La entidad prestadora diseña e implementa la estructura de control interno necesaria para alcanzar los fines ya mencionados, incluyendo por lo menos los siguientes tópicos: (i) Ambiente de control, (ii) Gestión de riesgos, (iii) Actividades de control, (iv) Información y comunicación, (v) Monitoreo, y (vi) Evaluaciones independientes.

La entidad prestadora diseña e implementa la estructura de control interno necesaria para alcanzar los fines ya mencionados, incluyendo por lo menos los siguientes tópicos: (i) Ambiente de control, (ii) Gestión de riesgos, (iii) Actividades de control, (iv) Información y comunicación, (v) Monitoreo, y (vi) Evaluaciones independientes.



**ARTÍCULO 92.- AMBIENTE DE CONTROL:** El ambiente de control está dado por la implementación y consolidación de una cultura organizacional que fomenta los principios antes señalados, orientados hacia el control, procurando el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Es el fundamento de todos los demás elementos del SCI, dado que la eficacia del mismo depende de que las entidades cuenten con personal competente e inculquen en toda la organización un sentido de integridad y concientización sobre el control.

**ARTÍCULO 93- FUNCIONES AMBIENTE DE CONTROL:** En lo relacionado con el ambiente de control, la entidad realiza como mínimo las siguientes funciones:

a) Determinar formalmente, por parte de la Alta Gerencia, los principios básicos que rigen la entidad, los cuales deben constar en documentos que se divulguen a toda la organización y a grupos de interés.

b) Establecer unos lineamientos de Conducta (incluidos explícitamente en el Código de Conducta y de Buen Gobierno), los cuales deben ser expresamente adoptados por todos los funcionarios de la entidad.

c) Adoptar los procedimientos que propicien que los empleados en todos los niveles de la organización cuenten con los conocimientos, habilidades y conductas necesarios para el desempeño de sus funciones. Para el efecto, las entidades deben contar con políticas y prácticas expresas de gestión humana, que incluyan las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de sus funcionarios, así como una definición clara de los niveles de autoridad y responsabilidad, precisando el alcance y límite de los mismos. La estructura organizacional debe estar armonizada con el tamaño y naturaleza de las actividades de la entidad, soportando el alcance del SCI.

d) Establecer unos objetivos coherentes y realistas, que deben estar alineados con la misión, visión y objetivos estratégicos de la entidad y del SGSSS, para que, a partir de esta definición, se formule la estrategia y se determinen los correspondientes objetivos operativos, de reporte y de cumplimiento para la organización.

Se entiende por objetivos operativos aquellos que se refieren a la utilización eficaz y eficiente de los recursos en las operaciones de la entidad. Deben reflejar la razón de ser de las organizaciones y van dirigidos a la consecución del objeto social. Los objetivos de reporte o de información consisten en la preparación y publicación de informes de gestión en salud y estándares de resultados en salud, estados financieros y otros informes que divulga la entidad. Los objetivos de cumplimiento se refieren a aquellos que pretenden asegurar el cumplimiento por parte de la entidad de las normas legales y los reglamentos que le sean aplicables.

Estos tres tipos de objetivos deben ser difundidos por la Alta Gerencia a todos los niveles de la entidad y actualizarse en forma periódica.

**ARTÍCULO 94.- PAUTAS DE CONTROL:** La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito adelantará actividades de control, obligatorias para todas las áreas y/o procesos, tales como:



1. Revisiones de alto nivel, como son el análisis de informes y presentaciones que solicita la Junta Directiva para efectos de analizar y monitorear los resultados o el progreso de la entidad hacia el logro de sus objetivos; detectar problemas, tales como deficiencias de control, errores en los informes financieros o en los resultados en salud, y adoptar los correctivos necesarios.
2. Controles generales, que rigen para todas las aplicaciones de sistemas y ayudan a asegurar su continuidad y operación adecuada. Dentro de éstos se incluyen aquellos que se hagan sobre la administración de la tecnología de información, su infraestructura, la administración de seguridad y la adquisición, desarrollo y mantenimiento del software.
3. Controles de aplicación, los cuales incluyen pasos a través de sistemas tecnológicos y manuales de procedimientos relacionados. Se centran directamente en la suficiencia, exactitud, autorización y validez de la captura y procesamiento de datos. Su principal objetivo es prevenir que los errores se introduzcan en el sistema, así como detectarlos y corregirlos una vez involucrados en él. Si se diseñan correctamente, pueden facilitar el control sobre los datos introducidos en el sistema.
4. Limitaciones de acceso físico a las distintas áreas de la organización, y controles de acceso a los sistemas de información, de acuerdo con el nivel de riesgo asociado a cada área o proceso, teniendo en cuenta tanto la seguridad de los funcionarios de la entidad como de sus bienes, de los activos de terceros que administra y de su información.
5. Segregación de funciones.
6. Acuerdos de confidencialidad.
7. Procedimientos de control aleatorios.
8. Difusión de las actividades de control.

**ARTÍCULO 95.- EVALUACIONES INDEPENDIENTES:** Aunque los procedimientos de seguimiento permanente, así como la autoevaluación de cada área o proceso, proporcionan una retroalimentación importante, es necesario realizar adicionalmente evaluaciones que se centren directamente sobre la efectividad del SCI, las cuales deben ser realizadas por personas totalmente independientes del proceso, como requisito indispensable para garantizar su imparcialidad y objetividad.

Se cumple con el requisito de estas evaluaciones independientes a través de los auditores internos y del revisor fiscal, en la medida en que el alcance de la evaluación hecha por éstos respecto al control interno tiene el alcance y la cobertura requeridos; lo anterior sin perjuicio de que la Alta Dirección, si así lo considera conveniente, utilice como práctica de buen gobierno corporativo el trabajo de auditores externos para revisar la efectividad del control interno.

Puede emplearse una combinación de varios esquemas, según lo que la Alta Dirección considere necesario.



Las debilidades resultado de esta evaluación y sus recomendaciones de mejoramiento, son reportadas de manera ascendente, informando sobre asuntos representativos de manera inmediata al Comité de auditoría Interna, y haciéndoles seguimiento.

**ARTÍCULO 96.- ÁREAS ESPECIALES DENTRO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO:** El SCI abarca todas las áreas o dependencias de la institución, aplicando para cada una de ellas los objetivos, principios, elementos y actividades de control, información, comunicación y otros fundamentos del sistema. No obstante, por su particular importancia se considera pertinente entrar a analizar algunos aspectos del SCI relacionados con las áreas de salud, financiera y tecnológica.

**ARTÍCULO 97.- CONTROL INTERNO EN LA GESTIÓN DE SALUD:** La entidad implementa los sistemas necesarios para hacer una evaluación sistemática de la atención en salud (en los tópicos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad), a través de los procesos de auditoría, seguimiento, evaluación, identificación de problemas y solución de los mismos, mediante técnicas de auditoría o de autoevaluación para la calificación y mejoramiento de la calidad en la atención en salud.

La Alta Dirección es responsable de adelantar todas las acciones necesarias para garantizar la calidad en la prestación de sus servicios, de conformidad con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad, para lo cual diseñará procedimientos de control.

