

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE 2026 PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL

Lina Marcela Toro Ruiz
Jefe de la Oficina de Control Interno

Agosto de 2026

CONTENIDO

Presentación	3
1. Generalidades	4
1.1 Objetivo	4
1.2 Alcance	4
1.3 Metodología	4
1.4 Marco normativo	4
2. Ejecución del seguimiento	5
2.1 Estructura del PTEE de la ESE Hospital la Maria	5
2.2 Declaración	5
2.3. Contenido del PTEE	5
3. Monitoreo, administración y supervisión.	9
4. Formación y comunicación	10
5. Auditoria y mejora	10
6. Resultados del seguimiento	11
7. Conclusiones	22
8. Recomendaciones	24

PRESENTACIÓN

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. Hospital La María, en cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y demás normatividad vigente, realiza actividades de evaluación y seguimiento orientadas a verificar el cumplimiento de los lineamientos del Sistema Institucional de Control Interno (SICI) y sus componentes: ambiente de control, gestión del riesgo, actividades de control, información y comunicación, y actividades de monitoreo, en la ejecución de los procesos institucionales.

En este contexto, en cumplimiento de el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, las circulares de la Superintendencia Nacional de salud. Circular externa 20211700000004-5 de 2021 *Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos*; la Circular externa 20211700000005-5 de 2021 *Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF)*, y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018 y la Circular Externa 202215900000053-5 de 2022 *Lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018*; y Circular Externa No 003 de 24 de mayo de 2018 *Instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales Código de conducta y de Buen Gobierno.*; se realizó el seguimiento al primer semestre del Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la ESE Hospital La Maria, adoptado en la entidad en el documento de código PG-DIE-001 del 26 de noviembre de 2025.

Este programa cual establece las medidas de detección, prevención, gestión y control de los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude – COF- y Soborno en la entidad, los cuales hacen parte de los riesgos priorizados para ser gestionados en los diferentes procesos y constituye un esfuerzo de la alta dirección para operar de manera eficaz y responsable frente a cualquier situación que tenga la potencialidad de convertirse en una práctica indebida o fraudulenta.

El presente informe compila los resultados del seguimiento, correspondiente al primer semestre del año 2026, con el fin de identificar las oportunidades de mejora, fortalecer la gestión institucional, y efectuar las recomendaciones necesarias para adecuar el programa si se requiere.

1. GENERALIDADES

1.1. OBJETIVO:

Realizar seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Empresarial -PTEE- de la ESE Hospital La María, adoptado en la entidad en el documento de código PG-DIE-001 del 26 de noviembre de 2025 con el objetivo de verificar el cumplimiento de las actividades realizadas por la entidad.

1.2. ALCANCE:

El seguimiento comprendió la verificación de las actividades plasmadas en el PTEE de la E.S.E. Hospital La María durante el primer semestre del año 2026.

1.3. METODOLOGÍA

Para el desarrollo del seguimiento al PTEE, se realizó un análisis de:

- La estructura del Programa y pronunciación respecto de las actividades de cada componente.
- Revisión de las funciones de cada uno de los responsables de las actividades descritas
- Presentación del seguimiento de las actividades para el primer semestre de la vigencia 2026
- Observaciones, conclusiones y recomendaciones para el programa.

1.4. MARCO NORMATIVO

- Ley 2195 de 2022 (enero 18) “Por medio del cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones). Art. 9. Programas de transparencia y ética empresarial.
- Supersalud. Circular externa 20211700000004-5 de 2021. Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos.
- Supersalud. Circular externa 20211700000005-5 de 2021. Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF), y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018
- Supersalud. Circular Externa 202215900000053-5 de 2022. Lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación

de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno.

- Supersalud. Circular Externa No 003 de 24 de mayo de 2018: Instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales Código de conducta y de Buen Gobierno IPS de los grupos C1 y C2.

2. EJECUCIÓN DEL SEGUIMIENTO

2.1. ESTRUCTURA DEL PTEE DE LA ESE HOSPITAL A MARIA

El Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la ESE Hospital La María, adoptado en la entidad en el documento de código PG-DIE-001 del 26 de noviembre de 2025, inicia describiendo la plataforma estratégica de la institución, como marco de referencia para el desarrollo del programa. Allí se describen la misión, la visión, el mapa de procesos, la estructura administrativa, objetivo general, objetivos específicos, alcance y marco normativo como referentes fundamentales para establecer una cultura ética y transparente que, alineada con los valores institucionales permita asegurar la sostenibilidad de la entidad, y adoptar las medidas para prevenir y mitigar el riesgo de corrupción, opacidad y fraude.

Dentro de su estructura, el PTEE del hospital describe el compromiso institucional de la lucha de contra la corrupción, enmarcados en una gestión basada en principios de moralidad, transparencia y ética pública establecidos en la Constitución Política y reflejados en la Ley 2016 de 2020, así como en los valores institucionales.

Roles y responsabilidades:

El documento define responsabilidades frente a la prevención de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno de acuerdo con el nivel de gobierno del Hospital, iniciando desde la junta directiva, el representante legal, el oficial de cumplimiento y cada uno de los empleados, para los cuales se asignan diferentes roles.

El oficial de cumplimiento es quien tiene las funciones más representativas dentro de la ejecución del programa PTEE porque debe presentar los informes con evaluación y análisis sobre la eficiencia y efectividad del PTEE a la junta directiva, velar porque el PTEE se articule con las Políticas de Riesgo adoptadas en la entidad, velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa a la gestión y prevención del riesgo de COF y Soborno.

