

**ACUERDO No. 017**  
**( 30 de agosto de 2024 )**

***"Por medio del cual se adopta el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E."***

La Junta Directiva del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. en ejercicio de sus competencias legales y reglamentarias, en especial las previstas en los artículos 194, 195 y 196 de la Ley 100 de 1993; Decreto 1876 de 1994, artículo 11; Decreto 780 de 2016, los Estatutos Internos de la Institución y las demás disposiciones complementarias, y

**CONSIDERANDO**

Que el artículo 209 de la Constitución Política dispone que la función administrativa está al servicio de los intereses generales, e incluye entre los principios que la rigen los de moralidad, eficacia, economía, celeridad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones.

Que la Ley 489 de 1998, concreta las normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional y de carácter territorial, en especial las Empresas Sociales del Estado, así como los principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en la Constitución Política de Colombia.

Que la Ley 715 de 2001 establece el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

Que la Ley 1122 de 2007, establece algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Posteriormente, la Ley 1438 de 2011, reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Que la Ley 1474 de 2011, establece las normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de Corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. Posteriormente la Ley 1778 de 2016 dicta las normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de Corrupción transnacional y se dictan otras disposiciones en materia de lucha contra la corrupción

Que la Ley 2195 de 2022 establece medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones.

Que mediante CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 del 17 de septiembre de 2021 se establecen 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

De igual manera, en la mencionada Circular externa 20211700000005-5 DE 2021 del 17 de septiembre de 2021, en su Artículo 5.2.3.5.1. establece las funciones de la Junta Directiva relacionadas con el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude -SICOF, contemplando en su literal C. "Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones", entre otras.

Que la Circular Externa 053 de 2022, a nivel nacional ha promovido la cultura de la administración



@hudnariño1074



@Hosdenar



@Hosdenar



@Hosdenar



SC-CER-448531



SA-CER-448535



OS-CER-448536





de riesgos entre las diferentes entidades sometidas a su inspección y vigilancia.

Que SICOF es el Subsistema que contiene el conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación, establecidos para prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de corrupción, opacidad, fraude y soborno, originados tanto al interior como al exterior de la institución.

Que resulta necesario fortalecer las directrices de buen gobierno y cohesionar dichas disposiciones con los lineamientos de integridad adoptados en el marco de la función pública, incluyendo los nuevos postulados de transparencia, acceso a la información pública, anticorrupción, sistema de gestión, modelo integrado de planeación y gestión, siendo necesario adoptar el Manual de Administración de Riesgo SICOF en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

Que la adopción de este Manual de Corrupción, Opacidad y Fraude permitirá al Hospital Universitario Departamental de Nariño - HUDN cumplir con las políticas y directrices impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

En mérito de lo expuesto la Junta Directiva del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

#### ACUERDA

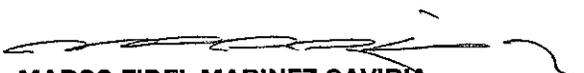
**ARTÍCULO PRIMERO: ADOPTAR EL MANUAL DE PREVENCIÓN DE LA CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE – SICOF** en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.”. que garanticen el cumplimiento de los mecanismos de prevención, detección y reporte de actos de Corrupción, Opacidad y Fraude que puedan presentarse por funcionarios o terceros con los cuales la institución tenga vínculo alguno, promoviendo un comportamiento coherente a través de directrices y asignación de responsabilidades para el desarrollo de los controles y la atención y solución de eventos o casos presentados.

**ARTICULO SEGUNDO: PUBLICACIÓN.** El presente acuerdo deberá ser publicado en la página web institucional [www.hosdenar.gov.co](http://www.hosdenar.gov.co). La divulgación del contenido del MANUAL DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO SICOF estará a cargo de la Oficina de Planeación y Calidad del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

**ARTICULO TERCERO:** El presente acuerdo rige a partir de su expedición.

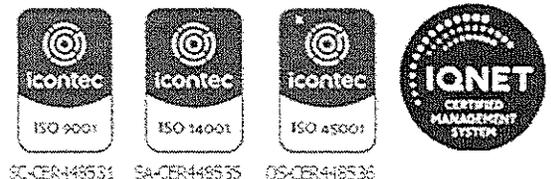
#### PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en San Juan de Pasto, a los 30 días del mes de agosto de 2024.

  
**MARCO FIDEL MARIN GAVIRIA**  
REPRESENTANTE DEL GOBERNADOR  
PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA

  
**ANTONIO JOSÉ VEIRA DEL CASTILLO**  
SECRETARIO JUNTA DIRECTIVA

**Proyectó:** Claudia Arévalo Caicedo – Profesional Especializado de apoyo Oficina Asesora de Planeación y Calidad   
**Revisó:** Silvia Rengifo Muñoz – Asesora Jurídica HUDN



	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 1 DE: 23		

## **MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO - SICOFS**

### **1. JUSTIFICACIÓN**

El Sistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, SICOFS, es el sistema de prevención y control que deben implementar los vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud en Colombia, de acuerdo con la circular externa No. 5-5 del 17 de septiembre de 2021 a través de la cual se establecieron los lineamientos para que el sector salud pueda realizar una implementación correcta y ajustada a las necesidades del sector y de la empresa en particular.

Para la correcta gestión del Riesgo COFS, las entidades deberán adoptar políticas, procedimientos y herramientas que contemplen todas las actividades que realizan en desarrollo de su objeto social y que se ajusten a su tamaño, actividad económica, forma de comercialización y demás características particulares de cada agente vigilado y que busca prevenir la ocurrencia de estos delitos en detrimentos de la estabilidad institucional.