La Alta Dirección informará a la Junta Directiva sobre la implementación y desarrollo de las acciones de auditoría para la garantía de la calidad, la revisión y el monitoreo de los niveles de acreditación, sobre las medidas que se deben adoptar para la superación de los eventos detectados, sobre los resultados de siniestralidad resultante respecto de lo esperado y del mercado, sobre los eventos de seguridad relevantes y, particularmente, todas las deficiencias encontradas y medidas adoptadas para superarlas.

**ARTÍCULO 98.- CALIDAD EN LA GESTIÓN EN SALUD:** La Junta Directiva adopta las políticas de gestión en salud orientadas a obtener la mejor calidad, para ello las define, desarrolla, documenta y comunica, junto con los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar su cumplimiento, en procura de garantizar, cuando menos, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio.

En desarrollo de lo anterior, la Alta Dirección al implementar o desarrollar las políticas institucionales, las cuales contendrá, cuando menos, los siguientes aspectos:



1. Definición de estándares de calidad en la atención en salud que se pretenden alcanzar.
2. Estructura y procesos que se implementan para lograr los objetivos.
3. Acciones de seguimiento, evaluación continua y sistemática a los niveles de calidad y a la concordancia entre los resultados obtenidos y los estándares planteados, de conformidad con las pautas dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y con la normatividad vigente.
4. Procesos de auditoria interna o en el mejor caso auditoría externa, para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios para determinar su nivel de satisfacción.
5. Diseño de programas para establecer una cultura de calidad en la atención en salud que incluya programas de capacitación y entrenamiento de los colaboradores.
6. Diseño de programas para establecer acciones pedagógicas que tengan por finalidad fomentar la cultura del cuidado en los usuarios.

**ARTÍCULO 99.- CONTROL INTERNO EN LA GESTIÓN FINANCIERA:** La información financiera y contable de una entidad se constituye en una herramienta fundamental para que la administración pueda adoptar sus decisiones en forma oportuna y contando con suficientes elementos de juicio. Por ello, la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito debe asegurarse de que todos los estados financieros, informes de gestión y demás reportes que suministra sean confiables.

El término confiable en este contexto se refiere a la preparación de estados financieros y otros informes que presenten en forma razonable la situación financiera y resultados de la institución, y que cumplan plenamente con las normas, principios y reglamentos que resulten aplicables. Bajo esta referencia, resulta claro que un eficiente SCI contable es la base sobre la que se genera información financiera oportuna, razonable y veraz.

La Alta Dirección será la responsable del establecimiento y mantenimiento de adecuados sistemas de revelación y control de la información financiera, por lo cual diseñará procedimientos de control sobre la calidad, suficiencia y oportunidad de la misma. Además, verificará la operatividad de los controles establecidos al interior de la institución e incluirá en el informe de gestión la evaluación sobre el desempeño de los mencionados sistemas de revelación y control.

La Alta Dirección será la responsable de informar ante la Junta Directiva, de todas las deficiencias significativas encontradas en el diseño y operación de los controles internos que hubieran impedido a la entidad registrar, procesar, resumir y presentar adecuadamente la información financiera de la misma. También es responsable de reportar los casos de fraude que hayan podido afectar la calidad de la información financiera, así como cambios en la metodología de evaluación de la misma.



**ARTÍCULO 100.- CONTROL DE LAS POLÍTICAS CONTABLES:** Las Políticas contables son los principios, bases de medición, acuerdos, reglas y prácticas específicos adoptados por la entidad en la elaboración y presentación de sus estados financieros.

La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito adopta dentro de la Política Contable, las siguientes:

1. Supervisión de los procesos contables.
2. Evaluaciones y supervisión de los aplicativos, accesos a la información y archivos utilizados en los procesos contables.
3. Presentación de informes de seguimiento.
4. Validaciones de calidad de la información, revisando que las transacciones u operaciones sean veraces y estén adecuadamente calculadas y valoradas aplicando principios de medición y reconocimiento.
5. Comparaciones, inventarios y análisis de los activos de la entidad, realizados a través de fuentes internas y externas.
6. Supervisión continua de los Sistemas de información.
7. Autorización apropiada de las transacciones por los Órganos de Dirección y de Administración.
8. Autorización y control de documentos con información financiera.
9. Autorizaciones y establecimiento de límites en las diferentes actividades del proceso contable.

**ARTÍCULO 101.- CONTROL INTERNO PARA LA GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA:** La entidad establece, desarrolla, documenta y comunica políticas de tecnología y define los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de las políticas adoptadas.

La tecnología es imprescindible para el cumplimiento de los objetivos y la prestación de servicios a los diferentes grupos de interés, en condiciones de seguridad, calidad y cumplimiento. Por lo tanto, se tiene que velar porque el diseño del SCI para la gestión de la tecnología responda a las políticas, necesidades y expectativas de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, así como a las exigencias normativas sobre la materia.

De otra parte, el sistema debe ser objeto de evaluación y de mejoramiento continuo con el propósito de contribuir al logro de los objetivos institucionales y a la prestación de los servicios en las condiciones de calidad.

La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito establece, desarrolla, documenta y comunica políticas de tecnología y define los recursos, procesos, procedimientos, metodologías y controles necesarios para asegurar su cumplimiento.

**ARTÍCULO 102.- AJUSTES A LAS POLÍTICAS DE TECNOLOGÍA:** Las políticas deben ser revisadas por lo menos una vez al año o al momento de presentarse



cambios significativos en el ambiente operacional o del proceso, para lo cual la Alta Dirección debe contar con estándares, directrices y procedimientos debidamente aprobados, orientados a cubrir los siguientes aspectos:

1. Administración de proyectos de sistemas.
2. Administración de la calidad.
3. Adquisición de tecnología.
4. Adquisición y mantenimiento de software de aplicación.
5. Instalación y acreditación de sistemas.
6. Administración de cambios.
7. Administración de servicios con terceros.
8. Administración, desempeño, capacidad y disponibilidad de la infraestructura tecnológica.
9. Continuidad del negocio o servicio.
10. Seguridad de los sistemas.
11. Capacitación y entrenamiento de usuarios.
12. Administración de los datos.
13. Administración de instalaciones.
14. Administración de operaciones de tecnología y documentación.

La Junta Directiva conoce y hace seguimiento a su desempeño, así como participa activamente en la definición de sus componentes, objetivos y ajustes, a lo largo del tiempo, mediante la determinación de las políticas, necesidades y expectativas de la institución.

**ARTÍCULO 103.- RESPONSABILIDADES DEL REPRESENTANTE LEGAL DENTRO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO:** En adición a las obligaciones especiales asignadas al Representante Legal en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, en materia de control interno el Representante Legal es la instancia responsable de:

1. Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva en relación con el SCI.
2. Comunicar las políticas y decisiones adoptadas por la Junta Directiva a todos y cada uno de los colaboradores dentro de la institución, quienes en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados deben procurar el cumplimiento de los objetivos trazados por la Junta Directiva, siempre sujetos a los lineamientos por ella establecidos.
3. Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SCI, en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
4. Implementar los diferentes informes, protocolos de comunicación, sistemas de información y demás determinaciones de la Junta Directiva relacionados con el SCI.