2.2. DECLARACIÓN

Los colaboradores de la E.S.E. Hospital la María, en nuestras funciones como funcionarios, empleados y contratistas, reafirmamos nuestro compromiso indeclinable

con los principios de moralidad, transparencia y ética pública establecidos en la Constitución Política y reflejados en la Ley 2016 de 2020, así como en los valores institucionales que guían nuestro actuar. Reconocemos que nuestra labor trasciende el cumplimiento de deberes, siendo una expresión de nuestro compromiso con la salud, el bienestar y la confianza de la comunidad. Por ello, actuamos guiados por estándares de integridad, eficiencia y equidad, velando por el respeto y la promoción de los derechos fundamentales. Este documento constituye una guía ética y moral que orienta nuestras decisiones y acciones en el día a día. En su construcción se han integrado las voces y perspectivas de quienes conforman esta institución, asegurando que refleje nuestra visión compartida y nuestro propósito común: *Convertirnos en un referente en la prestación de servicios de salud seguros, sostenibles y humanizados. Como agentes de cambio, proyectamos un futuro en el que la transparencia y la ética pública sean pilares inamovibles de nuestra gestión, permitiéndonos no solo cumplir, sino superar las expectativas de quienes confían en nosotros.*

Nos comprometemos a:

- Actuar con honestidad, responsabilidad y respeto en todas nuestras interacciones.
- Promover la equidad y rechazar cualquier forma de corrupción, opacidad o fraude.
- Aplicar y respetar las políticas, procedimientos y códigos de conducta del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE).
- Participar activamente en la mejora continua de los procesos institucionales para fortalecer la confianza de la comunidad y de los entes de control.

Con esta Declaración, reafirmamos nuestra voluntad institucional de ser un hospital comprometido con el bienestar colectivo, liderando con ejemplo y responsabilidad hacia un futuro más ético, justo y transparente.

2.3. CONTENIDO DEL PTEE

El programa de Transparencia y Ética pública se desarrolla de acuerdo a las directrices de la Función pública, partiendo de la Declaración o compromiso de la entidad con la transparencia y la ética pública, descrito en el numeral 2.2, y los componentes descritos en el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022. Este contenido se desarrolla así:

2.3.1. Planeación del programa:

Se compone de la formulación y validación del PTEE, consolidación y aprobación, la incorporación al Plan de Acción Institucional, el compromiso con la Innovación y Mejora Continua, la promoción de la Participación Ciudadana y el seguimiento y evaluación por parte de la junta directiva, oficial de cumplimiento, el gerente, la oficina de planeación y la Oficina de control interno.

2.3.2. Estrategia institucional para la lucha contra la corrupción.

2.3.2.1. Políticas para la administración del programa de transparencia y ética empresarial – PTEE: En el programa se articula n diferentes políticas encaminadas a la lucha contra la corrupción desde el interior de la entidad:

POLÍTICAS PARA LA ADMINISTRACION DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIA - PTEE	
1	POLÍTICAS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGO
2	CONTROL INTERNO - POLÍTICA GENERAL
3	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO - POLITICA GENERAL
4	GESTION DEL TALENTO HUMANO - POLÍTICA GENERAL.
5	POLÍTICA DE OPERACIÓN
6	POLÍTICAS DE LA COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL (PTEE).
7	POLÍTICAS DE LAS SANCIONES
8	POLITICA DE REGALOS O INVITACIONES
9	POLÍTICA DE CONFLICTOS DE INTERÉS
10	POLÍTICA DE CLASIFICACIÓN Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN
11	POLÍTICA DE SEGURIDAD DIGITAL
12	POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD POR LOS ACTIVOS
13	POLÍTICA DE ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN DIGITAL
14	POLÍTICA DE ACCESO A REDES Y RECURSOS DE RED
15	POLÍTICA DE RESPONSABILIDADES DE ACCESO DE LOS USUARIOS
16	POLÍTICA DE CONTROL DE ACCESO A SISTEMAS Y APLICATIVOS.
17	POLITICAS DE SEGURIDAD EN LAS OPERACIONES
18	POLÍTICA DE REGISTRO DE EVENTOS Y MONITOREO DE LOS RECURSOS TECNOLOGICOS Y LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN
19	POLITICA DE CONTROL AL SOFTWARE OPERATIVO
20	POLÍTICAS DE SEGURIDAD EN LAS COMUNICACIONES
21	POLÍTICA DE USO DEL CORREO ELECTRÓNICO
22	POLÍTICA DE USO ADECUADO DE INTERNET
23	POLÍTICA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE REQUISITOS DE SEGURIDAD
24	POLÍTICA PARA EL REPORTE Y TRATAMIENTO DE INCIDENTES DE SEGURIDAD.
25	POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL

Pese a que el programa describe el compromiso que se tienen en cada política, no se describe cómo se hace el seguimiento al cumplimiento de cada política.

2.3.2.2. Gestión del riesgo.

En el tema de gestión de riesgos, la institución cuenta con un mapa de riesgos de corrupción de acuerdo a la metodología de la Función Pública, y también con el cumplimiento de las circulares de la Superintendencia de Salud en cuanto al subsistema de riesgos de corrupción, opacidad y fraude. Para estos riesgos, la oficina de planeación y la oficina de control interno realizan monitoreo e informes de seguimiento.

Los informes de seguimiento a los subsistemas de riesgos realizados por parte de la Oficina de Control interno se publican en la página web de la entidad y se presentan en el comité de Coordinación de Control Interno: <https://lamaria.gov.co/informes-de-gestion-evaluacion-y-auditoria/>

Este capítulo de gestión del riesgo cuenta con 3 acciones estratégicas: acción Riesgos para la integridad pública, acción Canales de denuncia; acción Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación para la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – LAFT/FPADM -SARLAF-; y acción de Debida diligencia.

La entidad para el seguimiento a riesgos cuenta con la Política institucional de riesgos, el Manual de seguimiento a riesgos de SICO y SARLAF, el canal de denuncias debe fortalecerse de acuerdo con el informe de seguimiento a las PQRS, pues no existe un canal exclusivo para denuncias sino que son los mismos canales para recepción de peticiones, y respecto a la debida diligencia se tienen el estudio de personas contratistas como contrapartes, y el reporte de operaciones inusuales, pero hacen falta más actividades y estrategias que desarrollen este componente.

2.3.2.3 Redes y articulación.

Este capítulo cuenta con dos acciones estratégicas, Redes internas y Redes externas. La pretensión es el intercambio eficiente de información entre áreas y dependencias, mejorando la toma de decisiones, la gestión de riesgos y la transparencia; y establecer conexiones estratégicas con organizaciones a nivel sectorial, local, regional y nacional para fomentar el diálogo sobre transparencia y ética pública, fortaleciendo la implementación del PTEE.

