ACUERDO No. 1.02.063-2023 DE 2023
(DICIEMBRE 13 de 2023)

"POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL (PTEE) DE QUE TRATA LAS CIRCULARES EXTERNAS DE LA SUPERSALUD 20211700000004-5 DEL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2021, 20211700000005-5 DEL 17 DE SEPTIEMBRE DE 2021, Y 202215100000005-3 DEL 05 DE AGOSTO DE 2022 DE LA RED DE SALUD CENTRO E.S.E.

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA RED DE SALUD CENTRO E.S.E., en uso de sus atribuciones legales y estatutarias, en especial las señaladas en el Acuerdo Municipal No. 106 del 11 de enero de 2003, artículo 24 de las funciones de la Junta Directiva numeral 24 del Acuerdo de Junta Directiva 1.02.041 del 13 de septiembre del 2022,

CONSIDERANDO

Que, la Red de Salud de Centro como Empresa Social del Estado del Distrito de Santiago de Cali, tiene categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden distrital, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, prestador de servicios de salud del primer nivel de atención y en consecuencia hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que, la Superintendencia Nacional de Salud mediante Circular Externa No. 000009 del 21 de abril de 2.016, impartió a sus vigiladas instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y La Financiación del Terrorismo (SARLAFT).

Que, mediante la citada Circular Externa, la Superintendencia Nacional de Salud busca generar mecanismos de lucha contra el lavado de activos y contra la financiación del terrorismo, por lo que requiere implementar un sistema que evite el uso de activos que provienen de actividades delictivas o que sean utilizados para ocultar la procedencia de recursos ilícitos, por lo cual introduce criterios y parámetros a sus agentes vigilados.

Que, de conformidad con el artículo 10 de la Ley 526 de 1.999, las autoridades que ejercen funciones de inspección, vigilancia y control deben instruir a sus vigilados sobre las características, periodicidad y controles con relación a la información que se debe reportar a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF)

Que, la Superintendencia Nacional de Salud mediante la Circular Externa 00009 de Abril 21 de 2016 y Circular Externa 20211700000005-5 del 17 de septiembre del 2021 ha dado claras instrucciones de obligatorio cumplimiento para los Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de que adopten

políticas y medidas integrales de carácter institucional que se deben reflejar en Manuales y Procedimientos que permitan establecer e implementar un Sistema de Administración del Riesgos del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo "SARLAFT" y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude "SICOF".

Que, en las citadas circulares la Superintendencia Nacional de Salud fija expresas funciones a las Juntas Directivas de las vigiladas, las cuales son de obligatorio cumplimiento y por tanto deben ser adoptadas con el fin de realizar el seguimiento a las políticas e informes que al respecto se profieran.

Que la Circular Externa 0004 de 2018, 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.

Que la Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022, por la cual se imparten lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, y modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno.

Que, es necesario dar alcance a las previsiones de las circulares 20211700000004-5, 20211700000005-5 y 2022151000000053-5 del 15,17 de septiembre de 2021 y 05 de agosto de 2022, para aprobar el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE).

Que por lo anterior,

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR Y ADOPTAR el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE), de la Red de Salud Centro ESE, que forma parte del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude "SICOF", el cual está definido de la siguiente manera:

1. DEFINICIONES.

- **Activos:** son todos los activos, corrientes y no corrientes, reconocidos en el estado de situación financiera que corresponden a los recursos económicos presentes controlados por la sociedad.

- **Alta Dirección:** son las personas naturales o jurídicas, designadas de acuerdo con los estatutos sociales o cualquier otra disposición interna de la sociedad y la ley colombiana, según sea el caso, para administrar y dirigir a la sociedad, trátese de miembros de cuerpos colegiados o de personas individualmente consideradas. Dentro de ellos se encuentran los miembros de la Junta Directiva y el Representante Legal.

- **Auditoría de Cumplimiento:** es la revisión sistemática, crítica y periódica respecto de la debida ejecución del PTEE.

- **Canales de Denuncias de la Superintendencia Nacional de Salud:** son los sistemas de reporte en línea de denuncias sobre actos de soborno transnacional y corrupción, dispuestos por la Supersalud en su página web.

- **Conflicto de intereses:** Son aquellas situaciones en las que el juicio de un sujeto, en lo relacionado a un interés primario para él o ella, y la integridad de sus acciones, tienden a estar indebidamente influenciadas por un interés secundario, el cual frecuentemente es de tipo económico o personal.

- **Contratista:** se refiere, en el contexto de un negocio o transacción internacional, a cualquier tercero que preste servicios a la sociedad o que tenga con ésta una relación jurídica contractual de cualquier naturaleza. Los contratistas pueden incluir, entre otros, a proveedores, intermediarios, agentes, distribuidores, asesores, consultores y a personas que sean parte en contratos de colaboración o de riesgo compartido con la persona jurídica.

- **Operador Disciplinario:** El operador Disciplinario de la entidad es el Subgerente administrativo y financiero, conforme lo indica el acuerdo 046 de 2007, en cuyas funciones se encuentran investigar las presuntas faltas disciplinarias de los servidores de la Red de Salud Centro ESE, lo que incluye a los servidores públicos de carrera y al personal administrativo.

- **Corrupción:** serán todas las conductas encaminadas a que una empresa se beneficie, o busque un beneficio o interés, o sea usada como medio en, la comisión de delitos contra la administración o el patrimonio públicos o en la comisión de conductas de soborno transnacional.