El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa; tiene como objeto la prestación de los servicios de salud a los afiliados, beneficiarios y en general a toda la población del departamento de Nariño y del Suroccidente de Colombia. Para mantener la eficiencia y calidad de los servicios, desarrollará actividades de docencia e investigación científica, acordes con las patologías propias de los afiliados”.

De acuerdo con lo anterior y lo expresado en las circulares externas No. 009 de 21 de abril de 2016, No. 18 de 23 de septiembre de 2015 y No. 5-5 del 17 de septiembre de 2021, El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. implementará el Sistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, SICOFS, documentado en el presente manual, el cual contiene las políticas, procedimientos y metodologías aprobados por la Junta Directiva para la materia, así como los roles y responsabilidades que deben cumplir cada una de las instancias y niveles de la Entidad.

El SICOFS deberá alinearse con los documentos internos del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.:

- Programa de transparencia y Ética empresarial PTEE
- Código de Conducta y Buen Gobierno CCBG
- Política y Código de Integridad
- Política de Control Interno
- Sistema para la gestión del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT

Esta alineación buscará identificar los riesgos existentes en el sistema de gestión de riesgos vigente y concatenarlos con los riesgos de corrupción: opacidad, fraude y soborno - COFS, que se clasificaran y gestionaran dentro del Sistema Integral de Administración de Riesgos en Salud SIAR SALUD del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 2 DE: 23		

## 2. ALCANCE

El presente manual es aplicable a todos los funcionarios del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., sin importar su modalidad de vinculación, por lo cual debe ser conocido y aplicado según las responsabilidades y de acuerdo con su participación directa o indirecta en el Sistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, SICOFS.

Con el liderazgo de la junta directiva, gerente, subgerentes, líderes de proceso y oficial de cumplimiento, se debe tener en cuenta que también aplica para los usuarios (Proveedores, usuarios particulares (paciente que pagan servicios con sus propios recursos), Funcionarios, estudiantes en Práctica Formativa del Talento Humano en Salud, Estudiante Técnico, Estudiante Tecnólogo; y demás terceros vinculados teniendo en cuenta que los usuarios particulares y sus pagadores también serán obligados a cumplir con este manual, cuando requieran los servicios del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. y se realice el pago con recursos propios y no a través de un sistema de aseguramiento en Salud.

## 3. OBJETIVOS DEL SICOFS Y SU MANUAL

### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer los parámetros, políticas, procedimiento y herramientas que permitan de manera integral prevenir, evitar, detectar y gestionar los Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, SICOFS de acuerdo con la normatividad vigente, para evitar que el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. sea víctima o sujeto activo de estos delitos.

### 3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Servir como documento de consulta sobre el Sistema de Administración de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, SICOFS.
2. Establecer los mecanismos internos de control en las diferentes áreas mediante la implementación de políticas SICOFS aplicables a proveedores, clientes, usuarios y contrapartes.
3. Dar cumplimiento a las normas y disposiciones legales de los organismos internacionales y Nacionales en especial la circular 5-5 del 17 de septiembre de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud.
4. Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. evitando situaciones de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.
5. Prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, originados tanto al interior como al exterior del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.
6. Realizar una gestión adecuada de los Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno en las operaciones rutinarias del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.
7. Gestionar el riesgo COFS mediante la implementación de metodologías de identificación para medir el riesgo y hacer monitoreo ante un posible hecho de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno al interior del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 3 DE: 23		

8. Adoptar políticas que permitan el eficiente, efectivo reporte oportuno de casos que se llegasen a presentar, con énfasis en actividades de prevención, pero sin dejar de lado la detección.
9. Establecer procedimientos que orienten la actuación del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E, sus grupos de valor y sus grupos de interés.
10. Estructurar e implementar mecanismos para identificar, monitorear y analizar los casos presentados de acuerdo con las señales de alerta o inusualidades que se puedan identificar en el sector.
11. Instruir a los funcionarios del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. sobre las políticas y establecer los procedimientos y metodologías para la Administración del Sistema de prevención de Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, SICOFS.

#### 4. MARCO DE REFERENCIA

##### 4.1 MARCO LEGAL NACIONAL E INTERNACIONAL

Las normas en Colombia y el mundo buscan ayudar las organizaciones en la lucha contra los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno son de diferentes ámbitos y alcances, el fin de este manual se enfoca en aquellas que se relacionan con el sector salud y de la cuales podemos mencionar:

1. Convención para Combatir el Cohecho de Servidores Públicos Extranjeros en Transacciones Comerciales Internacionales OCDE (1997).
2. Lineamientos para el control del Fraude de la Commonwealth (1997).
3. Convención de las Naciones Unidas Contra la Corrupción UNODC (2003).
4. Estándar australiano del control de Fraude y la Corrupción AS 8001- 2008.
5. Estrategia Integral de lucha contra el Fraude, con el fin de mejorar la prevención y la detección del Fraude, las condiciones para la investigación del Fraude, la recuperación de activos y disuasión. Comisión Europea - 2011.
6. Ley 599 de 2000 "Por la cual se expide el Código Penal".
7. Ley 715 de 2001 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones".
8. Ley 906 de 2004 "Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal".
9. Ley 1122 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".
10. Ley 1186 de 2008 - Por medio de la cual se aprueba el "Memorando de entendimiento entre los gobiernos de los Estados del Grupo de Acción Financiera de Sudamérica contra el lavado de activos (GAFISUD)"
11. Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 4 DE: 23		