Sin embargo, no se han desarrollado acciones específicas para que los funcionarios, contratistas, público interno y externo, hagan parte de la estrategia de participación en los diferentes componentes y estrategias del PTEE, solo en el criterio de rendición de cuentas, que hace parte del componente siguiente, donde una de las acciones estratégicas es participación ciudadana y rendición de cuentas.

2.3.2.4. Cultura de la legalidad y Estado Abierto.

Las acciones estratégicas en este título son: Acceso a la información pública y transparencia; Participación ciudadana y rendición de cuentas; e. Integridad en el servicio público

Se describen como actividades todo lo referente a las herramientas de gestión documental (el Registro o inventario de activos de información, el Índice de información clasificada y reservada, y el Esquema de publicación de información) los cuales se encuentran desactualizados.

Respecto del acceso a la información pública, se actualizó la página web de la entidad, pero varios de los documentos referentes a procesos deben actualizarse.

Se hace seguimiento de acuerdo a la normatividad vigente de las peticiones que ingresan a la entidad, así como la respuesta dada a las mismas. Es necesario actualizar el Sistema Único de trámites -SUIT-, dar capacitación a los funcionarios encargados del servicio al ciudadano, y fortalecer los servicios y la evaluación del servicio

2.3.2.5. Iniciativas adicionales.

En cuanto a las actividades adicionales para la lucha contra la corrupción están actividades del quehacer diario institucional y de los procesos de apoyo. Estas actividades son: Parametrización de la contabilidad, contratos con cláusulas antisoborno y anticorrupción, la política de gastos para regalos o viajes, y política de no aceptación de gastos para obtener servicios al interior de la entidad. Dichas actividades no cuentan con medición, no establecen metas, son descripciones de tareas de algunos procesos.

3. MONITOREO, ADMINISTRACIÓN Y SUPERVISIÓN.

- Le corresponde a la Oficina d Planeación y de calidad, realizar evaluaciones semestrales, que incluya evaluación de aspectos transversales, seguimiento a riesgos, SICOF y SARLAF, seguimiento al reporte de los procesos y a un plan de acción anual con la ejecución de las acciones planeadas en el PTEE.
- El oficial de cumplimiento tiene la tarea de Administrar el programa, liderar la implementación del programa, hacer evaluación, presentar informes periódicos a la junta directiva y en los diferentes espacios o comités institucionales, que contengan indicadores de cumplimiento.

- La supervisión está a cargo de la alta dirección, en el Comité de Gestión y desempeño, previo a los informes semestrales presentados por el área de planeación y de calidad.
- Reportes: Determina cuales reportes internos y externos hacen parte de la lucha contra la corrupción y transparencia; por lo tanto, el índice de desempeño institucional, reportes a los organismos de control, indicadores de cumplimiento, etc, hacen parte del programa, sin embargo, son reportes que están establecidos en otros informes de ley o seguimiento que presenta la entidad.

4. FORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La formación frente al programa tiene como objetivo promover la difusión y apropiación de los contenidos del programa entre todos los integrantes de la entidad. Esta actividad se inició en la inducción realizada en el mes de junio de 2026, pero aún no se han integrado capacitaciones periódicas desde el Plan estratégico de capacitaciones del Hospital como talleres con aspectos transversales del programa; difusión interna por correo electrónico, intranet, etc; eventos y foros temáticos.

Esta estrategia es liderada por la oficina de talento humano, apoyada por la oficina de comunicaciones, el oficial de cumplimiento y líderes de procesos.

La Oficina de Comunicaciones diseñará y ejecutará la estrategia de comunicación, asegurando su alineación con los objetivos del PTEE. Elaborará y publicará los materiales de comunicación en los diferentes medios.

A la fecha, esta estrategia de formación no esta definida en un plan de trabajo, ni hay evidencias de ejecución enfocadas solo al PTEE, su difusión, y socialización.

5. AUDITORIA Y MEJORA

La Oficina de Control Interno, será responsable de auditar el programa como parte del Modelo Estándar de Control Interno, actuando como la tercera línea de defensa. Por lo tanto, esta auditoria será realizada en la vigencia 2027, incluyéndose en el cronograma de auditorías.

La evaluación de seguimiento que se realiza en este informe, corresponde a la verificación de los criterios de cumplimiento en la estructura del PTEE de acuerdo a los roles de cada responsable, las actividades, transversales y programáticas del PTEE, y las estrategias diseñadas. Es de anotar que, no hay un plan de trabajo, con metas que tenga periodicidad definida, ni indicadores de cumplimiento.

Así mismo, constituye monitoreo continuo los análisis y decisiones que se hagan en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, identificando problemas en tiempo real, proponiendo medidas correctivas, retroalimentar a los líderes de procesos y a las instancias responsables del programa.

6. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

Es de tener en cuenta que dentro de la estructura del PTEE de la ESE Hospital la María, las actividades descritas para el desarrollo del programa no son actividades clasificadas por cada componente o estrategia como lo determina el artículo 36 de la Ley 1474 de 2011 modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, ni tampoco atendiendo a los criterios señalados en las circulares de la Supersalud, descritas como marco normativo desde la presentación de este informe, por lo cual, se hace seguimiento a las actividades descritas como funciones de los responsables de participar en el PTEE, que no cuentan con fecha de inicio o fin, ni meta o producto, ni un plan de acción diseñado.