5. Fijar los lineamientos tendientes a crear la cultura organizacional de control, mediante la definición y puesta en práctica de las políticas y los controles suficientes, la divulgación de las normas éticas y de integridad dentro de la institución y la definición y aprobación de canales de comunicación, de tal forma que el personal de todos los niveles comprenda la importancia del control interno e identifique su responsabilidad frente al mismo.
6. Realizar revisiones periódicas al Código de Conducta y de Buen Gobierno.
7. Proporcionar a los órganos de control internos y externos, toda la información que requieran para el desarrollo de su labor.
8. Proporcionar los recursos que se requieran para el adecuado funcionamiento del SCI, de conformidad con lo autorizado por la Junta Directiva.
9. Certificar que los estados financieros y otros informes relevantes no contienen vicios, imprecisiones o errores que impidan conocer la verdadera situación patrimonial o las operaciones de la institución.
10. Establecer y mantener adecuados sistemas de revelación y control de la información de los resultados en salud y de la información financiera, para lo cual diseñará procedimientos de control y revelación para que la información sea presentada en forma adecuada.
11. Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (Líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten a quienes detecten eventuales irregularidades ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.
12. Verificar la operatividad de los controles establecidos al interior de la entidad.
13. Incluir en su informe de gestión un aparte independiente en el que se dé a conocer la evaluación sobre el desempeño del SCI en cada uno de sus elementos.

En general, el Representante Legal es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de control y revelación, verificar su operatividad al interior de la institución y su adecuado funcionamiento.

El Representante Legal deberá dejar constancia documental de sus actuaciones relacionadas con sus responsabilidades, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto.

Adicionalmente, mantiene a disposición del Jefe de Control Interno, Revisor Fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SCI, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.

**ARTÍCULO 104.- RESPONSABILIDADES DENTRO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO POR PARTE DE LA JUNTA DIRECTIVA:** En adición a las obligaciones especiales asignadas a este órgano, en las normas legales, estatutarias o en reglamentos vigentes de conformidad con la naturaleza jurídica de



la entidad, en materia de control interno, la Junta Directiva es la instancia responsable de:

- a) Participar en la planeación estratégica de la entidad, aprobarla y hacerle seguimiento, para determinar su ajuste, cuando se requiera;
- b) Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SCI, con fundamento en las recomendaciones de los Comités de la Junta Directiva cuando los haya;
- c) Establecer mecanismos de evaluación formal a la gestión de los administradores y sistemas de remuneración e indemnización atados al cumplimiento de objetivos a largo plazo y los niveles de riesgo;
- d) Definir claras líneas de responsabilidad y rendición de cuentas a través de la organización;
- e) Designar a los directivos de las áreas encargadas del SCI, salvo que el régimen legal aplicable a la respectiva entidad establezca una instancia diferente para el efecto;
- f) Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Auditor Interno y/o quien haga las veces hacer seguimiento a su cumplimiento;
- g) Conocer los informes relevantes respecto del SCI que sean presentados por los diferentes órganos de control o supervisión e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar;
- h) Solicitar y estudiar, con la debida anticipación, toda la información relevante que requiera para contar con la ilustración suficiente para adoptar responsablemente las decisiones que le corresponden y solicitar asesoría experta, cuando sea necesario;
- i) Requerir las aclaraciones y formular las objeciones que considere pertinentes respecto a los asuntos que se someten a su consideración;
- j) Aprobar los recursos suficientes para que el SCI cumpla sus objetivos;
- k) Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias directamente o a través de informes periódicos que le presenten los Comités de la Junta Directiva, sobre la gestión de estos aspectos en la entidad y las medidas más relevantes adoptadas para su control, por lo menos cada seis (6) meses, o con una frecuencia mayor si así resulta procedente;
- l) Evaluar las recomendaciones relevantes que formulen los Comités de Junta Directiva cuando los haya, y de los otros órganos de control internos y externos; adoptar las medidas pertinentes y hacer seguimiento a su cumplimiento;
- m) Evaluar los estados financieros, con sus notas, antes de que sean presentados al Máximo Órgano Social, teniendo en cuenta los informes y las recomendaciones que le presente el Comité de control interno.

Todas las decisiones y actuaciones que se producen en desarrollo de las atribuciones antes mencionadas constan por escrito en el acta de la reunión respectiva y están debidamente motivadas. La Junta Directiva u órgano equivalente determina la información que debe ser divulgada a los diferentes niveles de la organización, de acuerdo con lo que considera pertinente.



## CAPÍTULO XIII

### PROTECCION DERECHOS DE AUTOR

#### **ARTÍCULO 105.- PRÁCTICAS INSTITUCIONALES RELACIONADAS CON LA PROPIEDAD INTELECTUAL Y LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO:**

La gestión del conocimiento, la investigación e innovación son algunos de los grandes propósitos de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, por lo que se hace necesario establecer prácticas éticas y de buen gobierno que guíen la conducta de cada una de las personas que, desde el grupo de interés al que pertenecen, llevan a cabo labores de docencia, investigación y/o producción intelectual:

1. Establecer una política operativa y/o un reglamento de propiedad intelectual que determine claramente las directrices institucionales relativas a la gestión del conocimiento, las actividades de innovación y la producción académica, científica y tecnológica, esta política y/o reglamento debe responder a las dinámicas propias de la institución en materia de propiedad intelectual.
2. Promover la producción intelectual, científica y académica de los colaboradores de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito se da en razón del vínculo que estos tienen con la institución y en estricta concordancia con las necesidades, lineamientos y/o relaciones contractuales de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.
3. Respetar los derechos de autor de otras personas por lo que en su quehacer científico y/o académico se abstienen de incurrir en conductas que puedan configurar delitos contra la propiedad intelectual y los derechos de autor.
4. Garantizar la protección de toda obra o invención que constituya propiedad intelectual de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito la cual se entenderá como parte de su patrimonio acorde con las normas legales e institucionales que regulen la materia.
5. Proteger los símbolos, logos y cualquier otro elemento que forme parte de la imagen corporativa de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito para el uso exclusivo de la institución, ningún colaborador, salvo autorización expresa de la dependencia o persona con competencia, podrá usarlo en nombre propio o para la satisfacción de fines personales o de terceros.
6. Garantizar con el apoyo del proceso de contratación – asesoría jurídica, la inclusión de cláusulas relativas a la propiedad Intelectual.
7. La titularidad de los derechos de autor y la distribución de los rendimientos que resulten de la producción intelectual.
8. Garantizar a través del proceso de contratación – asesoría jurídica todas las relaciones que se establezcan con otras personas naturales o jurídicas para la gestión del conocimiento como investigación, innovación, producción