- **Fraude:** Una ofensa intencional de engañar a alguien con el fin de ganar un ventaja desleal o ilegal (financiera, política o de cualquier otra).

- **Funcionario:** Personas naturales que ejercen la función pública y establecen una relación laboral con el estado.

- **Entidad Estatal:** Son creadas por la constitución, la ley, ordenanza o acuerdo, o autorizadas por éstas, que tengan participación pública, donde se cumple una función administrativa, comercial o industrial.

- **Grupos de interés:** Los grupos de interés (Stakeholders), son personas y organizaciones que están interesadas e involucradas con la entidad que usted representa e interactúan con la misma, la identificación de las expectativas, necesidades y canales de comunicación con sus grupos de interés es fundamental para el desarrollo de la estrategia.

  Es importante aclarar que los grupos de interés abarcan un importante abanico de actores, que van desde sus mismos compañeros de trabajo, directivas, autoridades, ciudadanía, proveedores, entre otros.

- **Matriz de Riesgo:** es la herramienta que le permite a la empresa identificar los riesgos de corrupción o de soborno transnacional.

- **Oficial de Cumplimiento:** es la persona natural encargada de identificar, medir, evaluar, gestionar y mitigar los riesgos de corrupción y soborno transnacional que puedan comprometer a la empresa. También de elaborar e implementar las medidas para prevención y lucha contra estos riesgos. Así como de dirigir el PTEE.

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

- **Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE):** Es el documento que recoge la Política de la empresa en torno a los riesgos de corrupción y soborno transnacional, con el fin de identificarlos, detectarlos, prevenirlos, gestionarlos y mitigarlos.

- **Riesgos de Corrupción (C):** es la posibilidad de que, por acción u omisión, se desvíen los propósitos de la administración pública o se afecte el patrimonio público hacia un beneficio privado.

- **Señales de Alerta:** Son los hechos, situaciones, eventos, cuantías, indicadores cuantitativos y cualitativos, razones financieras y demás información que la compañía determine como relevante, a partir de los cuales se puede inferir oportuna y/o prospectivamente la posible existencia de un hecho o situación inusual o sospechosa.

- **SIAR:** Sistema Integrado de Administración de Riesgos

- **SICOF:** Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- **Soborno:** Acto de ofrecer dinero, servicios u otros objetos de valor, con el fin de persuadir a una persona a realizar algo a cambio.
- **Riesgo inherente:** Es el riesgo intrínseco de cada actividad, sin tener en cuenta los controles que de éste se hagan a su interior.
- **Riesgo residual:** Riesgo que queda después de considerar el impacto de los controles de mitigación sobre la reducción del riesgo.

2. REQUISITOS LEGALES.

- Ley 599 de 2000, por el cual se expide el Código Penal.
- Ley 1474 de 2011, por el 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
- Ley 2195 de 2022, Por la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1778 de 02 de febrero de 2016, por 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
- Circular Externa 0007 de 2017, por la cual se profundizan las instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno EPS, EMP y SAP.
- Circular Externa 000003 de 2018, por medio de la cual se imparten instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales - código de conducta y de buen gobierno IPS de los grupos C1 y C2.
- Circular Externa 0004 de 2018, 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.

- Circular Externa 53-5 de 2022, por la cual se imparten lineamientos respecto al programa de transparencia y ética empresarial, modificaciones a las circulares externas 007 de 2017 y 003 de 2018 en lo relativo a la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno.

3. OBJETIVO

El presente documento tiene como objetivos:

- Compilar en un solo documento los criterios generales de la entidad en la identificación, prevención y control de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude.

- Vincular y comprometer a los colaboradores en el conocimiento, prevención y control de dichos riesgos.

- Proteger la reputación, principios y valores de la de la entidad y de sus colaboradores, así como su compromiso ético con la sociedad, evitando la comisión de prácticas corruptas o relacionadas con la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, o en general, contrarias a los principios éticos que rigen la función pública.

- Formular las políticas del PTEE, que ayuden a prevenir los riesgos identificados en el marco de este programa, para ser aplicadas por los funcionarios, colaboradores y terceros que tengan relación contractual con la entidad.

4. ALCANCE

Este programa es de obligatoria aplicación y cumplimiento por parte de todas las personas naturales o jurídicas relacionadas con La RED DE SALUD CENTRO E.S.E.; es decir que impacta a la alta dirección, funcionarios (bajo todo tipo de contratación), proveedores, usuarios y demás personas que tengan una relación comercial o jurídico-contractual con la entidad.

5. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

5.1. FUNCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA

- Definir y aprobar las estrategias y políticas generales relacionadas con el SICOF, con fundamento en las recomendaciones del Oficial de Cumplimiento para la ejecución del SICOF.

- Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de Cumplimiento para la ejecución del SICOF y hacer seguimiento a su cumplimiento.

- Aprobar el manual de prevención de la corrupción, la opacidad, el fraude y el soborno y sus actualizaciones.

- Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno de la entidad.

- Pronunciarse sobre la evaluación periódica del SICOF, que realicen los órganos de control.

- Proveer los recursos necesarios para implementar y mantener en funcionamiento, de forma efectiva y eficiente, el SICOF.

- Pronunciarse respecto de cada uno de los puntos que contengan los informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento para la ejecución del SICOF.

- Conocer los informes relevantes respecto del SICOF, e impartir las órdenes necesarias para que se adopten las recomendaciones y correctivos a que haya lugar.

- Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias, a través de informes periódicos que presente el Oficial de Cumplimiento del SICOF, sobre la gestión de éste en la RED DE SALUD CENTRO E.S.E. y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.

- Evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICOF, que formulen el Oficial de Cumplimiento y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.

- Analizar los informes que presente el Oficial de Cumplimiento 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 que se tomen en este cuerpo colegiado respecto del SICOF, deben constar por escrito en el acta respectiva.

5.2. FUNCIONES DEL GERENTE DE LA RED DE SALUD CENTRO E.S.E.

- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.

- Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del SICOF.

- Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.

- 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.

- Velar por la correcta aplicación de los controles del riesgo inherente, identificado y medido.

- Recibir y evaluar los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento para la ejecución del SICOF, de acuerdo con los términos establecidos en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.

- Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.

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

5.3. FUNCIONES DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

- Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva, el manual del Sistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude y sus actualizaciones.

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

- Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad administre efectivamente sus riesgos de prevención y detección de la corrupción, la opacidad, el fraude y el soborno, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 y las normas que complementen o modifiquen.

- 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.

- Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno medidos.

- Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 y las normas que complementen o modifiquen.

- Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno.

- Desarrollar los programas de capacitación relacionados con el SICOF.

- 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.

- 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.

- Informar a la Junta Directiva sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.

- Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, 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 de la Junta Directiva.

- Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.

- Proponer a la Junta Directiva programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude y Soborno, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.

- Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF, en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.

- Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.

- Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (judiciales y/o disciplinarlos) para fortalecer el SICOF.

- El Oficial de Cumplimiento es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de prevención y control, y verificar al interior de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E. su operatividad y su adecuado funcionamiento, para lo cual debe demostrar la ejecución de los controles que le corresponden.

- El Oficial de Cumplimiento 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.

5.4. FUNCIONES DEL REVISOR FISCAL

- 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, el Fraude y el Soborno - SICOF.

- Poner en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOF, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ellos a la Junta Directiva.

5.5. FUNCIONES DEL ASESOR DE CONTROL INTERNO (AUDITORÍA INTERNA)

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 e informar los resultados de la evaluación al Representante Legal y a la Junta Directiva.

6. POLÍTICAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL - PTEE

Es deber de los órganos de control, administración, de gestión y todos los funcionarios de La RED DE SALUD CENTRO E.S.E., aplicar de forma estricta la ejecución de las siguientes políticas con el objetivo de alcanzar una seguridad razonable en el logro de los objetivos del PTEE, dichas políticas son las siguientes:

6.1. POLÍTICAS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGO

El Oficial de Cumplimiento y su equipo de apoyo, será el responsable de diseñar las metodologías para la medición y monitoreo de los riesgos y aplicarlas para la determinación de los perfiles de riesgo inherente y residual, así como monitorearlos periódicamente.

6.2. CONTROL INTERNO - POLÍTICA GENERAL

La Oficina de Control Interno de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E. se compromete a realizar la evaluación de controles de la organización mediante las actividades de asesoría, acompañamiento, evaluación, seguimiento, fortalecimiento del autocontrol y la relación con los Entes Externos de Control. Propendiendo por el equilibrio financiero, la rentabilidad y la satisfacción de los grupos de interés.

El Asesor de la Oficina de Control Interno y su equipo periódicamente realizan actividades para fomentar la cultura del Autocontrol entre los funcionarios de la Red de Salud del Centro ESE, los principios esenciales del sistema de Control Interno, utilizando los espacios de participación directa, los medios de comunicación establecidos y efectuando recomendaciones en la Entidad.

6.3. OPERADORES DISCIPLINARIOS - POLITICA GENERAL

Los Operadores Disciplinarios deben prevenir y corregir la violación de los deberes y sancionar la incursión en las prohibiciones de los servidores públicos conforme lo determinado por la Ley. Buscando garantizar y contribuyendo a la buena prestación de la administración pública, procurando asegurar "Que la función pública sea ejercida en beneficio de la comunidad y para la protección de los derechos y libertades de los asociados".

El responsable de Control Interno Disciplinario debe propender por el cumplimiento de una eficiente Administración y eficaz prestación del servicio, a través de la vigilancia y control de la conducta de los funcionarios en su desempeño frente al estado y los ciudadanos. Teniendo como base y fortaleza conceptual "que la función administrativa, que se encuentra al servicio de los intereses comunes, se cumpla con fundamento en los principios de imparcialidad, celeridad, transparencia, eficacia y moralidad" según lo ordena el artículo 209 de la Constitución Política.

6.4. GESTION DEL TALENTO HUMANO - POLÍTICA GENERAL

El Equipo de Gestión del Talento Humano implementará acciones para el fortalecimiento del Talento Humano, mediante principios constitucionales de justicia, equidad, imparcialidad y transparencia en las diferentes actividades de planificación, selección, inducción y reinducción, formación y capacitación, compensación, bienestar social, evaluación del desempeño y salud ocupacional.

6.4.1. POLÍTICA DE OPERACIÓN

(...) El responsable de Gestión del Talento Humano desarrollará el programa de inducción y/o re inducción, el cual incluirá entre otros conocimientos generales de la empresa y sus políticas, plataforma estratégica, código de ética, las normas de bioseguridad y salud ocupacional, con el fin de facilitar y fortalecer la integración del colaborador a la cultura organizacional familiarizándolo con la estructura funcional de la empresa.