12. Ley 1474 de 2011 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de Corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.
13. Ley 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.
14. Ley 1778 de 2016 “Por medio de la cual se dictan normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de Corrupción transnacional y se dictan otras disposiciones en materia de lucha contra la corrupción”.
15. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000: 2009.
16. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 37001: 2016.
17. Circular Externa 007/2017 de la Supersalud en la cual se imparten Instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales — código de conducta y buen gobierno.
18. Circular Externa 004/2018 de la Supersalud, en 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
19. Circular Externa 008/2018 de la Supersalud, en la cual se imparten adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007
20. Directiva 001 de 2021 en la cual se imparten Directrices para la atención y gestión de denuncias por posibles actos de corrupción, y/o existencia de inhabilidades, incompatibilidades o conflicto de intereses y protección de identidad del denunciante.
21. Conpes 4042, Política Nacional Antilavado de Activos, Contra la Financiación del Terrorismo y Contra la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva
22. Circular externa 20211700000005-5 de 2021 sobre 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
23. Circular externa 009 del 21 de abril de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud.
24. Manual OCDE sobre Integridad Pública, OCDE 2020.
25. Guía Para la Evaluación y Mitigación de Riesgo de Financiamiento de La Proliferación junio 2021
26. Circular Externa 20211700000004-5 del 15 de septiembre del 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

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 5 DE: 23		

## 4.2 MARCO LEGAL INSTITUCIONAL

En la elaboración y aplicación de este manual se debe tener en cuenta los siguientes documentos

- Programa de transparencia y Ética empresarial PTEE
- Código de Conducta y Buen Gobierno CCBG
- Política y Código de Integridad
- Política de Control Interno
- Sistema para la gestión del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT

## 5. GLOSARIO DEL SICOFIS

Para efectos del presente manual, los siguientes términos deben entenderse de acuerdo con las definiciones que a continuación se mencionan:

**ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:** Cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.

**ANÁLISIS DEL RIESGO:** Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del riesgo.

**CANAL ANTICORRUPCIÓN:** Herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de fraude, opacidad o corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.

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

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

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

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

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

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 6 DE: 23		

**CONFLICTO DE INTERÉS:** Situación en virtud de la cual una persona (funcionario, contratista o tercero vinculado al sector salud), debido a su actividad se enfrenta a distintas situaciones frente a las cuales podría tener intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede ser privilegiado en atención a sus obligaciones legales o contractuales<sup>10</sup>.

**CONSECUENCIA:** Efectos generados por la ocurrencia de un riesgo que afecta los objetivos o un proceso de la entidad. Pueden ser entre otros, una pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento<sup>11</sup>.

**CONTRAPARTE(S):** Son aquellas personas naturales o jurídicas con las cuales la organización y sus filiales y subordinadas tiene vínculos comerciales, de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden. Es decir, accionistas, socios, colaboradores o empleados de la empresa, clientes y proveedores de bienes y servicios.

**CONTROL DE RIESGOS:** Parte de la administración de riesgos que involucra la implementación de políticas, estándares, procedimientos para minimizar los riesgos adversos<sup>12</sup>.

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

**CORRUPCIÓN PÚBLICA:** Cuando en el acto de Corrupción intervienen funcionarios públicos y/o la acción reprochable recaiga sobre recursos públicos<sup>14</sup>

**DENUNCIA:** Es la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar<sup>15</sup>.

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

**EVENTO:** Incidente o situación que ocurre en la empresa durante un intervalo particular de tiempo. Presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.

**EVALUACIÓN DEL RIESGO:** Proceso de comparación de resultados del análisis del riesgo con los criterios técnicos para determinar si el riesgo, su magnitud (nivel) o ambos son aceptables o tolerables.

**FACTORES DE RIESGO:** Fuentes generadoras de eventos tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros.

**FAVORITISMO:** Preferencia dada al "favor" sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante<sup>16</sup>

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 7 DE: 23		

**FRAUDE:** Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios<sup>17</sup>.

A continuación, se enuncian algunas actividades constitutivas de Fraude, sin que se constituya en una lista taxativa cerrada:

- Cualquier acto encaminado a defraudar o que se ejecute con intención deshonestas;
- Apropiación indebida de fondos, títulos valores, suministros de oficina o cualquier otro activo de la entidad y/o sus clientes;
- Manejo inapropiado de dinero o transacciones financieras, incluyendo los respectivos reportes;
- Generación de ganancias personales a partir del conocimiento de información de las actividades internas de la Entidad;
- Revelar información confidencial y propietaria a terceros con el fin de obtener una ganancia, y
- Cualquier irregularidad similar o relacionada con las aquí mencionadas.

**FRAUDE EXTERNO:** Se define como los actos realizados por una persona externa a la entidad, que buscan defraudar, apropiarse indebidamente de activos de la misma o incumplir normas o leyes.

**FRAUDE INTERNO:** Se define como todos aquellos actos que de forma intencional buscan la apropiación indebida de activos o busca causar las pérdidas que se ocasionan por actos cometidos con la intención de defraudar, malversar los activos o la propiedad de la entidad. Estos actos son realizados por al menos un empleado o administrador de la Entidad.

**HURTO:** Delito consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajenas contra la voluntad de su dueño, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro<sup>18</sup>.

**IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO:** Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo. Implica la identificación de las fuentes de riesgo, los eventos, sus causas y consecuencias potenciales.

**IMPACTO:** Consecuencias o efectos que puede generar la materialización del Riesgo de Corrupción en la entidad<sup>19</sup>.

**INFORMACIÓN PRIVILEGIADA:** Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público existiendo deber para ello<sup>20</sup>.

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

**NIVEL DE RIESGO:** Magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos expresada en probabilidad e impacto o consecuencias.