- académica, tecnológica o científica, entre otras, garantiza la protección de la propiedad intelectual de la que es titular.
9. Desarrollar estrategias orientadas a la investigación, creación e innovación protección de esta inversión y a la maximización de los resultados que de ella se deriven.
  10. Respetar y proteger la propiedad intelectual de la institución, así mismo observar todas las disposiciones institucionales y legales orientadas a regular la materia, so pena de las sanciones que previamente se encuentren establecidas.
  11. Actuar bajo la comprensión de que la propiedad intelectual es una herramienta fundamental para el crecimiento institucional y su posicionamiento en el mercado pues es uno de los medios disponibles para alcanzar niveles de reconocimiento y referenciación propuestos desde la plataforma estratégica institucional.
  12. Estipular con claridad lo concerniente a la titularidad de la propiedad intelectual sobre los productos que resulten de la ejecución de proyectos de investigación en los que participe la institución. Estas estipulaciones particulares deberán ser coherentes con los lineamientos generales de la institución y la normatividad legal vigente.
  13. Reconocer los derechos morales de las personas que participan en las actividades de investigación, innovación y creación en nombre de la institución, tal reconocimiento se hará conforme a los lineamientos institucionales relativos a la propiedad intelectual y la normatividad legal vigente. Así mismo, las personas naturales y/o jurídicas con las cuales se establecen relaciones comerciales y académicas reconocen y respetan los derechos de propiedad intelectual de los que es titular la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.
  14. Promover en los colaboradores la investigación, la creación, la innovación y en general la gestión del conocimiento como elemento fundamental de su desarrollo profesional, a cambio, los colaboradores participan activamente de las diferentes actividades propuestas en la institución y respetan las directrices relativas a la propiedad intelectual.
  15. Promover las actividades de investigación, creación e innovación que se desarrollan en nombre de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito y con sus recursos deberán dar cuenta de su naturaleza como Institución Prestadora de Servicios de Salud.
  16. Propiciar la participación en redes de investigación nacional o internacional previa evaluación de la pertinencia, utilidad y viabilidad, La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito para lo cual establecerá mecanismos eficientes para la divulgación de los resultados y productos de las actividades de investigación, creación e innovación.
  17. Promover la propiedad de productos que puedan ser patentados y que estén relacionados con el área de la medicina y las demás ciencias de la salud.
  18. Promover con oportunidad y diligencia, los correspondientes registros de propiedad intelectual sobre las producciones y bienes objeto de protección



- que le pertenezcan. Para esta tarea se contará con el acompañamiento del proceso de contratación – asesoría jurídica- de la institución.
19. Denunciar y condenar las conductas que atenten contra la propiedad intelectual o que transgredan los lineamientos institucionales relativos a la propiedad intelectual y la normatividad legal vigente.
  20. Informar cualquier acontecimiento presuntamente violatorio de los lineamientos institucionales relativos a la propiedad intelectual y la normatividad legal vigente.
  21. Hacer extensivo lo consignado en el presente artículo a todos los colaboradores, miembros de los demás grupos de interés, cuando estos participen directa o indirectamente de actividades de investigación o académicas con la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito o cuando por cualquier razón tengan acceso a los resultados de las actividades de gestión del conocimiento en las que participa la institución.

## CAPÍTULO XIV

### GRUPOS DE INTERÉS

**ARTÍCULO 106.- GRUPOS DE INTERÉS:** Son personas, instituciones u organizaciones que interactúan y que pueden influir en las decisiones de la empresa o verse afectadas de forma positiva o negativa

**ARTÍCULO 107.- FRENTE AL PÚBLICO:** La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito interactúa de las siguientes formas.

1.- En las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, se dará información sobre la gestión integral adelantada por La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, el manejo presupuestal, financiero y administrativo; los planes, programas y proyectos; los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas y las acciones correctivas tomadas para el ejercicio del proceso veedor, entre otros.

2.- La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito identifica en la página web institucional a la persona que dirige el Sistema de Control Interno. Identifica así mismo las entidades o personas que han ejercido la revisoría fiscal en el presente y en el pasado con sus respectivas fechas. Incluye datos relevantes sobre las calificaciones e idoneidad de quienes ejercen la auditoría o quien haga las veces y la revisoría fiscal.

3.- En lo relacionado con los reportes a las autoridades, se identifican los responsables de generar los datos incluidos en reportes como Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Cuenta de Alto Costo, Estadísticas Vitales y los relacionados con la Superintendencia Nacional de Salud, así como de

70



establecer y aplicar los controles para garantizar su integridad y oportunidad. Esto sin perjuicio de la responsabilidad que al respecto recae sobre la Junta Directiva y la Alta Dirección.

4.- La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito cuenta con una página web institucional que contiene información relevante -preservando el habeas data-, útil para cada una de las partes interesadas

5.- En La página web institucional en el ícono Transparencia y Acceso a la Información Pública, cuenta con una sección sobre: **MECANISMOS DE CONTACTO**. Atención al Ciudadano. Localización física, horarios y días de atención al público. Correo electrónico para notificaciones judiciales. Política de Seguridad de la Información. Datos abiertos.

Estudios, investigaciones y otras publicaciones. Convocatorias. Preguntas y respuestas frecuentes. Glosario. Noticias. Eventos. Información para niñas, niños y adolescentes. Información adición. La página web cuenta con una sección que se accede a través del ícono de Transparencia y Acceso a la Información denominada "**ESTRUCTURA ORGANICA Y TALENTO HUMANO**" donde se consulta: Manual de Funciones y Competencias. Procesos y procedimientos. Manuales Internos. Organigrama. Directorio de información de servidores públicos y contratistas Dirección servidores Públicos SIGEP. Directorio de entidades. Directorio de agremiaciones, asociaciones y otros grupos de interés. Ofertas de empleo. Docencia Servicio (Decreto 2376 de 2010)

6.- La entidad identifica en su página web a los miembros de la Junta Directiva y la Alta Dirección, incluyendo los principales datos de sus hojas de vida, sus fechas de nombramiento, formación académica, entre otros, Así mismo se definen los órganos de control y vigilancia.

7.- La página web cuenta con una sección donde se muestra información de los usuarios, perfil demográfico y distribución geográfica.

8.- La página web institucional incluye información sobre las actividades y resultados en salud. Tiene datos relevantes sobre: servicios habilitados y en operación, volumen de procedimientos y actividades en salud realizados, Información sobre la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de proceso, así como de resultados en salud, Información sobre el recurso humano de la institución, actividades de promoción y prevención de la salud, las tarifas mínimas y máximas por tipo de pagador, presentando las principales estadísticas descriptivas en cada uno.

9.- La página web institucional incluye información financiera y administrativa (de resultados, de operaciones), informes financieros, de gestión, información a entes supervisores y noticias significativas. Adicionalmente, incluye los resultados financieros de manera mensual y trimestral presentados de manera consistente con los reportes de la entidad a la Superintendencia Nacional de Salud.

10.- La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito prepara anualmente un Informe de Gobierno Organizacional, de cuyo contenido es responsable la Alta Dirección, previo informe favorable del Comité de auditoría Interna, que se presenta junto con el resto de documentos de cierre de ejercicio.