6.5. POLÍTICAS DE LA COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL (PTEE)

El SICOF implementado en la RED DE SALUD CENTRO E.S.E. garantiza que los requerimientos de autoridades, así como los requerimientos de los entes de control interno y externos se atienden de forma efectiva, eficiente y oportuna.

La información del PTEE y el SICOF será administrada por el Oficial de Cumplimiento, quien la dispondrá a los entes internos y externos en conformidad con la finalidad requerida y conservando las características de confidencialidad.

La entidad establecerá mecanismos a través de los cuales se puedan recibir reportes internos y externos relacionados con situaciones de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno.

Por lo menos cada semestre el Oficial de Cumplimiento elaborará un reporte que permita establecer el perfil de riesgo residual, la evolución individual y general de los perfiles de riesgo, de las fuentes de riesgo y de los riesgos asociados, el cual se dará a conocer a la Alta Dirección, a la Junta Directiva y se incluirá en el informe de gestión del cierre de cada ejercicio anual.

6.6. POLÍTICAS DE LAS SANCIONES

El incumplimiento o violación a las políticas y normas del PTEE y el SICOF constituye una falta grave. En consecuencia y en los casos en que haya lugar, se aplicarán los procedimientos y las sanciones establecidas por la entidad.

En la divulgación de esta política a los funcionarios, se darán a conocer las sanciones que acarreará el no cumplir y acatar las políticas y normas relacionadas.

Es responsabilidad de todos los funcionarios, el cumplimiento a cabalidad con las instrucciones impartidas y que cualquier información relacionada con el PTEE y el SICOF, se ponga de manera inmediata en conocimiento del Oficial de Cumplimiento.

6.7. POLÍTICA DE REGALOS O INVITACIONES

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. establece como norma de comportamiento él no recibir ni aceptar ningún obsequio o regalo de proveedores de bienes o servicios, o de potenciales proveedores, en general terceros, que puedan generar algún tipo de compromiso o influencia en el desarrollo de la relación contractual.

Rehusarnos a aceptar en forma directa o indirecta, regalos, favores, donaciones, invitaciones, viajes o pagos en desarrollo de los servicios y funciones que les compete que puedan influir en sus decisiones para facilitar contratos, nombramientos u operaciones en beneficio propio o de terceros.

Los regalos, invitaciones, patrocinios, asistencia a eventos, y cualquier otra tipología similar deberán hacerse a favor de La RED DE SALUD CENTRO E.S.E., para que sea la entidad, cuando aplique, la que decida a qué funcionario se le otorgará dicho beneficio, conforme con la pertinencia y conveniencia que se evalúe. En aquellos eventos en que se presenten inquietudes, vacíos o dudas respecto a la aplicación de estas políticas, estos deberán ser puestos en conocimiento del oficial de cumplimiento, para que evalúen en primera instancia la situación y posteriormente, si es del caso, sea escalado al Comité de Ética.

6.8. POLÍTICA DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los conflictos de intereses son situaciones en las que existen intereses privados en los funcionarios, que les pueden impedir o le impiden actuar de forma objetiva e independiente en el ejercicio de sus funciones. Estos intereses pueden ser de tipo económico, profesional, de relacionamiento, laboral, entre otros. Pueden ser propios, o de sus parientes, amigos, socios, u otros terceros con un vínculo estrecho.

Los funcionarios, contratistas, proveedores y demás partes interesadas de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E.:

- Deberán velar por la protección de los intereses de la entidad cuando se encuentren en el ejercicio de sus funciones. En sus comportamientos deberán primar estos intereses por sobre los intereses privados que puedan tener.

- Cuando se encuentren en una situación de conflicto de intereses, deberán declarar el conflicto.

- Se abstendrán de actuar o decidir cuándo se encuentren en una situación de conflicto de intereses. Deberán aguardar a que se tomen las medidas frente a la función que se desempeña en la entidad.

- Se deberán declarar las situaciones de conflicto de intereses, incluso cuando el funcionario o contratista haya actuado o tomado una decisión existiendo previamente el conflicto.

- Se deberán declarar las situaciones de conflicto de intereses incluso cuando se tenga duda que efectivamente se está inmerso en una. En estos casos, también se podrá solicitar orientación al Oficial de Cumplimiento del SICOF, planteándole la situación y la correspondiente duda.

- Cuando se tenga sospecha de que un funcionario de la entidad se encuentra inmerso en una situación de conflicto de intereses, se deberá denunciar este hecho a través de los canales de denuncia dispuestos.

- Evitar atender asuntos personales en horas laborales o haciendo uso de recursos de la organización.

- Evitar solicitar un honorario, recompensa, obsequio, remuneración o asunto de valor, con relación a algún servicio, transacción o contrato que se realice en la entidad.

- Abstenernos de desarrollar durante las horas de trabajo y dentro de las instalaciones, actividades sociales, políticas o sindicales, excepto con autorización previa tratándose de éstas últimas.

- Negarnos a entregar información a terceros que menoscabe la posición de la organización, en procura de beneficios personales.

- Renunciar a utilizar indebidamente información privilegiada o confidencial para obtener provecho o salvaguardar intereses individuales propios o de terceros.

- Rechazar todas aquellas prácticas que atenten contra la integridad y la transparencia de la gestión de la Red de Salud del Centro ESE y contra el buen uso de los recursos públicos.

- Impedir todo tráfico de influencias para privilegiar trámites.

