



**ACUERDO No. 016
(14 de agosto de 2023)**

POR EL CUAL SE APRUEBA EL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN

La Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias y, en especial, las consagradas en el artículo 16 del Decreto No. 00436 del 12 de diciembre del 2007, emanado de la Gobernación de Santander y en el artículo 19 numeral 6 del Acuerdo de Junta Directiva No. 001 del 30 de abril de 2008 y,

CONSIDERANDO

- a. Que de conformidad con lo establecido en el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán, es una entidad pública descentralizada con categoría especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa creada por la Gobernación de Santander mediante Decreto 00436 del 12 de diciembre del año 2007.
- b. Que el artículo 2 del Decreto 1876 de 1994 establece que el objeto de las Empresas Sociales del Estado será la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- c. Que el artículo 4 de la norma precitada establece los objetivos de las Empresas Sociales del Estado.
- d. Que la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán según lo determina la Circular Externa 000018 del 23 de septiembre de 2015 emanada de la Superintendencia Nacional de Salud, establece criterios que permitan clasificar a las Instituciones Prestadoras de Salud – IPS Privadas y Públicas de acuerdo con su importancia y carácter estratégico, en la garantía de la prestación en el servicio en salud a la población afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud – SGSSS, en condiciones de eficiencia, oportunidad y calidad.
- e. Que según lo enunciado en la Circular Externa 000018 del 23 de septiembre de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud, las IPS públicas y privadas se

clasificarán en alguno de los grupos que se especifican en el numeral 2 de dicha Circular.

- f. Que de acuerdo a los Parámetros de Clasificación fijados en el numeral 2 de la Circular Externa 000018 del 23 de septiembre de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud, la Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán, se encuentra clasificada en el Grupo C1.
- g. Que la Circular Externa 2021170000005-5 de 2021 imparte "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", suscrita por el Superintendente Nacional de Salud y es obligatorio para la E.S.E. dar cumplimiento de acuerdo al grupo al que pertenece.
- h. Que el Oficial de Cumplimiento y su Suplente fueron nombrados por la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán, según consta en Acta de Junta Directiva Ordinaria No. 10 del 01 de Octubre de 2020.
- i. Que de acuerdo a lo señalado en el numeral 5.2.3.5.1 de la Circular Externa 2021170000005-5 de 2021 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, son funciones de la Junta Directiva: "a. Definir y aprobar 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. b. Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF y hacer seguimiento a su cumplimiento y c. Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones".
- j. Que según lo establece la Circular Externa 2021170000005-5 de 2021, en el numeral 5.2.3.5.3. ítem "a. Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, el manual de prevención de la corrupción, la opacidad y el fraude y sus actualizaciones y Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva o quien haga sus veces, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad administre efectivamente sus Riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la



Opacidad y el Fraude, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en esta Circular”.

Por lo anterior,

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO. - Aprobar para la Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán, el Manual de Prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a la administración efectiva de sus Riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en la Circular Externa 2021170000005-5 de 2021, lo cual se establece a continuación:

1.1 INTRODUCCIÓN

La Superintendencia Nacional De Salud con el fin de ejercer sus funciones de inspección, vigilancia y control y de conformidad con lo señalado en la Circular Externa 047 de 2007 y en el numeral 4 del artículo 6 del Decreto 2462 de 2013 cuenta con facultades para emitir instrucciones a los sujetos vigilados sobre la manera como deben cumplirse las disposiciones normativas que regulan su actividad, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación. Asimismo, la Ley 1474 de 2011, en sus artículos 11 y 12, preceptúa que corresponde a esta Superintendencia establecer un conjunto de medidas preventivas para evitar fraudes y combatir la corrupción en el sector de la seguridad social en salud, además de la creación de un sistema preventivo de prácticas riesgosas financieras y de atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Adicionalmente, el numeral 26 del artículo 21 del Decreto 2462 de 2013 establece como 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 es "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 y los criterios y lineamientos establecidos por la Superintendencia".