**ARTÍCULO 108.- FRENTE A LAS AUTORIDADES LOCALES:** La Junta Directiva de La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito designa al Representante Legal como interlocutor, para atender las relaciones con el (los) Secretario (s) de Salud sobre:

1. Coordinación de actividades de salud pública.
2. Acceso de los usuarios a los servicios de salud y calidad de los mismos.
3. Sistema de atención al usuario.
4. Procedimientos para que estos representantes de las autoridades locales puedan establecer comunicación con la Junta Directiva como segunda instancia de dicho interlocutor.

**ARTÍCULO 109.- FRENTE A LA COMUNIDAD CIENTÍFICA Y MÉDICA:** La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito realiza anualmente una convocatoria dirigida a expertos en medicina, salud pública y epidemiología con miras a realizar una rendición de cuentas académica.

En esta reunión:

1. Se presenta en detalle los indicadores más relevantes de sus sistemas de administración de riesgo en salud, así como las mediciones a evaluaciones del impacto de sus programas de salud.
2. Asisten los miembros de la Junta Directiva. El Presidente de la Junta Directiva, o su Delegado, presidirá la reunión.

**ARTÍCULO 110.- FRENTE A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD:** La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito aportará oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud la información detallada para que ésta pueda supervisar la integridad y rigor de las metodologías de gestión del riesgo en salud y financiero, el sistema de atención al usuario y el SCI. Asimismo, cumplirá a cabalidad con todas las instrucciones emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

**ARTÍCULO 111.- FRENTE A LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL MÉDICO:** La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito define mediante un documento, aprobado por calidad y adoptado por resolución gerencial, en el cual se especifican los criterios que aplica y perfiles que tiene en cuenta para seleccionar y vincular el cuerpo médico. El documento considera las diferentes especialidades y tiene previsiones claras para abrir nuevos procesos de selección y vinculación teniendo como criterio principal la necesidad del servicio.

**ARTÍCULO 112.- FRENTE A LOS PROVEEDORES:** La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito tiene definidos los criterios y procedimientos, así como las áreas responsables para la adquisición de bienes y servicios necesarios, las categorías de bienes y servicios y las cuantías que la entidad define, se garantiza la pluralidad de oferentes y se realiza la comparación de ofertas con criterios predefinidos.



**ARTÍCULO 113.- FRENTE A FRENTE A LAS AUTORIDADES:** La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito tiene definido el procedimiento para que la institución y la revisoría fiscal hagan una evaluación independiente y se pronuncien sobre la calidad de los datos en salud que la entidad reporta a las diferentes autoridades (incluyendo entre otros RIPS, SIVIGILA, Cuenta de Alto Costo y Estadísticas Vitales), y al público general.

## CAPÍTULO XV

### MECANISMOS DE DIFUSIÓN DEL CODIGO DE ETICA

**ARTÍCULO 114.- DIFUSIÓN:** Mecanismos de difusión y socialización del Código de Ética y Buen Gobierno, El hospital adopta los siguientes mecanismos de carácter permanente y continuo para la difusión del presente documento

**ARTÍCULO 115.-CON SERVIDORES Y COLABORADORES:** las jornadas de inducción, reinducción, reuniones de personal, reuniones de líderes, las visitas de calidad a los servicios y las estrategias lúdicas de aprendizaje serán claves para el despliegue en este grupo de personas.

**ARTÍCULO 116.- CON PROVEEDORES Y CONTRATISTAS:** todo contacto con proveedores y contratistas será una oportunidad para desplegar y practicar los principios éticos y de buen gobierno del hospital. A través de cada convocatoria realizada se hará énfasis en estos principios que reglan el comportamiento del hospital.

**ARTÍCULO 117.- A TRAVÉS DE MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN:** la página web, la intranet, la emisora comunitaria, la voz a voz, las redes sociales y toda publicidad o medio que utilice el hospital serán espacios en donde se despliegue le código de ética y buen gobierno.

**ARTÍCULO 118.- A TRAVÉS DE ESPACIOS COMUNITARIOS:** grupos de alianza de usuarios, capacitaciones con los diferentes grupos organizados que tiene la institución, rendiciones de cuentas y demás actividades que sean necesarias realzar

## CAPÍTULO XVI

### RENDICIÓN DE CUENTAS Y DE INFORMACION

**ARTÍCULO 119.- RENDICIÓN DE CUENTAS:** En las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, se dará información sobre la gestión integral adelantada por la entidad prestadora de servicios de salud, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones

73



concertadas con las asociaciones respectivas y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor.

**ARTÍCULO 120.- FRENTE A LAS AUTORIDADES LOCALES:** La Junta Directiva de la entidad designa un interlocutor, miembro de la Alta Gerencia, para atender las relaciones con el(los) Secretario(s) de Salud sobre:

- a) Coordinación de actividades de salud pública;
- b) Acceso de los usuarios a los servicios de salud y calidad de los mismos;
- c) Sistema de atención al usuario.
- d) Procedimientos para que estos representantes de las autoridades locales puedan establecer comunicación con la Junta Directiva como segunda instancia de dicho interlocutor.

Esta medida aplica únicamente para las Instituciones Prestadoras de Salud.

**ARTÍCULO 121.- FRENTE A LA COMUNIDAD CIENTÍFICA Y MÉDICA:** La entidad realiza anualmente una convocatoria dirigida a expertos en medicina, salud pública y epidemiología con miras a realizar una rendición de cuentas académica. En esta reunión:

- a) Se presenta en detalle los indicadores más relevantes de sus sistemas de administración de riesgo en salud, así como las mediciones o evaluaciones del impacto de sus programas de salud;
- b) Asisten los Directores de la Junta Directiva. El Presidente de la Junta Directiva presidirá la reunión.

**ARTICULO 122.- FRENTE A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD:** La entidad aporta oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud la información detallada para que ésta pueda supervisar la integridad y rigor de las metodologías de gestión del riesgo en salud y financiero, el sistema de atención al usuario y el SCI. Asimismo, la entidad cumple a cabalidad con todas las instrucciones emitidas por esta Superintendencia.

**ARTICULO 123.- TRANSPARENCIA EN LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL MÉDICO:** La entidad tiene un documento, aprobado por resolución de la Junta Directiva, que especifica los criterios que aplica y perfiles que tiene en cuenta para seleccionar y vincular el cuerpo médico. El documento considera las diferentes especialidades y tiene previsiones claras para abrir nuevos procesos de selección y vinculación teniendo como criterio principal la necesidad del servicio.

**ARTICULO 124.- TRANSPARENCIA EN LA POLÍTICA DE COMPRAS:** La entidad tiene una política de compras, aprobada por la Junta Directiva, que incluye los criterios y procedimientos, así como las áreas responsables para la adquisición de bienes y servicios necesarios para la operación y sus respectivas atribuciones. Para las categorías de bienes y servicios y las cuantías que la entidad define, hay pluralidad de oferentes y comparación de ofertas con criterios predefinidos.