- Guardar confidencialidad y proteger aquella información a la que tenemos acceso con ocasión de las funciones o labores y que sea de carácter reservado.

- Abstenerse de alterar o distorsionar la información de la E.S.E Centro o de sus clientes, y de ofrecer información inexacta o que no corresponda a la realidad.

6.9. POLÍTICA DE CLASIFICACIÓN Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. define los niveles más adecuados para clasificar su información de acuerdo con los requisitos legales, criticidad, susceptibilidad a divulgación no autorizada, y genera la Guía para la clasificación de los activos de información con el fin de que los propietarios de esta las apliquen y ejecuten los controles requeridos para su protección.

6.10. POLÍTICA GLOBAL DE SEGURIDAD DIGITAL

En la RED DE SALUD CENTRO E.S.E. es vital brindar la confianza a nuestros usuarios y partes interesadas, propendiendo porque la información administrada está debidamente protegida.

Los productos y servicios están asegurados con un modelo de seguridad digital, que gestiona los riesgos para garantizar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y privacidad que contribuyen al desarrollo de la estrategia de negocio y el cumplimiento de metas.

6.11. POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD POR LOS ACTIVOS

La información, archivos físicos, los sistemas, los servicios y los equipos (ej. estaciones de trabajo, equipos portátiles, impresoras, redes, Internet, correo electrónico, herramientas de acceso remoto, aplicaciones, teléfonos y faxes, entre otros) son propiedad de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E., y se proporcionan a los funcionarios y terceros autorizados para cumplir con la misión de la entidad.

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. como propietaria de la información delega en los líderes de procesos las directrices que regulan el uso adecuado de los activos de la información en su ciclo de vida.

Los recursos tecnológicos de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E., deben ser utilizados de forma ética y en cumplimiento de las leyes y reglamentos vigentes, con el fin de evitar daños o pérdidas sobre la operación o la imagen de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E.

6.12. POLÍTICA DE ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN DIGITAL

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. proporciona los medios de almacenamiento seguros a nivel local como en la nube, con el fin de facilitar el acceso, uso y respaldo de la información, mitigando el riesgo de pérdida y acceso no autorizado a la misma.

Uso de medios de almacenamiento

- Toda solicitud para utilizar un medio de almacenamiento de información compartido deberá contar con la autorización del titular del área dueña de la información y ajustarse a las directrices que se manejan para este tipo de carpetas, en ningún momento podrán convertirse en depósitos archivos. Dicha solicitud deberá explicar en forma clara y concisa los fines para los que se otorgará la autorización, ese documento se presentará con firma del líder del proceso involucrado y del líder del Proceso de Gestión de la información y Tic .

El Proceso de Gestión de la información y Tic respalda de manera periódica la información sensible y crítica que se encuentre en sus computadores, en las carpetas autorizadas.

En caso de que se requiera algún respaldo de información a algún medio externo, este servicio deberá solicitarse o autorizarse por escrito por el Proceso de Gestión de la información y Tic .

Los trabajadores o colaboradores de la Red de Salud del Centro E.S.E deben conservar los registros o información que se encuentra activa y aquella que ha sido clasificada como reservada o confidencial, de conformidad a las disposiciones propias para su cargo.

Las actividades que realicen los usuarios de la Red de Salud del Centro E.S.E en la infraestructura de Tecnología de la Información son registradas y susceptibles de auditoría.

6.13. POLÍTICA DE ACCESO A REDES Y RECURSOS DE RED

El Proceso de Gestión de la información y Tic, de La RED DE SALUD CENTRO E.S.E., como responsable de las redes de datos y los recursos de red de la Empresa, propende porque dichas redes sean debidamente protegidas contra accesos no autorizados a través de mecanismos de control de acceso lógico y físicos monitoreados y con capacidad de generar alertas.

Será considerado como un ataque a la seguridad informática y una falta grave, cualquier actividad no autorizada por el Proceso de Gestión de la información y Tic en la cual los usuarios realicen la exploración de los recursos informáticos en la red de datos de la Red de Salud del Centro E.S.E, así como de las aplicaciones que sobre dicha red operan, con fines de detectar y mostrar una posible vulnerabilidad.

El Proceso de Gestión de la información y Tic se reserva el derecho de suspender o eliminar el acceso a cualquier equipo de cómputo a cualquier usuario, sin previo aviso al mismo, si el hacerlo es necesario para mantener la disponibilidad, seguridad e integridad de las operaciones para los demás usuarios de los recursos o de la Red de Salud del Centro E.S.E, o cuando se presuma alguna falta o violación a este reglamento u otros pertinentes que amerite este tipo de acciones para el proceso de investigación.

6.14. POLÍTICA DE RESPONSABILIDADES DE ACCESO DE LOS USUARIOS

Los usuarios de los recursos tecnológicos y los sistemas de información de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E. realizan un uso adecuado y responsable de dichos recursos y sistemas, salvaguardando la información a la cual les es permitido el acceso.

6.15. POLÍTICA DE CONTROL DE ACCESO A SISTEMAS Y APLICATIVOS

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. vela porque todos los usuarios se identifiquen en los sistemas de información y recursos tecnológicos, se autentiquen con credenciales únicas y las autorizaciones se otorguen conforme a los niveles de acceso a la información.

Se registran los accesos exitosos y fallidos a los sistemas de información y tecnologías con el fin de identificar y alertar posibles amenazas de accesos y cambios no autorizados.