Dicho lo anterior, las buenas prácticas de gobierno y de conducta se reconocen como instrumentos a ser aplicados para la mitigación de riesgos en las entidades de derecho público y privado que conforman el Sistema General de Seguridad Social de Salud (SGSSS).

En consecuencia, dando aplicación a las disposiciones citadas en precedencia, se impartieron las medidas a Entidades Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado incluyendo las EPS Indígenas (EPS-I), a las Empresas de medicina Prepagada (EMP) y a las entidades que suministren Servicios de Ambulancia Prepagada (SAP), vigilados por las superintendencia Nacional de Salud mediante circular externa 007 de 2017 y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IFS) de los grupos C1 y C2, en la relacionado con la implementación de su Sistema de Gobierno Organizacional y de Conducta mediante Circular externa 003 de 2018, Circulares Externas modificadas por la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.

Ultima circular externa enunciada, que determina la obligación de los vigilados de la Superintendencia de Salud de acogerse a las instrucciones Relativas al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción Opacidad y Fraude – SICOF.

1.2 OBJETIVO

Prevenir o detectar oportunamente la ocurrencia de actos de corrupción, opacidad y fraudes originados tanto al interior como al exterior de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán, a través de la implementación de acciones preventivas o correctivas que se consideren necesarias para controlar los factores generadores de riesgos.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar el diseño e implementación de controles que faciliten la prevención de riesgos de corrupción, opacidad y fraude, internos y externos.
- Liderar los procedimientos requeridos para detectar oportunamente riesgos de corrupción, opacidad y fraudes internos y externos.
- Reducir el nivel de exposición a riesgos de corrupción, opacidad y fraudes internos y externos.

1.4 ALCANCE

El presente manual es transversal a toda la organización.

1.5 POLÍTICAS

“No a la Corrupción, la Opacidad y el fraude”

La E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán toma las medidas necesarias, implementando mecanismos, sistemas y controles adecuados que permitan la prevención, detección y tratamiento de la corrupción, la Opacidad y el fraude, así:

Los Directivos, colaboradores y/o prestadores de servicios, no participan en prácticas de corrupción, opacidad y fraude, y toman las medidas necesarias para combatirlos.

La Empresa Social del Estado determina y promueve una cultura encaminada a la prevención de la corrupción, opacidad y fraude.

No mantiene relaciones comerciales con prestadores de servicios, proveedores o contraparte que hayan sido condenados por actividades ilícitas relacionadas con el fraude, la corrupción o el soborno.

No tolera que sus directivos, colaboradores, y/o prestadores de servicios, proveedores, contratistas y cualquier contraparte que tenga relacionamiento con la E.S.E., obtengan resultados económicos, comerciales o de cualquier otra índole, a cambio de violar la ley o actuar de manera deshonesto.

La E.S.E. identifica, mide, controla y monitorea los riesgos relacionados con corrupción, opacidad y fraude.

La E.S.E. tiene a disposición la línea de transparencia y ética para reportar cualquier acto de corrupción opacidad y fraude o lavado de activos y financiación del terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, en el que pueda estar involucrados miembros de la institución o el relacionamiento con nuestras contrapartes.

Además, gestiona de forma oportuna todas las denuncias de actos relacionados con el riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude, independientemente de su cuantía o del personal involucrado, garantizando confidencialidad, objetividad, no retaliación, respeto, transparencia, independencia y autonomía de los responsables de las evaluaciones.

Ningún denunciante sufrirá consecuencias negativas por prevenir, rechazar o denunciar actos de esta naturaleza.

Cuando sea procedente, la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán pondrá en conocimiento de las autoridades competentes toda conducta que contrarie lo previsto en estos lineamientos e igualmente emprenderá y acompañará las acciones judiciales que sean pertinentes.

Las políticas del SICOF deberán ser comunicadas a la totalidad de empleados, directivos, administradores y cualquier otra persona que tenga vinculación con la entidad, con el fin de asegurar que sean entendidas e implementadas en todos los niveles de la organización.