A continuación, se hace un recuento de las funciones asignadas a algunas áreas o funcionarios responsables del PTEE en la entidad, asignando como fecha de cumplimiento la anualidad de 2026:

ACTIVIDADES CUMPLIDAS

#	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	AVANCE DE ACTIVIDADES	RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO	EVIDENCIA
1	Presentación para aprobación de la junta directiva o quien haga sus veces, la propuesta del PTEE	Representante legal y oficial de cumplimiento	Cumplida	Documento del PTEE	Documento aprobado del PTEE por la Junta Directiva. Fecha 26/11/2025
2	Aprobación del documento PTEE	Representante legal	Cumplida	Documento Aprobado	Documento, aprobado 26 de noviembre 2025, por la Junta Directiva del Hospital y Acta Junta Directiva
3	Declaración	Representante legal	Cumplida	Documento de Certificación	Certificación firmada por la gerencia 26 febrero 2026
5	Definir el perfil del Oficial de Cumplimiento conforme a esta Política	Talento humano	Cumplida	Funciones definidas en el Manual de SARLAF	Manual para el sistema de administración del Riesgo y lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva "SARLAF"
6	Nombrar el Oficial de Cumplimiento presentado por el gerente.	Talento humano	Cumplida	Nombramiento del Oficial de cumplimiento	Acta de la Junta Directiva

8	Velar porque el PTEE se articule con las Políticas de Cumplimiento adoptadas por la junta	Representante legal	Cumplida	Fueron alineadas 25 Políticas para la Administración del Programa de Transparencia y Ética empresarial	Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la ESE Hospital La María, adoptado en la entidad en el documento de código PG-DIE-001 del 26 de noviembre de 2025
11	Verificar que el Oficial de Cumplimiento cuente con la disponibilidad y capacidad necesaria para desarrollar sus funciones	Representante legal	Cumplida	Designación del Subgerente Operativo como oficial de cumplimiento	Acta de Junta Directiva
28	La información del PTEE y el SICOF se encuentra administrada por el Oficial de Cumplimiento y conserva las características de confidencialidad.	oficial de cumplimiento	Cumplida	Reportes realizados a la UIAF, mensuales de las transacciones	Reposan en la oficina de Planeación, quien resguarda informes y seguimientos realizados por el oficial de cumplimiento.
42	Respuesta a los requerimientos de información de entidades como la Contraloría y Superintendencias y demás entes competentes	Oficial de cumplimiento	Cumplida	Atención y respuesta a los requerimientos realizados por la Supersalud en auditoría realizada en junio de 2026.	Acta de visita de la Supersalud
47	Se monitorean las transacciones y actividades realizadas en la entidad. o Implementación de alertas tempranas para identificar operaciones inusuales o sospechosas	oficial de cumplimiento	Cumplida	reportes tesorería	Reportes de caja emitidos por la tesorería y /o alertas de la tesorería frente a las transacciones en efectivo superiores al monto establecido
48	Se generan los reportes de operaciones sospechosas (ROS) y consultas necesarias ante las autoridades competentes	Líder de planeación	Cumplida	Se hacen los reportes de proveedores, Reportes procedimientos y Reportes Operaciones Sospechosas	Constancia de reportes realizados cada mes
58	Lineamientos de transparencia pasiva: Todas las peticiones y solicitudes de información se responden en el término definido por la Ley y por el medio solicitado.	SIAU	Cumplida	Informes publicados de seguimiento PQRS	https://lamaria.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/
59	Todos los instrumentos de gestión de la información se encuentran articulados con el programa de gestión documental del Hospital:	Archivo	Cumplida	Se encuentran las herramientas documentales de activos de información, Índice de información clasificada y reservada, y esquema de publicación de información, sin	https://lamaria.gov.co/gestion-documental/

				embargo, deben ser actualizados	
60	En la información pública en la Web, Se tienen en cuenta: que la forma, tamaño o modo en la que se presenta la información pública, permita su visualización o consulta para los grupos étnicos y culturales del país, y para las personas con discapacidad	SIAU	Cumplida	Publicaciones Web parte derecha de la pantalla de inicio https://lamaria.gov.co/	Se publica la información de acuerdo a los lineamientos establecidos en la ley, para que las personas con discapacidad tengan acceso a la web institucional.
64	Consolidar en un informe periódico el número de solicitudes de información recibidas, las trasladadas a otra institución, el tiempo de respuesta a cada solicitud y a cuantas se les negó acceso	SIAU	Cumplida	Informe trimestral de PQRS elaborado por la oficina de atención al usuario y publicado en la web	https://lamaria.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/
65	Identificar los elementos estructurales del proceso de rendición de cuentas:	SIAU	Cumplida	Rendición de cuentas públicas realizada	Informe, convocatoria y evento publico
67	Como parte de este subcomponente se tiene incluido dentro de la inducción del personal el SIAU, además se realiza de forma anual una jornada de humanización donde se presentan una serie de charlas con enfoque de atención centrada en el usuario y sus necesidades	SIAU	Cumplida	Inducción institucional programada desde la oficina de personal líder del proceso de talento humano.	Se realiza la inducción con la participación de la líder del proceso SIAU

68	Entre las funciones de la oficina de atención al usuario se realiza divulgación de derechos y deberes, información sobre el uso, acceso y disponibilidad de los servicios, apoyo y acompañamiento en la realización de trámites institucionales, enlace y articulación con la liga y asociación de usuarios	SIAU	Cumplida	Se encuentran información física a través de volantes, carteleros, y también las publicaciones en la página web institucional.	Listados de participación de usuarios y el volante, https://lamaria.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/
69	Se cuenta con diferentes medios de contacto para facilitar la participación de la comunidad: De forma presencial. - Pagina de Facebook - Buzones de sugerencias ubicados en los servicios.	SIAU y Comunicaciones	Cumplida	Se cuenta con la oficina de atención al usuario, las redes sociales como facebook e instagram, web y buzones de sugerencia instalados	https://lamaria.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/
70	Las peticiones, quejas y reclamos recepcionados por cualquiera de los medios de contacto son consolidados y analizados por la líder de la oficina de atención al usuario y los jefes de servicios o áreas para realizar el respectivo plan de mejora y dar respuesta satisfactoria según el tiempo estimado dada la clasificación de prioridad.	SIAU	Cumplida	base de datos de las PQRS clasificadas, Informe trimestral de PQRS elaborado por la oficina de atención al usuario y publicado en la web	Seguimiento por parte de la líder en el instrumento de base de datos e informes a la alta dirección.
71	Con el fin de identificar el nivel de satisfacción de los usuarios y su familia se realizan mensualmente encuestas de satisfacción a una muestra aleatoria según el número de egresos por servicio.	SIAU	Cumplida	Tabulación de encuestas de satisfacción y análisis de la satisfacción al usuario que se realiza en informe trimestral de las PQRS y se publica en la web	https://lamaria.gov.co/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/
73	Adecuar espacios para la comodidad de los usuarios como salas de espera con televisor	SIAU	Cumplida	Se instalaron televisores en sala de espera, como en la unidad renal y en consulta externa.	Espacios físicos adecuados