6.16. POLITICAS DE SEGURIDAD EN LAS OPERACIONES

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. vela por la protección de operaciones y el procesamiento de la información, ello incluye la gestión de capacidad, gestión de cambios, controles contra código malicioso, respaldo de la información, registro de eventos, protección de la información de registro, registro del administrador y operadores, sincronización de relojes, instalación de software en sistemas operativos, gestión de vulnerabilidades técnicas, restricción sobre la instalación de software y controles de auditorías de sistemas de información.

La seguridad en las operaciones se encuentra documentada y con las responsabilidades asignadas.

6.17. POLÍTICA DE REGISTRO DE EVENTOS Y MONITOREO DE LOS RECURSOS TECNOLÓGICOS Y LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. realiza monitoreo permanente del uso que dan los funcionarios y el personal provisto por terceras partes a los recursos de la plataforma tecnológica y los sistemas de información de la Empresa. Además, vela por la custodia de los registros de auditoría cumpliendo con los períodos de retención establecidos para dichos registros.

El monitoreo contempla una definición de los registros de auditoría sobre los aplicativos donde se opera los procesos misionales de la Empresa y análisis de los logs de auditoría para establecer posibles anomalías.

Los logs de los eventos generados por los componentes informáticos capturan y retiene con base en criticidad de los sistemas y el valor de los datos, aspecto relevante para la revisión periódica en beneficio de identificar posibles anomalías, generar alertas tempranas conducentes a reconstruir operaciones sensibles y tomar acciones en lo pertinente a la gestión de riesgos en la Entidad.

Los registros de auditoría requieren de condiciones de preservación similares a las establecidas para los datos y operaciones que los generan y ser consistentes con los criterios de respaldo y recuperación fundamentados en los requerimientos de retención de la información.

Los logs deben tener mecanismos de seguridad y control administrativo resistentes a ataques para evitar la adulteración de estos, también deben generar las capacidades suficientes para detectar y grabar eventos significativos en aspectos de seguridad de información (control a través de un detector de intrusos para los archivos de configuración y Logs).

6.18. POLITICA DE CONTROL AL SOFTWARE OPERATIVO

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. revisa la aparición de vulnerabilidades técnicas sobre los recursos de la plataforma tecnológica por medio de pruebas periódicas de vulnerabilidades, a fin de realizar la corrección sobre los hallazgos arrojados por dichas pruebas, de acuerdo con los criterios establecidos. La oficina de Sistemas de Información y la Oficina de Riesgos conforman el Comité de Vulnerabilidades encargado de revisar, valorar y gestionar las vulnerabilidades técnicas encontradas.

6.19. POLÍTICAS DE SEGURIDAD EN LAS COMUNICACIONES

Las redes y servicios de comunicaciones, así como las instalaciones que le dan soporte se gestionan y controlan para evitar accesos no autorizados. La

información transmitida o transferida mediante redes públicas se salvaguarda a través de controles para prevenir la pérdida de confidencialidad, integridad y la pérdida de disponibilidad de estos.

La conexión de equipo o estaciones de trabajo a las redes de la entidad está controlada y supervisada.

6.20. POLÍTICA DE USO DEL CORREO ELECTRÓNICO

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. teniendo en cuenta la importancia del correo electrónico como herramienta para facilitar la comunicación entre funcionarios y terceras partes, proporciona un servicio idóneo y seguro para la ejecución de las actividades que requieran el uso del correo electrónico, respetando siempre los principios de confidencialidad, integridad, disponibilidad, autenticidad y privacidad de quienes realizan las comunicaciones a través de este medio.

Los usuarios no deben usar cuentas de correo electrónico asignadas a otras personas, ni recibir mensajes en cuentas de otros. Si fuera necesario leer el correo de alguien más (mientras esta persona se encuentra fuera o ausente), el usuario ausente debe redireccionar el correo a otra cuenta de correo interno, quedando prohibido hacerlo a una dirección de correo electrónico externa a la Red de Salud del Centro E.S.E, a menos que cuente con la autorización del líder del proceso al que pertenece.

Los mensajes y la información contenida en los buzones de correo son propiedad de la Red de Salud del Centro E.S.E y cada usuario, como responsable de su buzón, debe mantener solamente los mensajes relacionados con el desarrollo de sus funciones. Los mensajes de correo electrónico deben ser manejados como una comunicación privada y directa entre emisor y receptor.

Los usuarios podrán enviar información reservada y/o confidencial exclusivamente a personas autorizadas y en el ejercicio estricto de sus funciones y atribuciones, a través del correo institucional que le proporcionó el Proceso de Gerencia de la Información.

La Red de Salud del Centro E.S.E, se reserva el derecho de acceder y revelar todos los mensajes enviados por este medio para cualquier propósito y revisar las comunicaciones vía correo electrónico de personal que ha comprometido la seguridad violando políticas de Seguridad Informática de la Red de Salud del Centro E.S.E o realizado acciones no autorizadas.

Como la información del correo electrónico institucional de la Red de Salud del Centro E.S.E es privada, la única forma en la que puede ser revelada es mediante una orden judicial.

El usuario debe de utilizar el correo electrónico de la Red de Salud del Centro E.S.E, única y exclusivamente para los recursos que tenga asignados y las facultades que les hayan sido atribuidas para el desempeño de su empleo, cargo o comisión, quedando prohibido cualquier otro uso distinto. El tamaño de los buzones de correo es determinado por el Proceso de Gestión de la información y Tic de acuerdo con las necesidades de cada usuario.