1.6. PROCEDIMIENTOS

Para la adecuada implementación y funcionamiento de las etapas y elementos del subsistema de administración del riesgo de corrupción, la opacidad y el fraude – SICOF se cuenta con los siguientes procedimientos:

- Instrumentación de las diferentes etapas y elementos del SICOF: estas etapas y elementos se encuentran documentados en el Presente Documento
- Identificación de los cambios y la evolución de los controles, así como del perfil de Riesgo.
- Medidas por incumplimiento de SICOF.

1.7. MECANISMOS

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán deberá permitirle establecer cuándo existe una posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude, para ello, cuenta con las siguientes metodologías e indicadores cuantitativos para la oportuna detección de estas posibles actividades:

- **Indicadores:** Cada líder de proceso implementará indicadores de proceso que tienen como finalidad informar, controlar, evaluar y ayudar a tomar las decisiones y deberán estar alineados a la estrategia de la organización.

Para cada indicador se deberá establecer los niveles "Meta" de cumplimiento, así como los niveles de "precaución" y "críticos". Estos dos últimos niveles serán considerados como señales de alerta.

Mediante el análisis de los factores de riesgo y su segmentación el oficial de cumplimiento monitorea las posibles desviaciones de cada uno de los factores y analiza las variaciones presentadas a fin de identificar posibles actividades de corrupción, opacidad y fraude.

Para la adecuada administración los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude y su nivel de aceptación se determina en el presente documento la Metodología para identificar, medir, controlar y monitorear los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude y su nivel de aceptación.

- La línea de transparencia y ética es una herramienta para el reporte irregularidades partiendo de la cultura y sentido de pertenencia de los grupos de interés, estos reportes se analizan, se gestionan.

Se asignan canales de comunicación particulares para la recepción de denuncias (Correo electrónico y buzón especial en el sitio web)

La E.S.E. dejará constancia de cada una de las posibles actividades de Corrupción, Opacidad o Fraude detectadas, así como del responsable o responsables de su análisis y los resultados del mismo en el formato el registro de eventos de Riesgo Operativo y SICOF creado para tal fin.

Si se llegase a detectar alguna posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude, el oficial de cumplimiento debe reportar ante la autoridad competente; dejando evidencia de esto y guardando la debida reserva ante tal reporte, dejando la salvedad de que la entidad está en obligación de reportar el evento a las autoridades competentes de manera inmediata y eficiente. En caso de que la Superintendencia solicite un informe sobre los reportes realizados, es de aclarar que dicho informe debe ser estadístico por clasificación de actividades, más no el detalle de cada caso.

En el presente documento se determina la Metodología para el registro e investigación de eventos relacionados con el riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.

1.8. INSTRUMENTOS

Señales de alerta, a partir de los cuales se infiere un hecho o situación que escapa a lo que la E.S.E. ha determinado como normal y que puede favorecer la materialización del riesgo de corrupción opacidad y fraude:

- Controles internos débiles o inexistentes en procesos que involucran transacciones de dinero, activos, prestación de servicios o contratos.
- Disminuciones en saldos de tesorería
- Incrementos elevados en cuentas de gastos o costos injustificados
- Pagos de horas extraordinarias no relacionadas con la actividad o no acordes a los históricos sin justificación.
- Contraparte no idónea para ejecutar un contrato, venta de un insumo o prestación un servicio con poca o nula experiencia en el servicio requerido pero que recibe el contrato y/o proyecto de la E.S.E.
- La contraparte recibe pagos muy altos o muy bajos por bienes o servicios en comparación con los precios normales del mercado para productos o servicios equivalentes.
- Transacciones con personas públicamente expuestas (PEPS) , los miembros de su familia o sus asociados cercanos que involucran importantes sumas de dinero en efectivo o retiros frecuentes y/o en cantidades inusuales.
- Información pública que vincula a la contraparte con la corrupción u otros delitos financieros.
- La contraparte solicita vincular otro número de cuenta para integrarla a una estructura económica compleja y no tiene justificación. Esto podría indicar la intención de ocultar al beneficiario real.
- Estilo de vida de empleados o contrapartes que no tienen relación con sus medios económicos.
- Alteración, ausencia o correcciones en documentos y registros
- Solicitar creación de contraparte, o transacciones que no cumplen con el debido proceso de autorización.
- Suministros comprados en exceso sin necesidad, Ajustes de inventario sin justificación.