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

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 8 DE: 23		

**PECULADO:** Conducta en la que incurren los servidores públicos cuando se apropian o usan indebidamente de los bienes del Estado en provecho suyo o de un tercero y cuando dan o permiten una aplicación diferente a la prevista en la Constitución o en las leyes a tales bienes, a las empresas o instituciones en que se tenga parte, a los fondos parafiscales y a los bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones 21.

**PIRATERÍA:** Obtención o modificación de información de otros, sin la debida autorización, ya sea una página web, una línea telefónica, computador o cualquier Sistema informático de una entidad 22.

**POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO:** Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.

**PREVARICATO POR ACCIÓN:** Actuación voluntaria de un funcionario público para proferir resolución, dictamen y/o conceptos contrarios a la ley.

**PREVARICATO POR OMISIÓN:** Actuación voluntaria de un funcionario público para dejar de ejecutar o cumplir con un acto propio de sus funciones 23.

**PROBABILIDAD / POSIBILIDAD:** Oportunidad que algo suceda 24.

**RIESGO:** Cualquier evento, amenaza, acto u omisión que en algún momento pueda comprometer el logro de los objetivos de la entidad 25.

**SEGMENTACIÓN:** Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos homogéneos al interior de ellos y heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).

**SOBORNO:** Ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control 26.

**SOBORNO TRANSNACIONAL:** El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional 27.

**SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE – SICOF:** Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social u órgano equivalente, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos:

- Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de las entidades sometidas a inspección y vigilancia evitando situaciones de Corrupción, Opacidad y Fraude. Para el efecto, se entiende por

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 9 DE: 23		

eficacia la capacidad de alcanzar las metas y/o resultados propuestos; y por eficiencia la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.

- Prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de Corrupción, Opacidad y Fraudes, originados tanto al interior como al exterior de las organizaciones.
- Realizar una gestión adecuada de los Riesgos.

**TRÁFICO DE INFLUENCIAS:** Utilización indebida, en provecho propio o de un tercero, de influencias derivadas del ejercicio del cargo público o de la función pública, con el fin de obtener cualquier beneficio de parte de servidor público en asunto que este se encuentre conociendo o haya de conocer. Incluye el ejercicio indebido de influencias por parte de un particular sobre un servidor público en asunto que este se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico.<sup>28</sup>

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

## 6. DIRECTRICES PARA LA POLÍTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE COFS

El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. se compromete en impulsar e implementar a nivel institucional la cultura de prevención, gestión y manejo de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno COFS, además se compromete a implementar mecanismos para evaluar y controlar el riesgo relacionado con cada una de las etapas, con cada uno de sus factores de riesgo COFS, no establecerá o mantendrá vínculos con personas naturales o jurídicas que resulten involucradas en actividades ilícitas o haya sido incluida o relacionadas en investigaciones Vigentes, por autoridades competentes, relacionadas con el riesgo COFS.

La gerencia colaborará con las autoridades competentes, suministrando la información disponible de acuerdo con las solicitudes realizadas, en cumplimiento de las disposiciones legales sobre la materia.

## 7. ETAPAS DEL SICOF

La adopción del SICOF comprende las siguientes etapas:

- Identificación
- Medición
- Control
- Monitoreo

### 7.1. IDENTIFICACIÓN

En desarrollo del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. identificara los riesgos a los que se vea expuestos con base en los factores de riesgo definidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 10 DE: 23		

Para la identificación de los riesgos, el Hospital realizara las siguientes actividades:

1. Identificar, inventariar, relacionar y documentar la totalidad de los procesos.
2. Revisar, evaluar y analizar el contexto interno y externo que permita identificar a los StakeHolders, factores de riesgo, riesgos asociados, entre otros.
3. Establecer metodologías de identificación, que sean aplicables a los procesos, con el fin de determinar los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
4. Identificar los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos, con base en las metodologías establecidas.

## 7.2. MEDICIÓN

A partir de esta etapa, se gestionará la detección para trabajar en el refuerzo de reporte de estos actos cuando se consolide la presunción, tentativa o materialización. Se deberá trabajar por una cultura organizacional en donde los reportes de eventos de Corrupción, Opacidad o Fraude se realicen de manera eficaz, eficiente y ágil. Esta etapa se encuentra orientada a descubrir las posibles conductas irregulares, los fraudes o los actos de corrupción; enfocándose en aquellas áreas especiales o sensibles a los riesgos previamente identificados, de acuerdo con la información obtenida de los establecido mecanismos de detección tales como denuncias sobre conductas irregulares o auditorías internas y externas, así como canales y protocolos de comunicación adecuados que garanticen la seguridad y confidencialidad de la información reportada a través de los mismos, los cuales también hacen parte de la etapa de monitoreo y seguimiento.

Una vez concluida la etapa de identificación, el hospital medirá la probabilidad de ocurrencia (frecuencia) de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude y su impacto (severidad) en caso de materializarse. Esta medición podrá ser cualitativa y, cuando se cuente con datos históricos, cuantitativa. Para la determinación de la probabilidad se debe considerar un horizonte de tiempo de un año.

En el proceso de medición de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, el Hospital desarrollara las siguientes actividades:

1. Establecer la metodología de medición individual y consolidada susceptible de aplicarse a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude identificados. La metodología deberá ser aplicable tanto a la probabilidad de ocurrencia como al impacto y será definida y compatible con lo definido en la Política Integral de gestión de riesgos del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E.
2. Aplicar la metodología establecida en desarrollo del literal anterior del presente Manual para lograr una medición de la probabilidad de ocurrencia y del impacto de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude en la totalidad de los procesos de la entidad, conforme la clasificación de internos y externos de los mismos.
3. Determinar el perfil de riesgo inherente de la entidad.