## **ARTICULO 125.- POLÍTICA GENERAL DE REVELACIÓN DE INFORMACIÓN:**

La Junta Directiva aprueba una política de revelación de información, en la que se identifica, como mínimo, lo siguiente:

- a) Identificación del departamento o unidad responsable al interior de la entidad de desarrollar la política de revelación de información;
- b) La información que se debe revelar;
- c) La forma como se debe revelar esa información;
- d) A quién se debe revelar la información, discriminando a miembros del Máximo Órgano Social, los usuarios o pacientes, las autoridades, los pagadores y el público general, entre otros grupos de interés (stakeholders);
- e) En lo relacionado con los reportes a las autoridades, se identifican los responsables de generar los datos incluidos en reportes como Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), Cuenta de Alto Costo, Estadísticas Vitales y los relacionados con la Superintendencia Nacional de Salud, así como de establecer y aplicar los controles para garantizar su integridad y oportunidad. Esto sin perjuicio de la responsabilidad que al respecto recae sobre la Junta Directiva y la Alta Gerencia;
- f) Mecanismos para asegurar la máxima calidad y representatividad de la información revelada;
- g) Procedimiento para la calificación de la información como reservada o confidencial y para el manejo de esta información frente a las exigencias de revelación de la normativa vigente.

**ARTICULO 126.- FRENTE A LAS AUTORIDADES:** La entidad establece procedimientos para que la auditoria interna y la revisoría fiscal hagan una evaluación independiente y se pronuncien sobre la calidad de los datos en salud que la entidad reporta a las diferentes autoridades (incluyendo entre otros RIPS, SIVIGILA, Cuenta de Alto Costo y Estadísticas Vitales), y al público general.

**ARTICULO 127.- FRENTE AL PÚBLICO EN GENERAL:** La entidad cuenta con una página web que contiene información relevante de su institución -preservando el habeas data-, útil para cada una de las partes interesadas, que incluye al menos estos vínculos o enlaces.

**ARTÍCULO 128.- INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD:** La página web cuenta con una sección “acerca de la entidad” que incluye: historia, principales datos, visión y valores, modelo de organización, modelo de gobierno y en el caso de Grupos Empresariales las relaciones entre matriz y subordinadas, entre otros temas.

**ARTÍCULO 129.- INFORMACIÓN SOBRE LA ADMINISTRACIÓN:** La entidad identifica en su página web a los Directores de la Junta Directiva y a los miembros de la Alta Gerencia. En ambos casos se incluyen los principales datos de sus hojas de vida, sus fechas de nombramiento y se indica si pertenecen o han pertenecido a otras Juntas Directivas.



**ARTICULO 130.- INFORMACIÓN SOBRE LOS ÓRGANOS DE CONTROL:** La Institución identifica en su página web la entidad o la persona que dirige el Sistema de Control Interno. Identifica así mismo las entidades o personas que han ejercido la revisoría fiscal en el presente y en el pasado con sus respectivas fechas. Incluye datos relevantes sobre las calificaciones e idoneidad de quienes ejercen la contraloría interna y la revisoría fiscal. En el caso de las cooperativas y mutuales los órganos de control incluyen las juntas de vigilancia.

**ARTÍCULO 131.- INFORMACIÓN SOBRE LOS USUARIOS:** Estadísticas sobre su número, perfil demográfico y distribución geográfica.

**ARTÍCULO 132.- INFORMACIÓN SOBRE SALUD:** La página web de la entidad incluye información sobre las actividades y resultados en salud. Tiene, al menos, datos relevantes sobre:

- a) Servicios habilitados y en operación;
- b) Volumen de procedimientos y actividades en salud realizados;
- c) Información sobre la calidad de los servicios, incluyendo indicadores de proceso, así como de resultados en salud;
- d) Información sobre el recurso humano de la institución;
- e) Actividades de promoción y prevención de la salud;
- f) Las tarifas mínimas y máximas por tipo de pagador, presentando las principales estadísticas descriptivas en cada uno.

**ARTÍCULO 133.- INFORMACIÓN FINANCIERA:** La página web de la entidad incluye información financiera y administrativa. Puede incluir presentaciones (de resultados, de operaciones), informes financieros, de gestión, información a entes supervisores y noticias significativas. Adicionalmente, incluye al menos los resultados financieros trimestrales, presentados de manera consistente con los reportes de la entidad a la Superintendencia Nacional de Salud.

## CAPÍTULO XVII

### DISPOSICIONES FINALES

**ARTÍCULO 134.- SEGUIMIENTO Y CONTROL A LOS COMPROMISOS ÉTICOS, DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO:** La Junta Directiva velará por el cumplimiento del Código de Conducta y Buen Gobierno incluyendo en el orden del día de Junta, mínimo una vez al año, la presentación, por parte de la Alta Dirección, de un informe de seguimiento y control; informe preparado a su vez por el Comité de Conducta.

La ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito realizará el seguimiento al Código de Conducta y Buen Gobierno aplicando mecanismos diversos, tales como



encuestas semestrales a usuarios, colaboradores, clientes y proveedores para calificar el grado de cumplimiento observado del Código de Conducta y Buen Gobierno que aplica la institución.

En los casos sometidos a consideración del Comité de Conducta, el profesional o colaborador que sometió el caso deberá diligenciar y firmar el formato definido. Los resultados de la evaluación serán presentados semestralmente a la Junta Directiva y servirán para hacer los análisis internos y externos que permitan mejorar el apoyo brindado por el Comité.

**ARTÍCULO 135.- SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL:** En el sistema de información que maneja la institución, se hará seguimiento semestral a los siguientes indicadores:

- a. Porcentaje de denuncias recibidas en el Área de Atención del Usuario por violación de alguno de los derechos de los usuarios.
- b. Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones realizadas por el Comité de Ética Hospitalaria frente a los casos presentados
- c. Número de demandas recibidas por la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito que tienen su origen en una mala praxis de su personal médico y paramédico.
- d. Porcentaje de profesionales médicos sancionados judicialmente por mala praxis.
- e. Porcentaje de profesionales no médicos y de otros oficios de salud sancionados judicialmente por mala praxis.
- f. Porcentaje de procesos disciplinarios originados

En el campo de su competencia y conforme delegación de la Junta Directiva, como máximo órgano de dirección, los Comités de Junta Directiva (Comité de auditoría Interna, Comité de Riesgos, y Comité de Conducta), realizarán el monitoreo, seguimiento y verificación a los compromisos éticos, de conducta y de buen gobierno, aquí descritos.

## CAPÍTULO XVIII

### GLOSARIO DE TERMINOS

Para efectos de la comprensión de los diferentes aspectos que consagra el presente Código de conducta y buen gobierno para la Empresa, se establecen los siguientes significados de las palabras y expresiones empleadas en el texto:

**Administrar:** Gobernar, ejercer la autoridad o el mando sobre un territorio y sobre las personas que lo habitan. Dirigir una institución. Ordenar, disponer, organizar, en especial la hacienda o los bienes.



**Alta Dirección o Gerencia:** Personas del más alto nivel jerárquico en el área administrativa (Denominados administradores) u organizacional de la entidad. La Junta Directiva la hace responsable del giro ordinario del negocio de la entidad y la encarga de idear, ejecutar y contralar los objetivos y estrategias de la misma.

**Asociación de usuarios:** representa a los usuarios que utilizan los servicios del hospital para que se les garantice un servicio de buena calidad, oportuno y trato digno, de lo contrario se recibirán sus reclamos, sugerencias e inquietudes.