- Existencia de conflictos de intereses no revelados con contrapartes o empleados.
- Empleados reacios a compartir información, con problemas de adicciones, frecuente ausentismo de su puesto de trabajo sin justificación.
- Permanecen frecuentemente en la oficina más allá de la hora de cierre o concurren a ella por fuera del horario habitual.
- Empleados renuentes a disfrutar de vacaciones, aceptar cambios de su actividad o promociones que impliquen no continuar ejecutando las mismas actividades.
- Manejo de grandes sumas de dinero en efectivo
- Contratación de una contraparte que haya presentado incumplimientos (no conformidades) anteriores.
- Faltante de medicamentos e insumos médicos.
- Consumo inusual y/o en grandes cantidades de medicamentos o insumos médicos.
- Prestación de servicios diferentes al ordenamiento inicial y/o cantidad de ordenes de un servicio que exceden los promedios históricos de su prestación sin justificación para favorecer la facturación de un tercero.

Segmentación de los factores de riesgo: La E.S.E. realizará la segmentación de los factores de riesgo de acuerdo a las características particulares de cada uno de ellos, garantizando homogeneidad al interior de los segmentos y heterogeneidad.

1.9. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Junta Directiva

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, debe contemplar como mínimo las siguientes funciones a cargo de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces:

- a. Definir y aprobar 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.
- b. Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF y hacer seguimiento a su cumplimiento.
- c. Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- d. Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad y Fraude de la entidad.
- e. Pronunciarse sobre la evaluación periódica del SICOF, que realicen los órganos de control.
- f. Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICOF.

- g. Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF.
- h. Conocer los informes relevantes respecto del SICOF, e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.
- i. Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias a través 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.
- j. 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.
- k. Analizar 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.

Todas las decisiones y actuaciones que se produzcan en desarrollo de las atribuciones antes mencionadas deben constar por escrito en el acta de la reunión respectiva y estar debidamente motivadas.

Representante Legal

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, son funciones mínimas del Representante Legal:

- a. Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- b. Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.
- c. Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.
- d. Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la Administración de este Riesgo implica para la entidad.
- e. Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.
- f. 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 presente Circular.
- g. Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.

h. Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada Administración del Corrupción, Opacidad y Fraude a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF

Para 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 oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, debe cumplir como mínimo con las siguientes condiciones:

- a. Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, el manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- b. Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
- c. Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva o quien haga sus veces, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad administre efectivamente sus Riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en esta Circular.
- d. 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.
- e. Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude medidos.
- f. Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la presente Circular.
- g. Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- h. Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOF.
- i. 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.
- j. 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.
- k. 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.

- l. 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.
- m. 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.
- n. 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.
- o. 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.
- p. Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
- q. Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o disciplinarlos) para fortalecer el SICOF.

En general, el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, 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 o persona encargada por la entidad 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 Control 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.

Coordinadores de proceso y demás colaboradores

- 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. El costo de un control no debe ser superior al del riesgo.
- c. Informar a la auditoría interna sobre posibles situaciones de corrupción, opacidad y fraude.

Órganos de control

Las entidades deben establecer instancias responsables de efectuar una evaluación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF.

Dichas instancias informarán, de forma oportuna, los resultados a los órganos competentes.

Los órganos de control serán por lo menos los siguientes: Revisoría Fiscal y Control Interno o Auditor Interno o quien ejerza el control interno.

Revisoría Fiscal

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones al Revisor Fiscal, éste debe elaborar un reporte al cierre de cada ejercicio contable, en el que informe acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.

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

Control interno o Auditoría Interna

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones a la Auditoría Interna, o quien ejerza el control interno, ésta debe evaluar periódicamente la efectividad y 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, deberán informar los resultados de la evaluación al representante legal o junta directiva.