## 7.3. CONTROL

El Hospital tomara las medidas pertinentes para controlar los riesgos inherentes a que se vea expuesto con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto en caso de que se materialicen.

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
			HOJA: 11 DE: 23	

Durante esta etapa el Hospital realizara las siguientes actividades deberán como mínimo:

- a. Establecer la metodología con base en la cual definan las medidas de control de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
  - Establecer de manera clara los responsables de llevar a cabo la actividad de control.
  - Definir una periodicidad mínima para su ejecución.
  - Indicar cual es el propósito del control
  - Establecer el cómo se realiza la actividad de control.
  - indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.
  - Dejar evidencia de la ejecución del control.
- b. Implementar las medidas de control sobre cada uno de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- c. Determinar el perfil de riesgo residual de la entidad.

Esta etapa se busca tomar las medidas conducentes a reducir la probabilidad y el impacto causado por los eventos. El Hospital determinara y adoptara los controles o medidas conducentes a controlar el riesgo inherente. Para lo cual deberá determinar la naturaleza de los controles, preventivos, detectivos y los correctivos que buscan reducir o recuperar las pérdidas o corregir los daños ocasionados por la ocurrencia de dichos eventos, para lo cual el Hospital realizar las revisiones, validaciones, indagaciones, investigaciones y/o sanciones a que haya lugar de conformidad con las disposiciones contenidas en el Reglamento Interno de Trabajo y/o las demás normas internas o externas.

#### 7.4. MONITOREO

El Hospital realizara un monitoreo periódico del perfil de riesgo. Para el efecto, realizara las siguientes actividades:

1. Desarrollar e implementar un proceso de seguimiento efectivo, que facilite la rápida detección y corrección de las deficiencias en el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOE. Dicho seguimiento tendrá una periodicidad semestral acorde con los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude potenciales y ocurridos tanto en la entidad como en el sector salud.
2. Establecer indicadores descriptivos y/o prospectivos que evidencien los potenciales Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
3. Verificar que los controles estén funcionando en forma oportuna, efectiva y eficiente.
4. Asegurar que los riesgos residuales se encuentren en los niveles de aceptación establecidos por la entidad.
5. Generar un reporte interno de manera periódica (mínimo semestralmente) con la gestión de los riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude que contenga el perfil de riesgo inherente y residual de la entidad de acuerdo a las políticas establecidas y aprobadas, el cual debe estar a disposición de las autoridades competentes.

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 12 DE: 23		

## 8. ELEMENTOS DEL SICOFS

Para el cumplimiento de los principios y objetivos indicados con anterioridad en el presenta manual, el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. se compromete a consolidar una estructura para implementar el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOFS, que incluye los elementos que se señalan a continuación:

- Política
- Procedimientos
- Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude
- Mecanismos
- Instrumentos
- Estructura organizacional
- Documentación
- Plataforma tecnológica
- Divulgación de información y capacitaciones

### 8.1. POLITICA DEL SISTEMA DE PREVENCION DE CORRUPCION OPACIDAD FRAUDE Y SOBORNO

El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E se compromete en impulsar a nivel institucional la cultura de prevención, gestión y manejo de los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno COFS, además se compromete a implementar mecanismos para evaluar y controlar el riesgo relacionado con cada una de las etapas, con cada uno de sus factores de riesgo COFS, no establecerá o mantendrá vínculos con personas naturales o jurídicas que resulten involucradas en actividades ilícitas o haya sido incluida o relacionadas en investigaciones Vigentes, por autoridades competentes, relacionadas con el riesgo COFS.

Se establecen los siguientes objetivos de esta política:

- a. Impulsar a nivel institucional la cultura en materia de prevención de la Corrupción, Opacidad y Fraude.
- b. Establecer el deber de los órganos de Administración, de control y de sus demás funcionarios, de asegurar el cumplimiento de las normas internas y externas relacionadas con la Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- c. Permitir la prevención y resolución de conflictos de interés en la recolección de información en las diferentes etapas del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOFS, especialmente para el registro de eventos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- d. Permitir la identificación de los cambios en los controles y en el perfil de Riesgo.

### 8.2. PROCEDIMIENTOS

Se definen los siguientes procedimientos para implementación adecuada del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOFS.

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
			HOJA: 13 DE: 23	

- a. Procedimiento y metodología para identificar, medir, controlar y monitorear los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude y su nivel de aceptación- Diligenciamiento Matriz de riesgo de Corrupción
- b. Procedimiento segmentación factores de Riesgo
- c. Procedimiento y metodología para implementar y mantener el registro de eventos.
- d. Procedimiento para reporte de posibles eventos de COFS
- e. Procedimiento sobre el conocimiento de la información sobre posibles casos de corrupción, opacidad o fraude, incluyendo las reglas y principios que rijan su investigación, análisis, tratamiento, escalamiento, e información a las autoridades competentes.
- f. Procedimientos que deben implementar los órganos de control frente al SICOF. (Revisoría Fiscal, Oficina Asesora de Control Interno)
- g. Procedimiento para identificar los cambios y la evolución de los controles, así como del perfil de Riesgo-Seguimiento controles
- h. Procedimiento y Medidas por el incumplimiento del SICOF

### 8.3. MECANISMOS

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF deberá permitir al Hospital mecanismos de detección temprana cuando existe una posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude. Para ello se implementarán metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de estas posibles actividades. El Hospital debe dejar 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.

Si se llegase a detectar alguna posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude, es deber del oficial de cumplimiento, de 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.