79	La totalidad de operaciones debe ser registrada según las normas de contabilidad generalmente aceptadas.	CONTABILIDAD	Cumplida	Se realizan los registros contables de acuerdo a la normatividad vigente, se rinden a la Contaduría General de la Nación de forma oportuna.	Registros contables y estados financieros
80	El acceso o disposición de activos sólo debe proceder si existe autorización general o particular previo del ordenador del gasto o del funcionario competente	FINANCIERA	Cumplida	Se lleva el control por parte de la oficina de activos fijos. Se lleva a comité de activos o al comité de saneamiento contable, de acuerdo con la disposición o el plan que se tenga.	Registros de activos fijos y actas de comités.
81	Los registros de activos deben ser comparados con los activos reales de forma periódica para subsanar diferencias	FINANCIERA	Cumplida	Se realiza inventarios de activos fijos, se realizó en de la anualidad, y se van actualizando inventarios por funcionarios según la entrada o salida de funcionarios de la entidad.	Inventarios de activos actualizados.
83	Medición de Desempeño Institucional (MDI): Realizada mediante el aplicativo FURAG, evaluará los aspectos transversales y programáticos del programa	PLANEACION	Cumplida	Respuesta al formulario en los tiempos establecidos. Calificación del FURAG 2025	Informe con los resultados
84	Seguimiento a las acciones planificadas en el Plan de Acción Anual. o identificación de desviaciones y propuestas de ajustes.	PLANEACIÓN	Cumplida	Se realiza seguimiento al POAI Y POA trimestralmente	Informes de seguimiento POAI Y POA trimestralmente

ACTIVIDADES EN DESARROLLO

#	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	AVANCE DE ACTIVIDADES	RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO	EVIDENCIA
4	Promover una cultura de "cero tolerancias" con actos de corrupción, opacidad, fraude y soborno al interior y fuera de la entidad	Talento humano	En desarrollo	Espacios de inducción institucional	Campañas de comunicaciones
9	Prestar efectivo, eficiente y oportuno apoyo al Oficial de Cumplimiento en el diseño, dirección, supervisión y monitoreo del PTEE	Representante legal	En desarrollo	Informes del Oficial de Cumplimiento primer semestre 2026	disponibilidad de información para consulta, análisis y evaluación del Oficial de cumplimiento

10	Verificar a través del oficial de cumplimiento que las actividades que resulten del desarrollo del PTEE se encuentran debidamente documentadas, de modo que se permita que la información responda a unos criterios de integridad, confiabilidad, disponibilidad, cumplimiento, efectividad, eficiencia y confidencialidad	Representante legal	En desarrollo	Informes del Oficial de Cumplimiento	Informe presentado con corte al 30 de abril de 2026, por el oficial de cumplimiento
12	Presentar a la junta directiva o máximo órgano social, los reportes, solicitudes y alertas que considere que deban ser tratados por dichos órganos y que estén relacionados con el PTEE	Representante legal	En desarrollo	Reportes realizados a la UIAF, mensuales de las transacciones, que están pendientes de ser presentados en Junta directiva del segundo semestre de 2026	Informes del Oficial de Cumplimiento
14	Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa a la gestión y prevención del riesgo de COF y Soborno.	oficial de cumplimiento	En desarrollo	Reposan en cabeza del oficial de cumplimiento	Informes del Oficial de Cumplimiento
16	Garantizar la implementación de canales apropiados para permitir que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, acerca de presuntos incumplimientos del PTEE y posibles actividades sospechosas relacionadas con COF y Soborno	oficial de cumplimiento	En desarrollo	Radicación de PQRSD	Canales de comunicación en web, físicas y medios digitales
18	Coordinar el desarrollo de programas internos de capacitación del PTEE	oficial de cumplimiento	En desarrollo	Actualización del plan de capacitaciones	Actualización del plan de capacitaciones
22	Socialización de los resultados de la auditoria de control interno al Representante Legal, al oficial de cumplimiento y a la Junta Directiva.	Control interno	En desarrollo	Presentar en los diferentes comités los informes del oficial de cumplimiento.	Actas de reuniones
23	Publicación de informes de avances del PTEE en canales oficiales, promoviendo la rendición de cuentas y el acceso a la información,	control interno	En desarrollo	Informes de control interno	Página web de la entidad

24	Diseño de metodologías para la medición y monitoreo de los riesgos.	oficial de cumplimiento	En desarrollo	Se tiene matriz de riesgos para cada proceso, de acuerdo con la metodología diseñada, la cual está en borrador de ajuste a la versión 7 de la Guía de riesgos de la Función pública.	Se está realizando el ajuste de la matriz de riesgos y el borrador de la política de riesgos para la entidad.
29	La entidad establecerá mecanismos a través de los cuales se puedan recibir reportes internos y externos relacionados con situaciones de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno	Representante legal	En desarrollo	Reportes a la oficina de planeación y calidad	Reportes realizados
30	Reporte semestral que permita establecer el perfil de riesgo residual, la evolución individual y general de los perfiles de riesgo, de las fuentes de riesgo y de los riesgos asociados, el cual se dará a conocer a la Alta Dirección, a la Junta Directiva y se incluirá en el informe de gestión del cierre de cada ejercicio anual	oficial de cumplimiento	En desarrollo	Presentar en los diferentes comités los informes del oficial de cumplimiento.	Actas de reuniones
31	El Mapa de Riesgos de Corrupción.	oficial de cumplimiento	En desarrollo	Matriz de Riesgos de corrupción	Se está haciendo ajustes de la matriz de riesgos de corrupción a la versión 7 de la guía.
34	Identificar las acciones correctivas necesarias y documentarlas en el plan de mejoramiento	Lideres de Procesos	En desarrollo	Plan de mejoramiento	Plan de mejoramiento
35	Efectuar el análisis de causas y determinar acciones preventivas y de mejora.	Lideres de Procesos	En desarrollo	Reportes de todos los procesos.	Plan de mejoramiento
36	Revisar los controles existentes y actualizar el mapa de riesgos	Lideres de Procesos	En desarrollo	Matriz de Riesgos de corrupción	Se está haciendo ajustes de la matriz de riesgos de corrupción a la versión 7 de la guía.
37	Se estableció la ruta de denuncia para los colaboradores y las personas externas al hospital y las personas externas.	oficial de cumplimiento	En desarrollo	Se cuenta con la oficina de atención al usuario, las redes sociales como facebook e instagram, web y buzones de	Se cuenta con la oficina de atención al usuario, las redes sociales como facebook e instagram, web y buzones de sugerencia instalados