1.10. DOCUMENTACIÓN

La siguiente información hace parte de la documentación que soporta el SICOF:

- Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude
- Los documentos y registros que evidencien la operación efectiva del SICOF.
- Los informes de la Junta Directiva, el Representante Legal y los órganos de control
- El mapa de Riesgos del SICOF
- Documento que soporte la comunicación a todos los funcionarios de la entidad del mapa de Riesgos y de las políticas y metodologías a que se refieren los numerales anteriores.
- Los análisis del registro de eventos de Corrupción, Fraude y Opacidad.

De acuerdo con el art. 28 de la Ley 962 de 2005, los documentos aquí mencionados, deben conservarse por un período de diez (10) años. Vencidos dichos periodos, pueden ser destruidos siempre que, por cualquier medio técnico adecuado, se garantice su reproducción exacta, sin perjuicio de los términos establecidos en normas especiales.

1.11. PLATAFORMA TECNOLÓGICA

La E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán hará uso de su infraestructura tecnológica y los sistemas necesarios para garantizar el adecuado funcionamiento del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF.

De acuerdo a los requerimientos tecnológicos necesarios para el adecuado funcionamiento del SICOF, se adelantará el debido trámite administrativos de adquisición, alquiler o demás.

1.12. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

La política y procedimientos que conforman el programa antifraude deben ser comunicados claramente a todos los niveles de la organización, de manera anual, o al iniciar la relación contractual, con el propósito que las conozcan, entiendan y sean conscientes de su importancia.

Adicionalmente, se debe involucrar a las partes interesadas externas (clientes, accionistas, entes regulatorios, etc.), cuando se considere necesario.

Para garantizar la oportunidad en la divulgación de la información, la E.S.E. cuenta con una página web donde todos los colaboradores pueden consultar las políticas y procedimientos.

1.13. CAPACITACIONES

Las E.S.E. diseñara, programara y coordinara que dentro del plan institucional de capacitación se incluya capacitaciones sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, dirigidos a todas las áreas y funcionarios.

Para nuevos funcionarios se debe garantizar que durante el proceso de inducción sean impartidos conocimientos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF

Los terceros o contratistas que desempeñen funciones en la entidad también recibirán capacitación o información sobre SICOF.

Se evaluará los resultados obtenidos con el fin de determinar la eficacia de dichos programas y el alcance de los objetivos propuestos.

1.14. COLABORACIÓN CON LA JUSTICIA Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS

La E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán actuará conforme a lo establecido en la Ley para denunciar situaciones, de las cuales tenga conocimiento o sospecha, relacionadas con el riesgo de corrupción, opacidad y fraude con las partes con las que interactúa.

La E.S.E. adoptará medidas a que haya lugar, tendientes a procurar el inmediato y correcto cumplimiento de las órdenes emitidas por las autoridades judiciales y administrativas, y corregir el incumplimiento o las demoras en la atención de las órdenes impartidas.

Ello en el entendido de que la colaboración con la justicia no sólo es un deber, sino que su incumplimiento, acarrea la imposición de sanciones, incluso de índole penal.

1.15. METODOLOGÍA PARA IDENTIFICAR, MEDIR, CONTROLAR Y MONITOREAR LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE Y SU NIVEL DE ACEPTACIÓN.

Identificación

La metodología para la identificación de riesgos se realiza por medio de la herramienta de análisis DOFA, la cual permite establecer el contexto interno, debilidades y fortalezas reconocidas por los líderes de los procesos y así mismo el contexto externo, amenazas y oportunidades.

La información recopilada en la GE-DA-01 Matriz de Contexto de la Organización se evalúa teniendo en cuenta los siguientes criterios de priorización:

Criterios de Priorización: Debilidades / Amenazas		
Costo	Riesgo	Volumen
Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento / protección no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento / protección	Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento / protección no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve.
Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento / protección se afectan moderadamente las	Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se	Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento / protección tendría una cobertura o alcance medio en la

finanzas y la imagen de la institución.	efectúa la acción de mejoramiento / protección	institución o en los usuarios internos o externos.
Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento / protección se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento no deseado o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento / protección	Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento / protección tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