### 8.4. INSTRUMENTOS

Los instrumentos que implementar el Hospital para la adecuada, efectiva y eficiente gestión del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF son los siguientes:

- a. Señales de alerta: Son hechos, situaciones, eventos, cuantías, indicadores cuantitativos y cualitativos, que el Hospital determinara como relevante, a partir de los cuales se puede inferir oportuna y/o prospectivamente la posible existencia de un hecho o situación que escapa a lo que la entidad, ha determinado como normal. Estas señales deben considerar cada uno de los factores de riesgo y las características de sus operaciones, así como cualquier otro criterio que a juicio de la entidad resulte adecuado. Para tal fin se definirá una herramienta técnica que permita reportar y detectar las señales de alerta.

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 14 DE: 23		

b. Segmentación de los factores de riesgo: El Hospital segmentar a cada uno de los factores de riesgo de acuerdo con las características particulares de cada uno de ellos, garantizando homogeneidad al interior de los segmentos y heterogeneidad entre ellos, según la metodología que previamente haya establecido la entidad. Esta actividad se realizará con la herramienta tecnológica.

## 8.5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y RESPONSABILIDADES DENTRO DEL SICOF

Mediante este manual el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. establecerá y asignará funciones en relación con las distintas etapas y elementos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF. Así mismo, establece como mínimo las siguientes funciones a cargo de los órganos de dirección, administración y demás áreas de la entidad.

### 8.5.1. 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, las siguientes funciones estarán a cargo de la Junta Directiva:

1. 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.
2. 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.
3. Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
4. Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad y Fraude de la entidad.
5. Pronunciarse sobre la evaluación periódica del SICOF, que realicen los órganos de control.
6. Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICOF.
7. 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.
8. Conocer los informes relevantes respecto del SICOF, e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.
9. 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.
10. 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.
11. 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.

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 15 DE: 23		

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.

### 8.5.2. REPRESENTANTE LEGAL

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

1. Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
2. Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.
3. Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.
4. 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.
5. Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.
6. 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.
7. Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la presente Circular.
8. 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.

### 8.5.3. OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

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 a la Junta Directiva desarrollando funciones de carácter eminentemente de asesoría y apoyo.

El oficial de cumplimiento asignado en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. para la ejecución del SICOF, debe cumplir como mínimo con las siguientes condiciones:

1. 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.
2. Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
3. 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.
4. 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.

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 16 DE: 23		

5. Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude medidos.
6. Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la presente Circular.
7. Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
8. Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOF.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
17. 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 auditor interno, el revisor fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SICOF, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 17 DE: 23		

#### 8.5.4. 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 informaran, de forma oportuna, los resultados a los órganos competentes.

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

##### Revisoría Fiscal

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones al Revisor Fiscal, este 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.

##### Oficina Asesora de Control Interno

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones a la Auditoría Interna, o quien ejerza el control interno, esta 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.

#### 8.6. DOCUMENTACIÓN

Respecto a la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, el hospital elaborará, aprobará y realizará custodia de los manuales, formatos, procedimientos y demás documentos específicamente requeridos para la implementación efectiva de este sistema.

Así mismo, las etapas y los elementos del SICOF, implementados por el hospital deben constar en documentos y registros, garantizando la integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida. La documentación debe incluir como mínimo:

1. Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude.
2. Los documentos y registros que evidencien la operación efectiva del SICOF.
3. Los informes de la Junta Directiva, el Representante Legal y los órganos de control en los términos de la presente Circular.
4. Mapa de Riesgos del SICOF, que contenga como mínimo: identificación de factores internos y externos, Riesgos identificados, análisis de probabilidad de ocurrencia de los Riesgos y su impacto, identificación de los controles existentes para prevenir la ocurrencia o mitigar el impacto de los

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>HOJA: 18 DE: 23</b>		

Riesgos identificados, evaluación de la efectividad de los controles y definición de las acciones de mejoramiento necesarias.

5. Metodología e instrumentos para la gestión de Riesgos de Corrupción, la Opacidad y el Fraude en la entidad, incluyendo la definición y funciones de los comités u órganos responsables.
6. Políticas establecidas en materia de manejo de información y comunicación, que incluyan mecanismos específicos para garantizar la conservación y custodia de información reservada o confidencial y evitar su filtración.
7. 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.
8. Los análisis del registro de eventos de Corrupción, Fraude y Opacidad deben permitir establecer procesos de prevención y anticipación.

Por último, conservación de los documentos aquí mencionados, de acuerdo con el art. 28 de la Ley 962 de 2005, deben conservarse por un periodo 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.

cabe anotar que los criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de los documentos aquí mencionados, de acuerdo con el art. 28 de la Ley 962 de 2005, deben conservarse por un periodo 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.

### **8.7. PLATAFORMA TECNOLÓGICA**

El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. de acuerdo con sus actividades y tamaño, ha decidido contar con la tecnología y los Sistemas necesarios para garantizar el adecuado funcionamiento del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, por lo cual se adquirieron los servicios de una Plataforma tecnológica que permite segmentar y validar matrices de riesgos.

### **8.8. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

El Hospital diseñara un sistema efectivo, eficiente y oportuno de reportes tanto internos como externos que garantice el funcionamiento de sus procedimientos y los requerimientos de las autoridades competentes.

La divulgación de la información debe hacerse en forma periódica y estar disponible, cuando así se requiera. Así mismo, el Hospital diseñara un Sistema adecuado de reportes tanto internos como externos, que garantice el funcionamiento de los procedimientos y el cumplimiento de los requerimientos normativos.

En el caso del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, el reporte externo que debe efectuar es en relación con las posibles actividades de Corrupción, Opacidad o Fraude, es deber del oficial de cumplimiento reportar a las entidades competentes según la actividad.