La asignación de una cuenta de correo electrónico externo deberá solicitarse por escrito al Proceso de Gestión de la información y Tic, señalando los motivos por los que se desea el servicio. Esta solicitud deberá contar con el visto bueno del líder del proceso que le corresponda.

Queda prohibido falsear, esconder, suprimir o sustituir la identidad de un usuario de correo electrónico.

Expresamente No es permitido:

- Enviar cadenas de correo, mensajes con contenido religioso, político, racista, sexista, pornográfico, publicitario no corporativo o cualquier otro tipo de mensajes que atenten contra la dignidad y la productividad de las personas o el normal desempeño del servicio de correo electrónico en la Institución, mensajes mal intencionados que puedan afectar los sistemas internos o de terceros, mensajes que vayan en contra de las leyes, la moral y las buenas costumbres y mensajes que inciten a realizar prácticas ilícitas o promuevan actividades ilegales.

- Utilizar la dirección de correo electrónico de la Red de Salud del Centro E.S.E como punto de contacto en comunidades interactivas de contacto social, o cualquier otro sitio que no tenga que ver con las actividades laborales. Ni para realizar registros en plataformas externas.

- El envío de archivos que contengan extensiones ejecutables, en ninguna circunstancia.

- El envío de archivos de música y videos. En caso de requerir hacer un envío de este tipo de archivos deberá ser autorizado por el Proceso de Gestión de la información y Tic.

El envío de información corporativa debe ser realizado exclusivamente desde la cuenta de correo que la Red de Salud del Centro E.S.E proporciona. De igual

manera, las cuentas de correo personales no se deben emplear para uso institucional a no ser que se cuente con las respectivas autorizaciones del líder de proceso y visto bueno del líder de Proceso de Gestión de la información y Tic

El envío masivo de mensajes publicitarios corporativos deberá contar con la aprobación del Proceso de Gestión de la información y Tic.

Si un proceso debe, por alguna circunstancia, realizar envío de correo masivo, de manera frecuente, este debe ser enviado a través de una cuenta de correo electrónico a nombre del proceso respecto y/o servicio habilitado para tal fin y no a través de cuentas de correo electrónico asignadas a un usuario particular.

Toda información de la Red de Salud del Centro E.S.E generada con los diferentes programas computacionales (Ej. Servinte, Sinergy, Office, Open Office, Access, Wordpad, etc.), que requiera ser enviada fuera de la Entidad, y que por sus características de confidencialidad e integridad deba ser protegida, debe estar en formatos no editables, utilizando las características de seguridad que brindan las herramientas de Tecnología. La información puede ser enviada en el formato original bajo la responsabilidad del usuario y únicamente cuando el receptor requiera hacer modificaciones a dicha información.

Todos los mensajes enviados deben respetar el estándar de formato e imagen corporativa definido por la Red de Salud del Centro E.S.E y deben conservar en todos los casos el mensaje legal corporativo de confidencialidad.

6.21. POLÍTICA DE USO ADECUADO DE INTERNET

La RED DE SALUD CENTRO E.S.E. consciente de la importancia de Internet como una herramienta para el desempeño de labores, proporciona los recursos necesarios para asegurar su disponibilidad a los usuarios que así lo requieran para el desarrollo de sus actividades diarias en la entidad.

6.22. POLÍTICA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE REQUISITOS DE SEGURIDAD

LA RED DE SALUD CENTRO E.S.E. asegura que el software adquirido y desarrollado tanto al interior de la Empresa, como por terceras partes, cumpla con los requisitos de seguridad y calidad establecidos. Las áreas propietarias de sistemas de información, la oficina de Sistemas de Información, incluyen requisitos de seguridad en la definición de requerimientos y, posteriormente se aseguran de que estos se encuentren generados a cabalidad durante las pruebas realizadas sobre los desarrollos del software construido.

POLÍTICA PARA EL REPORTE Y TRATAMIENTO DE INCIDENTES DE SEGURIDAD

LA RED DE SALUD CENTRO E.S.E. promueve entre los funcionarios y contratistas el reporte de incidentes de seguridad digital en sus medios de procesamiento, medio de almacenamiento, la plataforma tecnológica, los sistemas de información y las personas.

De igual manera, asigna responsables para el tratamiento de los incidentes de seguridad digital, quienes tienen la responsabilidad de aislar, investigar y solucionar los incidentes reportados, tomando las medidas necesarias para evitar su reincidencia y escalando los incidentes de acuerdo con su criticidad..

El usuario que sospeche o tenga conocimiento de la ocurrencia de un incidente de seguridad informática deberá reportarlo al Proceso de Gestión de la información y Tic o al encargado de la comuna, lo antes posible, indicando claramente los datos por los cuales lo considera un incidente de seguridad informática.

Cuando exista la sospecha o el conocimiento de que información confidencial o reservada ha sido revelada, modificada, alterada o borrada sin la autorización de las unidades administrativas competentes, el usuario informático deberá notificar a su líder de proceso.

Cualquier incidente generado durante la utilización u operación de los activos de tecnología de información de la Red de Salud del Centro E.S.E, debe ser reportado al Proceso de Gestión de la información y Tic.

6.23. POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL

LA RED DE SALUD CENTRO E.S.E. brinda el marco de gestión de riesgos de seguridad digital por medio del cual identifica, gestiona, trata y mitiga los riesgos de seguridad digital en sus procesos y actividades, alineándolo con los modelos, guías y buenas prácticas suministradas por el Gobierno Nacional.