**Autocontrol :** En el marco del sistema de control interno, se entiende por autocontrol la capacidad que deben desarrollar todos y cada uno de los servidores públicos de la organización, independientemente de su nivel jerárquico, para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.

**Código:** Es la recopilación de distintas leyes, decretos, resoluciones, guías, manuales, protocolos, etc., que se realiza de una manera sistemática definiendo standard de conducta y procedimiento, tanto para los auditores como para los auditados. Es un instrumento fundamental, no sólo para la auditoría, sino para la vida. Como escribió L. Ronald Hubbard, "El Código del Auditor expone el patrón de conducta de supervivencia del hombre"

**Código de Buen Gobierno:** También denominado Código de Gobierno Corporativo, se define como el documento que compila los compromisos éticos de la Alta Dirección respecto a la gestión, íntegra, eficiente y transparente en su labor de dirección y/o gobierno, que, a manera de disposiciones voluntarias de autorregulación, son promulgadas ante los diversos públicos y grupos de interés, con el fin de generar confianza en los clientes externos como internos.

**Código de Ética:** También denominado Código de Conducta o de Integridad. Es el documento que compendia las disposiciones referentes para gestionar la ética en el día a día de la entidad. Está conformado por los principios, valores y directrices que en coherencia con el Código del Buen Gobierno, todo empleado de la entidad debe observar en el ejercicio de sus funciones.

**Comité de Ética:** instancia organizacional encargada de promover y liderar el proceso de implantación de la gestión ética para la Empresa, encauzado hacia la consolidación del ejercicio de la función pública en términos de eficacia, transparencia, integridad y servicio a la ciudadanía, por parte de todos los servidores públicos de la E.S.E, además de ejercer la veeduría sobre el cumplimiento del Código de Buena gestión y el facultado en el tema de la prevención y manejo de los conflictos de interés dentro de la Institución.



**Conflicto de Interés:** situación en virtud de la cual una persona, en razón de su actividad, se encuentra en una posición en donde podría aprovechar para sí o para un tercero las decisiones que tome frente a distintas alternativas de conducta.

**Control:** Cualquier medida que tome la dirección y otras partes para gestionar los riesgos y aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos y metas establecidos. La dirección planifica, organiza y dirige la realización de las acciones suficientes para proporcionar una seguridad razonable de que se alcanzarán los objetivos y metas.

**Cultura organizacional:** Se entiende por cultura organizacional un conjunto de valores, tradiciones, creencias, hábitos, normas, actitudes y conductas que dan identidad, personalidad y destino a una organización para el logro de sus fines económicos y sociales.

**Efectividad:** Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

**Eficacia:** Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

**Eficiencia:** Capacidad de producir el máximo de resultado con el mínimo de recursos, energía y tiempo.

**Empresas administradoras de planes de beneficio:** Empresas con las que se tiene negociaciones directas, para obtener rentabilidad económica y recursos propios, sin dejar de lado los principios éticos y de transparencia. • Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS): se mantienen relaciones de respeto y colaboración para agilizar la atención en red, logrando oportunidad en la referencia y contrarreferencia de los pacientes que requieren diferentes servicios fuera de la E.S.E.

**Ética Pública:** Son las pautas que orientan la gestión de aquellas personas que desempeñan una función pública. Se refiere a la disposición interna de quienes dispensan servicios públicos para cumplir cabalmente con los postulados y mandatos de la Constitución y la Ley acerca de cómo debe ejercitarse dicha función en términos de eficiencia, integridad, transparencia y orientación hacia el bien común.

**Evaluación:** Valorar el avance y los resultados de un proceso a partir de evidencias.

**Evidencia:** Certeza clara y manifiesta que resulta innegable y de la que no se puede dudar.



**Funcionarios:** Son todas las personas que trabajan en la E.S.E. y tienen la responsabilidad de cumplir una labor de apoyo asistencial o administrativo.

**Gestión:** Actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una entidad.

**Gestión de Riesgos:** Proceso para identificar, evaluar, manejar y controlar acontecimientos o situaciones potenciales, con el fin de proporcionar un aseguramiento razonable respecto al alcance de los objetivos de la organización.

**Gerente:** Es el Representante Legal de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito que responde ante la Junta Directiva, es el máximo responsable del giro ordinario de la entidad.

**Gestionar:** Hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o un objetivo.

**Gobernabilidad:** conjunto de condiciones que hacen factible a un gobernante o director el ejercicio real del poder que formalmente se le ha entregado para el cumplimiento de los objetivos y fines bajo la responsabilidad de su cargo. Esta capacidad de conducir al colectivo se origina en el grado de legitimación que los diversos grupos de interés conceden a la dirigencia, y se juega en el reconocimiento de: a). Su competencia e idoneidad para administrar la entidad en el logro de los objetivos estratégicos –eficiencia-; b). El cumplimiento de principios y valores éticos y la priorización del interés general sobre el particular –integridad-; y c). La comunicación para hacer visibles la forma como se administra y los resultados obtenidos –transparencia.

**Grupos de interés:** Todas aquellas personas que, por su vinculación con la institución, tienen interés en esta, a saber: el paciente y su familia, miembros de la junta directiva, empleados, proveedores de bienes y servicios, clientes, el público en general, autoridades económicas y tributarias, autoridades de regulación, inspección, vigilancia y control, y otros actores identificados como grupos de interés por la entidad, si los Llegase a tener.

**Hallazgo:** Cualquier situación relevante que se determine mediante procedimientos de Auditoría, sobre áreas o procesos críticos objeto de examen, que será de utilidad para emitir un juicio de valor.

**Hallazgo material:** Un hecho económico es material cuando, debido a su naturaleza o cuantía, su conocimiento o desconocimiento, teniendo en cuenta las circunstancias de su entorno, puede alterar significativamente las decisiones económicas de los usuarios de la información. Al preparar estados financieros, la materialidad se debe determinar en relación con el activo total, el pasivo total, el pasivo corriente, el capital de trabajo, el patrimonio a los resultados del ejercicio, según corresponda.



**Independiente:** Se entiende por independiente, aquella persona que en ningún caso sea:

- Empleado o directivo de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito incluyendo aquellas personas que hubieren tenido tal calidad durante el año inmediatamente anterior a la designación, salvo que se trate de la reelección de una persona independiente.
- Miembros de la junta Directiva que directamente o en virtud de convenio dirijan, orienten o controlen la mayoría de los derechos de voto de la entidad o que determinen la composición mayoritaria de los órganos de administración, de dirección o de control de la misma.
- Socio o empleado de asociaciones o sociedades que presten servicios de asesoría o consultoría a la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, cuando los ingresos por dicho concepto representen para aquellos, el veinte por ciento (20%) o más de sus ingresos operacionales.
- Empleado o directivo de una fundación, asociación o sociedad que reciba donativos importantes de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito. Se consideran donativos importantes aquellos que representen más del veinte por ciento (20%) del total de donativos recibidos por la respectiva institución.
- Administrador de una entidad en cuya Junta Directiva participe un Representante Legal (Principal o Suplente) de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.
- Persona natural que reciba directamente de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito alguna remuneración diferente a los honorarios como miembro de la Junta Directiva o de cualquier comité creado por la Junta Directiva.