PRIORIZACIÓN		
ALTO	MEDIO	BAJO
Mayor o igual a 12	Menor o igual a 11	Menor o igual a 7

Criterios de Priorización: Debilidades / Amenazas				
Impacto positivo en aspectos financieros	Impacto positivo en la imagen	Impacto positivo en la calidad del servicio	Impacto positivo al interior de la organización	Impacto positivo en la competitividad
Califique de 1 a 5	Califique de 1 a 5	Califique de 1 a 5	Califique de 1 a 5	Califique de 1 a 5

PRIORIZACIÓN		
ALTO	MEDIO	BAJO
Mayor o igual a 20	Menor o igual a 19	Menor o igual a 14

Para la gestión de los riesgos se cuenta con la GE -DA -03 Matriz de Riesgos y Oportunidades, donde se encuentran la lista de riesgos asociados a corrupción opacidad y fraude, los cuales se basa en el análisis del contexto estratégico de la organización.

En la matriz se contemplan los siguientes ítems, con el fin de estructurar cada uno de los riesgos identificados:

Descripción del Riesgo

- Evento: Situación de debilidad o amenaza para el objeto de estudio
- Causa: El porqué de la presencia del evento que ocurre
- Consecuencia: Resultado de un evento que afecta los objetivos.
- Tipo: Ámbito sobre el cual se desarrolla el riesgo

Medición

El propósito del análisis del riesgo es comprender la naturaleza del riesgo y sus características incluyendo, cuando sea apropiado, el nivel del riesgo¹. Los riesgos de corrupción, opacidad y fraude son medidos de acuerdo con la probabilidad de ocurrencia (frecuencia) e impacto (severidad). El análisis del riesgo se realiza en dos etapas, antes de los controles, es decir el riesgo inherente que es aquel que conlleva cada actividad en sí misma y propio del proceso; y después de los controles, es decir el riesgo residual, el cual es el riesgo remanente que resulta de las acciones planificadas o implementadas para mitigar el riesgo inherente.

PROBABILIDAD		
NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN
1	Improbable	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales.
2	Remoto	El evento puede ocurrir en algún momento
3	Factible	El evento ocurre en algún momento
4	Probable	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias
5	Muy probable	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias

CONSECUENCIA		
NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN
1	Insignificante	Si el hecho llegara a presentarse, tendría consecuencias o efectos mínimos sobre la entidad.
2	Bajo	Si el hecho llegara a presentarse, tendría bajo impacto o efecto sobre la entidad.

3	Medio	Si el hecho llegara a presentarse, tendría medianas consecuencias o efectos sobre la entidad.
4	Grave	Si el hecho llegara a presentarse, tendría altas consecuencias o efectos sobre la entidad
5	Muy Grave	Si el hecho llegara a presentarse, tendría desastrosas consecuencias o efectos sobre la entidad.

Nivel del Riesgo = Probabilidad x Consecuencia

EVALUACIÓN DEL RIESGO					
PROBABILIDAD	CONSECUENCIA				
	1. Insignificante	2. Bajo	3. Medio	4. Grave	5. Muy Grave
1. Improbable	B	B	M	A	A
2. Remoto	B	B	M	A	E
3. Factible	B	M	A	E	E
4. Probable	M	A	A	E	E
5. Muy probable	A	A	E	E	E

B: BAJO M: MEDIO A: ALTO E: EXTREMADAMENTE ALTO

Control

Las medidas para controlar los riesgos inherentes tendrán como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto en caso de que se materialicen. Los controles estarán incluidos en las diferentes políticas y procedimientos de la E.S.E. y estarán a cargo de los líderes de los procesos.

La metodología tiene en cuenta los siguientes aspectos:

1. Responsabilidad del control: Estar asignados a un responsable con una adecuada segregación de funciones.
2. Tipo de Control (Manual / Automático): Se refiere a si el control es manual, semiautomático o automático. Se considera más efectivo el control cuando es automático porque es poco probable que se presenten errores.
3. Naturaleza del control (Preventivo /Detectivo): Los controles preventivos se establecen para anticiparse a los eventos no deseados antes de que sucedan. Los controles detectivos entran en escena para identificar los eventos en el momento en el que se presentan.
4. Frecuencia del control: Periodicidad de ejecución del control.