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
			HOJA: 19 DE: 23	

Así mismo, el Hospital debe mantener una comunicación eficaz, que fluya en todas las direcciones a través de todas las áreas de la organización. Adicionalmente, cada empleado debe conocer el papel que desempeña dentro de la organización y dentro del SICOF, y la forma en la cual las actividades a su cargo están relacionadas con el trabajo de los demás. Para el efecto, la entidad dispondrá de medios para comunicar la información significativa y de forma asertiva y clara, tanto al interior de la organización como hacia su exterior.

Ahora bien, en relación con los canales de comunicación, la entidad implementará canales de comunicación particulares para la recepción de denuncias correo electrónico (oficialdecumplimiento@hosdenar.gov.co), con el fin que las personas sean internas o externas a la entidad y que detecten eventuales irregularidades, incumplimientos normativos, violaciones al manual de prevención del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude, u otros hechos o circunstancias que afecten o puedan afectar el adecuado funcionamiento del SICOF, puedan ponerlos en conocimiento del oficial de cumplimiento. Estos canales de comunicación particulares para la recepción deben contar con salvaguardias que garanticen la confidencialidad de la información y de la identidad de la persona que está entregando la información.

### 8.9. CAPACITACIÓN

El Hospital diseñará, programará y coordinará con una periodicidad anual planes de capacitación sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, dirigidos a todas las áreas y funcionarios.

Tales programas deben, cuando menos cumplir con las siguientes condiciones:

1. Periodicidad anual.
2. Ser impartidos durante el proceso de inducción de los nuevos funcionarios.
3. Ser impartidos a los terceros siempre que exista una relación contractual con estos y desempeñen funciones de la entidad.
4. Ser constantemente revisados y actualizados.
5. Contar con los mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos con el fin de determinar la eficacia de dichos programas y el alcance de los objetivos propuestos.

### 8.10. COLABORACIÓN CON LA JUSTICIA Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS

De conformidad con la Constitución Política de Colombia, tanto los particulares como las autoridades deben ceñir sus actuaciones a la buena fe, respetar a las autoridades y colaborar con la justicia. En tal sentido, debe entenderse que la información requerida por las autoridades judiciales y administrativas de parte de las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, son de carácter confidencial y privada, y está subordinada a los fines de la Administración de justicia y de las investigaciones que realizan dichas autoridades.

Lo anterior, en tanto sea ejercida por funcionarios competentes y tenga por objeto garantizar el derecho de todos los ciudadanos. Esta situación, considerada de orden público, permite levantar y ceder las prerrogativas de la reserva sobre los papeles privados. En los eventos en los cuales esta Superintendencia,

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
		HOJA: 20 DE: 23		

en ejercicio de sus facultades legales, o alguna otra autoridad competente, investigue sobre los mismos, las entidades vigiladas deben guardar absoluta reserva sobre el contenido de tales investigaciones.

Así mismo, el Hospital debe adoptar las 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.

### **9. PARÁMETROS CONCRETOS DETERMINADOS PARA EL MANEJO DE CONFLICTOS DE INTERÉS**

Respecto al manejo de conflicto de intereses, el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. formulo, aprobó y esta en proceso de implementación de una Política para la identificación, reporte, manejo y gestión de los conflictos de intereses, la cual se desarrolla en el marco de la implementación del Modelo Integrado de Planeacion y gestión MIPG, cuenta con un formato para el reporte del conflicto de intereses y un procedimiento para el análisis y gestión de las situaciones reportadas.

Por lo cual se remite a dicha política y sus herramientas para la gestión de los conflictos de intereses.

### **10. Políticas sobre protección a las personas que informen sobre posibles casos de corrupción, opacidad o fraude bajo el principio de buena fe frente a represalias**

Toda persona que reporte posibles hechos de corrupcion recibira proteccion bajo el principio de buena fe y no sera objeto de represalias por el hecho de reportar la situacion, la administracion y la junta directiva velaran porque reciba proteccion, respeto y se proteja su dignidad.

Se tomarán las medidas administrativas, y de reubicación que la situación requiera.

### **11. POLÍTICAS SOBRE CONFIDENCIALIDAD DE LAS PERSONAS QUE INFORMEN SOBRE POSIBLES CASOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD O FRAUDE Y DE LA IDENTIDAD DE LOS DENUNCIANTES.**

El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. y todos sus órganos de dirección se comprometen a guardar completa reserva y confidencialidad sobre la informacion de la identidad de las personas que brinden informacion sobre posibles actos de corrupcion.

### **12. REGISTRO Y REPORTE DE POSIBLES CASOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD O FRAUDE Y DE LA IDENTIDAD DE LOS DENUNCIANTES.**

Las personas (funcionarios o Contratistas) de cualquier área del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E., que reciban denuncias o alertas por posibles actos de corrupción, Opacidad, fraude o Soborno, deberán registrarlas, sin excepción, en el Sistema PQR hacienda claridad sobre la forma en que se accedió a dicha información.

Esta Plataforma deberá garantizar la Confidencialidad de la información y que los hechos relacionados con Corrupción, Opacidad, Fraude o Soborno allí registrados, sólo sean conocidos por el Oficial de cumplimiento.