**Instituciones educativas-universitarias:** las relaciones académicas se aprecian por el intercambio de conocimiento entre los profesores y practicantes que nos visitan para el manejo de las diferentes enfermedades. El recibir a las diferentes enfermeras y médicos que realizan el año rural para guiarlos en su vocación de servicio.

**Junta Directiva:** Máximo nivel de dirección de una empresa, reunión colectiva, que puede darse de manera ordinaria o extraordinaria, según lo establecen los estatutos de la institución.

**Misión:** definición del quehacer de la entidad. Está determinado en las normas que la regulan y se ajusta de acuerdo a las características de cada ente público.

**Modelo Estándar de Control Interno – MECI:** modelo establecido por el Estado para sus entidades mediante el Decreto No. 1599 de 2005. Proporciona una estructura para el control a la estrategia, a la gestión y a la evaluación, con el propósito de mejorar el desempeño institucional mediante el fortalecimiento del control y de los procesos de evaluación que deben llevar a cabo las Oficinas de



Control Interno, Unidades de Auditoría Interna o quien haga sus veces. Políticas: directrices u orientaciones por las cuales la alta dirección define el marco de Actuación con el cual se orientará la actividad pública en un campo específico de su gestión, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y sus propósitos.

**Objetividad:** Utilización de un método que permita observar los hechos de la entidad y la gestión de los servidores, de tal forma que los hallazgos y conclusiones estén soportados en evidencias.

**Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

**Paciente o usuario:** Es toda persona natural a la que la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito le presta un servicio de salud.

**Plan de Mejoramiento:** Se definen las actividades a realizar para bloquear las no conformidades, se establecen fechas de seguimiento y verificación por parte del Coordinador o líder del proceso y la posible fecha de verificación del Auditor

**Pericia:** Es la habilidad, sabiduría y experiencia que tiene una persona en una determinada materia.

**Políticas:** directrices u orientaciones por las cuales la alta dirección define el marco de Actuación con el cual se orientará la actividad pública en un campo específico de su gestión, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y sus propósitos.

**Principio:** Causa fundamental o verdad universal; lo inherente a cualquier cosa. La explicación última del ser de algo. La fuente primaria de todo ser, de toda la actualidad y de todo conocimiento

**Principios Éticos:** creencias básicas sobre la forma correcta como debemos relacionarnos con los otros y con el mundo, desde las cuales se erige el sistema de valores éticos al cual la persona o el grupo se adscriben. Rendición de Cuentas: deber legal y ético de todo funcionario o persona de responder e informar por la administración, el manejo y los rendimientos de fondos, bienes y/o recursos públicos asignados, y los respectivos resultados, en el cumplimiento del mandato que le ha sido conferido. De esta manera se constituye en un recurso de transparencia y responsabilidad para generar confianza y luchar contra la corrupción.



**Propuesta de Acuerdo:** Texto preparado para ser sometido a consideración, estudio y aprobación por parte de la Junta Directiva. La Propuesta de Acuerdo describe literalmente la cuestión que la Junta Directiva somete a la votación de los miembros y puede incluir una sugerencia de alguno de los miembros.

**Protocolo:** Es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio

**Proveedores y Contratistas:** quienes prestan un servicio a la E.S.E. a través de sus ofertas de insumos, bienes o información. Contratación que se establece dentro de todas las normas y leyes vigentes.

**Proyecto de Acuerdo:** Texto preparado para ser sometido a consideración, estudio y aprobación por parte de la Junta Directiva. La Propuesta de Acuerdo describe literalmente la cuestión que la Junta Directiva somete a la votación de los miembros y puede incluir una sugerencia de alguno de los miembros.

**Riesgos:** posibilidad de ocurrencia de eventos tanto internos como externos, que pueden afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales de una entidad pública, entorpeciendo el desarrollo normal de sus funciones.

**Sistema de Control interno (SCI):** Conjunto de principios, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por la Junta Directiva, la Alta Dirección y demás funcionarios de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos: **(i)** La efectividad, la seguridad y la eficiencia de las operaciones, **(ii)** La confiabilidad y la transparencia de la información de salud y financiera, **(iii)** El cumplimiento de las leyes y normas que sean aplicables a la entidad, **(iv)** El salvaguardar los recursos de la entidad, y, **(v)** El seguimiento y verificación de la relacionado con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad.

**Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad:** Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país establecido por el Decreto 1011 de 2006.

**Sistema de evaluación y control o Arquitectura de Control:** Concepto integral que agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control, gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Permite a la entidad contar con una estructura, unas políticas y unos procedimientos ejercidos por toda la organización (desde la Junta Directiva y la Alta Dirección, hasta los



propios empleados), los cuales pueden proveer una seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la institución.

**Transparencia:** principio que subordina la gestión de las instituciones a las reglas que se han convenido y que expone la misma a la observación directa de los grupos de interés; implica, así mismo, el deber de rendir cuentas de la gestión encomendada.

**Valores:** Formas de ser y actuar de las personas que son altamente deseables como atributos o cualidades nuestras y de los demás, por cuanto posibilitan la construcción de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana.

**Valor Ético:** forma de ser y de actuar de las personas que son altamente deseables como atributos o cualidades propias y de los demás, por cuanto posibilitan la construcción de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana. Los valores éticos se refieren a formas de ser o de actuar para llevar a la práctica los principios éticos.

**Visión:** establece el deber ser de la entidad pública en un horizonte de tiempo, desarrolla la misión del ente e incluye el plan de gobierno de su dirigente, que luego se traduce en el plan de desarrollo de la entidad.

**Usuarios:** son los pacientes y sus familias para quien va dirigido todo el esfuerzo de los servidores y colaboradores para satisfacer sus necesidades y expectativas.

**ARTÍCULO 136.- AUTORIZACIÓN:** Se autoriza a la Gerencia de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito para que reglamente, complemente, aquellos compromisos establecidos (Comités, plan de acción, indicadores, formatos de seguimiento y control y lo relacionado con el Programa de Transparencia y Ética Empresarial-PTEE) en el presente documento a fin de garantizar su operatividad acorde a las normas vigentes.

**ARTÍCULO 137.-VIGENCIA Y DEROGATORIA:** El presente acuerdo entrará a regir a partir de su expedición y publicación, y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias en especial El Acuerdo 005 del 27 de agosto de 2019 expedido por la Junta Directiva mediante el cual se aprobó el Código de Conducta y Buen Gobierno.

En Pitalito a los veintiocho (28) días del mes de Agosto de 2023

  
**DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ**  
Gerente



Proyectó:

ANA LUZ RUJILLO MUÑOZ TRUJILLO  
Sugerente administrativa y Financiera

Revisó:

JUAN MANUEL CARRILLO TORRES  
Asesor Jurídico

Revisó:

CESAR AUGUSTO SALAMANCA BERNAL  
Proceso Planeación Operativa - SIAPSA