5. Actividades que componen el control (Documentado / No Documentado): información documentada en una política, procedimiento, guía, instructivo, manuales, etc.
6. Implementación del Control (Baja / Media / Alta): La implementación del control hace referencia a la ejecución del control por parte de los responsables.

En caso de presentarse observaciones o desviaciones en la ejecución del mismo el líder del proceso deberá implementar las acciones necesarias para que dicho control opere normalmente y evitar materializaciones de los riesgos.

Los controles identificados para la prevención de corrupción, opacidad y fraude se encuentran los siguientes:

- Controles estratégicos

La alta dirección realiza revisiones y seguimiento a las caracterizaciones de alta criticidad para la organización, tales como:

- Seguimiento al cumplimiento de los planes establecidos en la E.S.E..
- Revisión de los niveles de cumplimiento o avance de los indicadores.
- Monitoreo de la efectividad de los sistemas de gestión implementados.

Adicionalmente, debe garantizar que los sistemas de compensación y los indicadores de gestión no están generando presiones en los funcionarios que los induzcan a cometer acciones fraudulentas.

- Segregación de funciones

Los procesos requieren implementar controles que involucren segregación de funciones, donde un colaborador no tiene control sobre dos o más fases de una operación, lo que permite reducir las oportunidades para que esté en la posición de perpetrar u ocultar errores o fraudes en el curso normal de sus funciones.

- Controles contables

La dirección administrativa y financiera debe garantizar la definición de una política contable, de tesorería; y la implementación de los procedimientos necesarios para llevarla a cabo. La política y los procedimientos deben cumplir con los requisitos normativos vigentes y con el marco de información financiera.

Se debe contar con controles tales como:

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

- Controles de seguridad de la información

El Coordinador de DATIC, debe velar por la implementación y adherencia de políticas, procedimientos y controles que garanticen que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (efectividad, eficiencia y confiabilidad) y cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes.

- **Controles del recurso humano**

El proceso de gestión del Talento Humano debe garantizar la implementación de controles efectivos en los procesos de selección, vinculación y promoción del recurso humano, tales como:

- Adecuación de competencias, verificación de antecedentes, verificación de referencias laborales y aplicación de pruebas psicotécnicas entre otros.
- Garantizar que todas las personas disfruten de sus vacaciones una vez cumplido un año de trabajo y que no se acumulen varios periodos.
- Monitoreo de la rotación de personal.
- Valoración del clima laboral.

Las respectivas subdirecciones deberán hacer seguimiento al cumplimiento de los objetos contractuales referentes al talento humano como perfiles de cargo, funciones, formación continua, afiliación al sistema de salud, ARL y fondo pensiones, etc.

- **Controles de los proveedores**

La subdirección administrativa y financiera y la subdirección científica debe garantizar la implementación de políticas y procedimientos que permitan controlar la contratación de proveedores y el proceso de gestión de adquisiciones, debe monitorear la calidad de sus entregables, entre estos controles se pueden mencionar:

- Seguimiento al cumplimiento de las políticas de contratación.
- Cumplimiento de los lineamientos establecidos en el manual de contratación vigente
- Establecimiento de acuerdos de confidencialidad y cumplimiento de otros requisitos relacionados con la administración de la seguridad de la información.
- Valorar la gestión realizada por el proveedor, por medio de la evaluación y reevaluación de contratista, actas de supervisión del contrato.

- **Controles físicos y patrimoniales**

La subdirección administrativa y financiera y la subdirección científica deben velar por la implementación y aplicación de controles que permitan garantizar niveles de seguridad adecuados para los activos del Hospital y mitigar riesgos de fraude relacionados con la sustracción de activos. Dentro de este tipo de controles tenemos:

- Control al ingreso de visitantes.
- Seguridad física a las instalaciones administrativas
- Inventarios periódicos de farmacia, almacén, bienes muebles, equipos biomédicos y tecnológicos.