				sugerencia instalados	
62	Se han Implementado los lineamientos de accesibilidad a espacios físicos para personas con discapacidad.	SIAU	En desarrollo	Se cuenta con ascensores, señalización, rampas de acceso a edificios, sin embargo, aún falta implementar otras herramientas necesarias para atención a personas con discapacidad.	Espacios físicos institucionales
72	Según la tabulación de las encuestas y los comentarios u observaciones registradas se generan planes de mejora y se realiza gestión de puntos más impactantes o repetitivos	SIAU	En desarrollo	Informes trimestrales SIAU	Página web de la entidad
75	Incluir dentro del programa de capacitación temas relacionados con la prestación de servicios humanizados sistema de incentivos para los funcionarios para destacar el desempeño	TALENTO HUMANO	En desarrollo	Se cuenta con un plan institucional de capacitación y bienestar, en el primer semestre de 2026 se realizó capacitación sobre humanización del servicio, inducción institucional, se entregaron incentivos a personal en fechas especiales. El plan se ejecuta durante toda la vigencia.	Actas de registro de asistencia y recibo de estímulos e incentivos.
86	Incorporación en programas de inducción y reinducción	TALENTO HUMANO	En desarrollo	En la inducción institucional del primer semestre se realizó la capacitación sobre el PTEE	Registro asistencia y presentación inducción.
87	Capacitaciones periódicas: Talleres presenciales y virtuales sobre los aspectos transversales del programa.	TALENTO HUMANO	En desarrollo	En la inducción institucional del primer semestre se realizó la capacitación sobre el PTEE y se enviaron correos electrónicos sobre seguimiento al programa, así como socialización en comité de gerencia.	Registro asistencia y presentación inducción, correos electrónicos.

NO APLICA (NO SE HAN PRESENTADO)

#	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	AVANCE DE ACTIVIDADES
20	Reportar a través de los canales previstos por la entidad, cualquier incumplimiento al presente programa	Empleados	No aplica (No se han presentado)
25	Actividades para fomentar la cultura del Autocontrol entre los funcionarios de la ESE, los principios esenciales del sistema de Control Interno, utilizando los espacios de participación directa, los medios de comunicación establecidos y efectuando recomendaciones en la Entidad.	Control interno	No aplica (No se han presentado)
32	Informar a la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa en el tema de riesgos sobre el posible hecho encontrado y marcar en el SGI la alerta de posible materialización	Lideres de Procesos	No aplica (No se han presentado)
33	Una vez surtido el conducto regular establecido por la entidad y dependiendo del alcance (normatividad asociada al hecho de corrupción materializado), determinar la aplicabilidad del proceso disciplinario	Lideres de Procesos	No aplica (No se han presentado)
38	Evaluación de las denuncias	oficial de cumplimiento	No aplica (No se han presentado)
39	se realiza las investigaciones de las denuncias		No aplica (No se han presentado)
40	Levantamiento de Acciones Correctivas y Disciplinaria relacionadas con las denuncias.	oficial de cumplimiento	No aplica (No se han presentado)
41	Reportes efectivos del cumplimiento del SICOE. en el Portal Anticorrupción de Colombia (PACO).	oficial de cumplimiento	No aplica (No se han presentado)
43	Se realiza seguimiento y Comunicación con los denunciantes relacionada con las acciones tomadas respecto a su denuncia.	oficial de cumplimiento	No aplica (No se han presentado)
44	Divulgación de resultados de las investigaciones y medidas adoptadas, asegurando transparencia hacia sus grupos de interés.	Representante legal	No aplica (No se han presentado)
45	Se realiza el registro, evidencias y se garantiza el acceso a dichos registros de las Denuncias al oficial de cumplimiento, asegurando su conservación y protección	Representante Legal	No aplica (No se han presentado)

ACTIVIDADES SIN EJECUTAR

#	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
7	Apoyar la estrategia de comunicación y pedagogía adecuada que actúe de manera vertical y horizontal para garantizar la divulgación y conocimiento eficaz de las Políticas de Cumplimiento y del PTEE a los empleados, Contratistas, entre otros, (conforme a los Factores de Riesgo y Matrices de Riesgos) y demás partes interesadas identificadas	Talento humano
13	Implementación de proceso que garantice la protección al denunciante y promover el conocimiento de las políticas de prevención de acoso laboral conforme a la ley en conjunto con el COPASST de la entidad	oficial de cumplimiento
15	Presentar, por lo menos una vez al año, informes de la gestión del PTEE a la junta directiva o quien haga sus veces.	oficial de cumplimiento
17	Verificar la debida aplicación de la política de protección a denunciantes que la entidad haya establecido	oficial de cumplimiento
19	Participar en los procesos de formación y entrenamiento a los que sean convocados relacionados con el COF y Soborno	Empleados
21	Socialización del procedimiento de debida diligencia de terceros. Empleados que estén expuestos directamente al riesgo de COF y soborno.	empleados
26	Acciones de prevención y/o corrección a la violación de los deberes. Sanciones por incurrir prohibiciones de los servidores públicos conforme lo determinado por la Ley.	control interno disciplinario
27	Informe del oficial de cumplimiento sobre los requerimientos de autoridades, así como los requerimientos de los entes de control interno y externos se atienden de forma efectiva, eficiente y oportuna	oficial de cumplimiento
46	Se identifican las contrapartes, beneficiarios finales y PEP. Se verifican los antecedentes mediante listas restrictivas nacionales e internacionales	oficial de cumplimiento
49	Se realiza clasificación de las contrapartes según sus características.	