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
			HOJA: 21 DE: 23	

Para ello, se deberá tener en cuenta que el aportante deberá suministrar la siguiente información:

- Una descripción clara, detallada y precisa de los hechos (Qué ocurrió, o va a ocurrir).
- Describir cuándo y en dónde sucedieron o suspenderán los hechos. (Tiempo y lugar).
- Señalar el o los presuntos responsables o las señales particulares que permitan individualizarlo. (Quién o quiénes son los responsables).
- Adjuntar las evidencias que sustentan el relato en caso de tenerlas. (Fotos, grabaciones, documentos).
- Si así se autoriza, suministrar nombre y dirección de residencia, teléfono y correo electrónico, para contactar al denunciante en el evento de ser necesario.

### 13. MECANISMOS PARA EVITAR EL USO DE INFORMACIÓN PRIVILEGIADA O RESERVADA

Con base en el Código General Disciplinario - Ley 1952 del 28 de enero de 2019, efectuó una reorganización a los principios rectores del Derecho Disciplinario, encabezando como primer principio orientador de la actuación disciplinaria la dignidad humana, se establece como falta disciplinaria grave el uso de información privilegiada y reservada, mas aun cuando dicha informacion pueda afectar la integridad personal de un funcionario o persona que haya reportado un posible hecho de corrupcion, o dicha divulgación de información pueda afectar o alterar el curso de una investigación por parte de las autoridades colombianas.

### 14. CONSECUENCIAS Y SANCIONES DE LA INOBSERVANCIA DEL MANUAL DE LA PREVENCIÓN DEL SICOF.

A partir de la fecha de vigencia de este Manual, las políticas relacionadas con el SICOFs serán de obligatorio cumplimiento para todas las partes interesadas, el incumplimiento de las políticas aquí establecidas dará lugar a las siguientes sanciones, sin perjuicio de las actuaciones ante los organismos o autoridades a que haya lugar, es de mencionar que las sanciones serán interpuestas por la autoridad competente, una vez la situación sea evaluada por el Oficial de Cumplimiento:

#### SANCIONES PARA COLABORADORES

La no adhesión a las políticas sobre prevención de corrupción, opacidad, fraude y soborno o la inobservancia por parte de los servidores del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E a las disposiciones e instrucciones contenidas en este manual y en todas las normas que regulan la administración del riesgo de corrupción, opacidad, fraude y soborno, dará lugar a medidas de carácter disciplinario contenidas en el Código General Disciplinario - Ley 1952 del 28 de enero de 2019. La violación a las leyes contra el lavado de activos puede además conllevar penas privativas de la libertad a sus servidores infractores; así como, la imposición de multas significativas a la entidad infractora.

Sanciones administrativas, penales y/o patrimoniales consagradas en las normas y leyes vigentes.

Sanciones penales que por conducta punible de lavado de activos y financiación del terrorismo contemple la Ley Colombiana.

	<b>MANUAL DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE</b>	<b>CÓDIGO:</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>	
		MNGES-001	30 DE AGOSTO DE 2024	
		<b>VERSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>	
		01	30 DE AGOSTO DE 2024	
			HOJA: 22 DE: 23	

## SANCIONES CONTRA PROVEEDORES Y CLIENTES

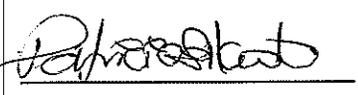
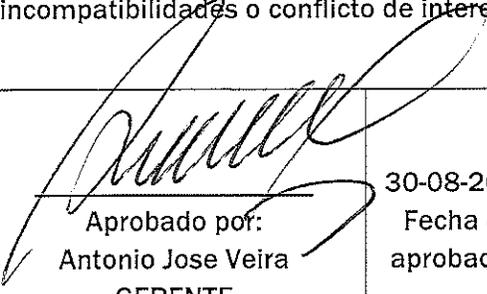
Terminación de cualquier relación de tipo contractual o comercial por justa causa, de la misma forma inicio de acciones legales según las consecuencias o impactos que para el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. implique el evento de corrupción, opacidad, fraude y soborno, todo esto, de conformidad con la legislación aplicable.

No obstante, lo anterior, en todo caso se informará a las autoridades competentes y esta aplicarán las penas y sanciones que establece el Código Penal Colombiano, que sean impartidas por un Juez de la República.

## 15. BIOGRAFIA

- Monroy Estupiñan, S.A., Pineda Lozano, L.S., Peña Guarín, G & Lizarzaburu Bolaños, E. (2021) Gestión Antisoborno: evaluación en una economía Latinoamericana con base en la norma técnica NTC ISO 37001:2017. SIGNOS, Investigación en Sistemas de Gestión, 14(1).
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000: 2009.
- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 37001: 2016.
- Circular Externa 007/2017 de la Supersalud en la cual se imparten Instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y buen gobierno.
- Boshell Norman Carlos A, Señales De Alerta Que Pueden Indicar Financiamiento De La Proliferación De Armas De Destrucción Masiva.
- Circular Externa 004/2018 de la Supersalud, en 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
- Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas, FIIAPP; Cooperación Española; Caracterización de riesgos y prácticas de corrupción y opacidad, e identificación de niveles de tolerancia a la corrupción en el sistema de salud colombiano.
- Circular Externa 008/2018 de la Supersalud, en la cual se imparten adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007

Directiva 001 de 2021 en la cual se imparten Directrices para la atención y gestión de denuncias por posibles actos de corrupción, y/o existencia de inhabilidades, incompatibilidades o conflicto de intereses y protección de identidad del denunciante.

 Realizado por : Luis Antonio Mueses PROF.ESPECIALIZADO GESTIÓN DE CALIDAD	 Revisado Por: Patricia Salcedo JEFE OFICINA ASESORA PLANEACIÓN	 Aprobado por: Antonio Jose Veira GERENTE	30-08-2024 Fecha de aprobación
---	--	--	--------------------------------------

Versión	Fecha	Cambios
01	30-08-2024	Creación del documento