Monitoreo

Los líderes de los procesos deberán verificar que los controles establecidos estén funcionando de forma oportuna, efectiva y eficiente; en caso de detectar algún tipo de inconsistencia o falencia establecerá las acciones correctivas o de mejora que se requiera. Así mismo, se deberá realizar seguimiento a los indicadores de gestión de cada proceso, con el fin de identificar o prevenir posibles incumplimientos de metas y establecer un plan de acción. En cuanto a los indicadores estratégicos se realizará seguimiento en el comité institucional de gestión y desempeño.

La revisión de los riesgos debe realizarse por lo menos (1) una vez al año por la subdirección Científica, subdirección administrativa y Financiera y líderes de los procesos.

Adicionalmente, se debe generar un reporte interno de manera semestral donde se muestre la gestión de los riesgos de corrupción opacidad y fraude.

Los incumplimientos o desviaciones serán presentados a El Oficial de cumplimiento, donde se establecerán los planes de contingencia y/o acciones correctivas que se requiera.

El Oficial de cumplimiento mensualmente revisara las desviaciones de los factores de riesgos de acuerdo a la segmentación realizada.

1.16. METODOLOGÍA PARA EL REGISTRO E INVESTIGACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE.

La E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán garantizará la habilitación y funcionamiento de la línea de transparencia y ética donde se podrá reportar cualquier acto de corrupción opacidad y fraude o lavado de activos y financiación del terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, en el que pueda estar involucrados miembros de la institución o el relacionamiento con nuestras contrapartes.

Quedando registro directo en el correo asignado al Oficial de Cumplimiento o quien haga sus veces y será el encargado de: 1. gestionar de forma oportuna todas las denuncias de actos relacionados con el riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude, independientemente de su cuantía o del personal involucrado, garantizando confidencialidad, objetividad, no retaliación, respeto, transparencia, independencia y autonomía de los responsables de las evaluaciones. 2. Garantizar que Ningún denunciante sufrirá consecuencias negativas por prevenir, rechazar o denunciar actos de esta naturaleza. 3. Cuando sea procedente, la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán pondrá en conocimiento de las autoridades competentes toda conducta que contrarie lo previsto en estos lineamientos e igualmente emprenderá y acompañará las acciones judiciales que sean pertinentes.

1.17. BIBLIOGRAFÍA

- ISO 31000:2018 Gestión del Riesgo Directrices Marzo 2018
- <https://www.tusdatos.co/blog/riesgo-inherente-y-riesgo-residual>

- <https://www.auditool.org/blog/control-interno/que-es-el-riesgo-riesgo-inherente-y-riesgo-residual>
- CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 Supersalud

ARTÍCULO SEGUNDO. - GRADUALIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN: Lo establecido en el presente acuerdo, será desarrollado e implementado acogiendo el principio de gradualidad, ello teniendo en cuenta la naturaleza, normatividad y características de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán y basados en el entendimiento de la gestión del riesgo como un proceso, el cual implica sucesivos avances de madurez a lo largo del tiempo.

ARTÍCULO TERCERO. - Facultar al Gerente de la ESE Hospital Regional Manuela Beltrán para reglamentar, modificar y en general, desarrollar las gestiones necesarias para la implementación de lo previsto en el presente acuerdo, mediante acto administrativo motivado, con el fin de dar cumplimiento a los lineamientos emitidos por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, acorde a las necesidades de la institución, de lo cual se mantendrá informada a la Junta Directiva.

Se expide en Socorro, a los catorce (14) días del mes de agosto del año dos mil veintitrés (2023) siendo aprobado por unanimidad por los Integrantes de la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán.



JOHANA GRACIELA BELLO CUBIDES
Delegada Gobernador de Santander
PRESIDENTE



PABLO CÁCERES SERRANO
Gerente
SECRETARIO



Proyectó: Daicy Katherine Mendoza Rodríguez
Subdirectora Administrativa y Financiera - Oficial de Cumplimiento



Revisó: Dairo Efraín Castro Florez - Abogado Asesor