50	Se tienen identificadas las redes internas para reportar información relacionada con el Sarlaf y sicof	comunicaciones
51	Se articulan las redes internas para fortalecer las acciones estratégicas del PTEE mediante el intercambio eficiente de información entre áreas y dependencias, mejorando la toma de decisiones, la gestión de riesgos y la transparencia.	comunicaciones
52	Creación o asignación de comunidades internas para dialogar, colaborar y monitorear las acciones del Programa dentro de comités existentes u otras instancias de decisión. Estas comunidades	Planeacion y comunicaciones
53	Talleres de sensibilización sobre la importancia de la articulación interna	planeacion y comunicaciones
54	Protocolos para el intercambio de información entre áreas.	planeacion y comunicaciones
55	Mapear entidades clave con las que se deben fortalecer las relaciones	planeacion y comunicaciones
56	Convenios interinstitucionales para la colaboración en acciones estratégicas fortalecimiento del PTEE	planeacion y comunicaciones
57	Implementar plataformas tecnológicas para el intercambio de información interinstitucional	planeacion y comunicaciones
61	En la información pública en la Web, permite la accesibilidad a personas con discapacidad	comunicaciones
63	Identificar acciones para responder a solicitud de las autoridades de las comunidades, para divulgar la información pública en diversos idiomas y lenguas de los grupos étnicos y culturales del país	comunicaciones
66	El hospital realiza la caracterización de usuarios acorde con la base de datos generada desde el área de estadística como insumo para definir estrategias y acciones de la gestión institucional. Se articulan las actividades de rendición de cuentas con las del servicio al ciudadano mediante la generación de espacios de diálogo interno y con los grupos de valor.	SIAU
74	Socializar el Manual del usuario donde se consolide toda la información útil para el usuario como normas al interior del hospital, horarios de los servicios, derechos y deberes, trámites, etc	SIAU
76	Revisar y actualizar la política de protección de datos.	TALENTO HUMANO

77	En el marco del Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE) y en cumplimiento de las disposiciones de la Ley 2016 de 2020, el hospital hace adopción y promoción del Código de Integridad en el Servicio Público como herramienta obligatoria.	TALENTO HUMANO Y PLANEACION
78	Todas las transacciones deben tener una autorización general o particular del ordenador del gasto o en su defecto del funcionario competente para tal efecto	TESORERIA
82	Todos los contratos o acuerdos suscritos por la entidad deben contener cláusulas, declaraciones o garantías sobre conductas antisoborno y anticorrupción. La oficina jurídica debe ser responsable de incluir dichas cláusulas en todos los contratos. Además de declarar y garantizar el cumplimiento de este programa y las leyes y regulaciones anticorrupción aplicables, se debe incluir el derecho a terminar el contrato cuando ocurra una violación de este programa o cualquier ley o regulación anticorrupción aplicables.	JURIDICA
85	Los informes por el oficial de cumplimiento al Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Oficial de cumplimiento
88	Difusión interna: Campañas por correo electrónico, redes internas e intranet que refuercen los principios y valores del PTEE. Material multimedia (videos, infografías, presentaciones) que explique de manera clara y accesible los contenidos del programa.	comunicaciones
89	Eventos y foros temáticos: Organización de foros, seminarios y conversatorios con expertos en ética pública y transparencia, que promuevan el intercambio de ideas y buenas prácticas	comunicaciones
90	Estrategia de Comunicación.	
91	Diseño y ejecución de la estrategia de comunicación, asegurando su alineación con los objetivos del PTEE. Elaborará y publicará los materiales de comunicación en los diferentes medios.	comunicaciones
92	El Oficial de Cumplimiento del PTEE supervisará que la información comunicada en la estrategia levantada por comunicaciones, sea consistente con los contenidos y avances del programa.	oficial de cumplimiento
93	Publicación en la página web institucional: El PTEE estará disponible permanentemente en un apartado específico del sitio web, accesible para consulta pública. Se incluirá información sobre su declaración, objetivos, alcance, ciclo, reportes, mecanismos de monitoreo, y auditoría.	comunicaciones

7. CONCLUSIONES

- La estructura del PTEE para el Hospital La María, no está claramente definida como lo determina el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022 que modifica el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011:

“Artículo 73. Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misión. Este programa contemplará, entre otras cosas:

- Medidas de debida diligencia en las entidades del sector público.*
- Prevención, gestión y administración de riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas y riesgos de corrupción, incluidos los reportes de operaciones sospechosas a la UIAF, consultas en las listas restrictivas y otras medidas específicas que defina el Gobierno Nacional dentro del año siguiente a la expedición de esta norma;*
- Redes interinstitucionales para el fortalecimiento de prevención de actos de corrupción, transparencia y legalidad;*
- Canales de denuncia conforme lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011;*
- Estrategias de transparencia, Estado abierto, acceso a la información pública y cultura de legalidad;*
- Todas aquellas iniciativas adicionales que la Entidad considere necesario incluir para prevenir y combatir la corrupción”*

- Después de la revisión de las funciones asignadas a los responsables del PTEE que, en total, de acuerdo con la clasificación de la Oficina de Planeación, son 93 actividades, se tiene un porcentaje de cumplimiento de **29 % para el primer semestre**, sumando las actividades ejecutadas, y un 23,7% de actividades en ejecución.

Indicador	Cantidad	Porcentaje
Actividades Ejecutadas	27	29,0%
Actividades En Ejecución	22	23,7%
Actividades Sin Ejecutar	33	35,4%
Actividades N/A	11	11,9%
Total de Actividades	93	100,0%

- La evaluación de seguimiento que se realiza en este informe corresponde a la verificación de los criterios de cumplimiento en la estructura del PTEE de acuerdo a los roles de cada responsable, las actividades, transversales y programáticas del PTEE, y las estrategias diseñadas. Es de anotar que, no hay

un plan de trabajo, con metas que tenga periodicidad definida, ni indicadores de cumplimiento.

- A 31 de julio de 2026, no se han presentado informes de seguimiento por parte del oficial de cumplimiento a la Junta Directiva sobre el cumplimiento al PTEE. Tampoco se ha presentado los informes consolidados por parte de la oficina de planeación o el área de calidad al Comité de Gestión y Desempeño, todas estas, tareas designadas en el mismo programa.
- La tarea de actualizar la matriz de riesgos institucional y la política de riesgos de la entidad, de acuerdo con la versión 7 de la Guía de riesgos de la Función pública, se inició en el mes de mayo de 2026, y se hace necesario que se integren a un Sistema de Riesgos de integridad pública tal como lo determina la normatividad vigente.
- La estrategia de formación frente al programa es responsabilidad de la oficina de Comunicaciones y del área de personal, tiene como objetivo promover la difusión y apropiación de los contenidos del programa entre todos los integrantes de la entidad. A la fecha, esta estrategia de formación no está definida en un plan de trabajo, ni hay evidencias de ejecución enfocadas solo al PTEE, su difusión, y socialización.
- En cuanto a las actividades adicionales para la lucha contra la corrupción están actividades del quehacer diario institucional y de los procesos de apoyo. Estas actividades son: Parametrización de la contabilidad, contratos con cláusulas antisoborno y anticorrupción, la política de gastos para regalos o viajes, y política de no aceptación de gastos para obtener servicios al interior de la entidad. Dichas actividades no cuentan con medición, no establecen metas, son descripciones de tareas de algunos procesos.
- Sin embargo, no se han desarrollado acciones específicas para que los funcionarios, contratistas, público interno y externo, hagan parte de la estrategia de participación en los diferentes componentes y estrategias del PTEE, solo en el criterio de rendición de cuentas, que hace parte del componente siguiente, donde una de las acciones estratégicas es participación ciudadana y rendición de cuentas.

8. RECOMENDACIONES

- De acuerdo con el presente seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, teniendo en cuenta las conclusiones del informe y con base en la circular CIR26-00000049 / GFPU 13130000 expedida por el Secretario de Transparencia de la Presidencia de la República el 24 de junio de 2026, cuyo

asunto es: *“Plazos para la Implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública y de los Elementos del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública”* se recomienda actualizar el Plan de Transparencia y Ética Empresarial de la ESE Hospital La María, así como avanzar hacia la actualización del mapa de riesgos institucional de acuerdo con el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP-.

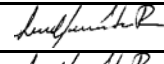
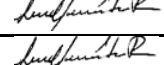
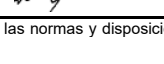
- La necesidad de actualizar el plan debe estar enfocada a diferenciar las actividades y/o estrategias que serán adoptadas conforme a los componentes del artículo 31 de la Ley 2195 de 2022 que modifica el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, diseñando un plan de acción con metas, periodos de tiempo, indicadores y resultados medibles y que permitan el seguimiento por parte de la oficina de planeación y del oficial de cumplimiento y la verificación por parte de la Oficina de Control Interno.
- Algunas de las funciones asignadas a cada responsable del programa, son funciones que por normatividad externa deben realizarse, a las cuales se les hace seguimiento y evaluación que queda plasmado en otros informes elaborados por las oficinas de planeación o control interno, por lo cual, se sugiere que no sean parte de las actividades del PTEE debido a que son de obligatorio cumplimiento (ejemplo reporte al FURAG)
- Se recomienda al Oficial de cumplimiento realizar las labores de evaluación y seguimiento al plan, y presentar oportunamente los informes de seguimiento del programa y del sistema de riesgos a la Junta directiva, para que sea esta instancia la encargada de promover y sugerir la adopción de medidas para el mejoramiento continuo.
- La entidad debe diseñar un manual o lineamiento institucional para desarrollar los mecanismos (simplificados, ordinarios y ampliados) mediante los cuales la entidad conocerá a las contrapartes con quien se relaciona, en desarrollo del principio de debida diligencia contemplado en el artículo 12 de la Ley 2195 de 2022, y en concordancia con los lineamientos específicos definidos en la Guía de riesgos versión 7:2025 de la Función Pública.
- Es conveniente que la entidad actualice, adopte y formule los elementos del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública- SIGRIP-, iniciando con el proceso de identificación, la valoración de los riesgos, y la aplicación de los controles. También, realizar la labor de seguimiento por cada uno de los responsables de los procesos, con el fin de ir madurando el sistema e integrar todos los riesgos institucionales del SIGRIP con los riesgos para el sector salud.
- Dentro de las herramientas de gestión de riesgo de integridad pública, se sugiere contar con un procedimiento para la declaración de conflicto de

intereses, la creación de un canal o línea solo para denuncias de corrupción y el procedimiento para la operación del canal institucional para Denuncias de Corrupción.

- Se requiere que el programa tenga una mayor difusión e integración tanto en el plan de capacitaciones a los funcionarios y contratista que laboran en la entidad, como a través de un plan de comunicaciones internas o externas, que permitan a todas las partes interesadas conocer las estrategias y actividades en la lucha contra la corrupción y la promoción de la transparencia en las actividades de la entidad.



Lina Marcela Toro Ruiz.
Jefe Oficina de Control Interno

	NOMBRE – CARGO	FIRMA	FECHA
PROYECTÓ	Lina Marcela Toro Ruiz. Jefe Oficina de Control Interno		28/08/2026
REVISÓ	Lina Marcela Toro Ruiz. Jefe Oficina de Control Interno		02/09/2026
APROBÓ	Lina Marcela Toro Ruiz. Jefe Oficina de Control Interno		02/009/2026
Los arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma.			