Los lineamientos relacionados en esta política abarcan a todos los procesos de la entidad con el fin de garantizar un manejo sistemático y unificado que aplique de manera transversal.

Para facilitar los propósitos y requerimientos de administración de riesgos de seguridad digital, se mantiene una adecuada estructura organizacional, el modelo de operación por procesos, los roles y responsabilidades de cada uno de los funcionarios y contratistas de la entidad.

Será considerado como un ataque a la seguridad informática y una falta grave, cualquier actividad no autorizada por el Proceso de Gerencia de la Información en la cual los usuarios realicen la exploración de los recursos informáticos en la red de datos de la Red de Salud del Centro E.S.E, así como de las aplicaciones que sobre dicha red operan, con fines de detectar y mostrar una posible vulnerabilidad.

El Proceso de Gerencia de la Información se reserva el derecho de suspender o eliminar el acceso a cualquier equipo de cómputo a cualquier usuario, sin previo aviso al mismo, si el hacerlo es necesario para mantener la disponibilidad, seguridad e integridad de las operaciones para los demás usuarios de los recursos o de la Red de Salud del Centro E.S.E, o cuando se presuma alguna falta o violación a este reglamento u otros pertinentes que amerite este tipo de acciones para el proceso de investigación.

7. MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE

En el proceso de diseño de la matriz de riesgos de la entidad y a través de la aplicación de las etapas del ciclo de gestión de riesgos la entidad identificó los riesgos asociados a la corrupción, la opacidad y el fraude, con el objetivo de prevenir la comisión de actos ilícitos y situaciones de fraude, contribuyendo al fortalecimiento de una cultura de prevención y control al interior de la organización.

En ese marco se relacionan los riesgos institucionales que podrían traer como consecuencias la materialización de situaciones asociadas a la corrupción, la opacidad y/o el fraude (COF):

Proceso	Descripción del Riesgo
Direccionamiento	Posibilidad de pérdida reputacional por desconfianza de la comunidad debido a ocultamiento de información o información parcializada en la rendición de cuentas de la E.S.E.
	Posibilidad de Celebración indebida de contratos vinculando contratistas con inhabilidades o restricciones para establecer relaciones con el sector público, incumpliendo lo establecido en el Manual de Contratación y el SARLAFT.
Atención Ambulatoria **Atención Intrahospitalaria**	Posibilidad de pérdida reputacional por inadecuado diligenciamiento de registros (HCL-RIPS), incumplimiento a la adherencia a guías y protocolos de atención, omisión en el cumplimiento de deberes, responsabilidades, normas y funciones.

Proceso	Descripción del Riesgo
Gestión de Insumos	Posibilidad de pérdida reputacional por falencias en la gestión del almacén.
	Posibilidad de incurrir en sanciones por parte de entidades de control por realizar adquisición de bienes y servicios (órdenes de compra) sin el cumplimiento de requisitos para beneficio propio o de terceros.
	Posibilidad de pérdida reputacional por adquisición de bienes o servicios a empresas o personas vinculadas con actividades de LAFT o provenientes de contrabando.
Recepción y atención al usuario	Posibilidad de pérdida económica y reputacional por manejo indebido de dineros por parte del facturador, al momento de la facturación de servicios asistenciales.
Gestión del talento humano	Posibilidad de pérdida reputacional por favorecimiento en la selección de talento humano sin cumplimiento de requisitos del perfil solicitado.
	Posibilidad de pérdida económica por una incorrecta liquidación de nómina y/o prestaciones sociales que con llevan a realizar pagos injustificados al personal de planta, para favorecimiento propio o de terceros

8. ACCIONES DE CONTROL PARA LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE

Con el objetivo de mitigar y controlar los riesgos, la entidad identifica y diseña en el mapa de riesgos, una serie de actividades de control tendientes a disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto de los riesgos identificados; de acuerdo con la metodología para la gestión de riesgos, la entidad realizará seguimiento y monitoreo a los riesgos que por su severidad considere prioritarios,

9. COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PTEE

Como medida adicional para gestionar los riesgos de corrupción, opacidad y fraude en la entidad, el presente programa está disponible en la intranet y en la página web de la RED DE SALUD CENTRO E.S.E., para acceso de todos los funcionarios, contratistas, proveedores y demás partes interesadas.

10. BIBLIOGRAFIA.

- Código de Integridad del Servicio, Valores del Servidor Público, Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Circular Externa número 000004 del 29 de junio del 2018.
- Circular Externa número 000003 del 24 de mayo del 2018.
- Circular Externa Numero 20211700000004-5 del 15 de septiembre de 2021
- Circular Externa Numero 20211700000005-5 del 17 de Septiembre de 2021
- Circular Externa Numero 2022151000000053-5 del 05 de Agosto de 2022

ARTICULO SEGUNDO: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su aprobación.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Santiago de Cali, el día trece (13) del mes de DICIEMBRE de dos mil veintitrés (2.023).

LUCY DEL CARMEN LUNA MIRANDA
Presidente de la Junta Directiva
Delegada del Alcalde

JORGE ENRIQUE TAMAYO NARANJO
Secretario Junta Directiva
Gerente Red de Salud Centro E.S.E.

Preparó y Proyectó: José Javier Sandoval Prieto–Oficina Subgerencia Administrativa y financiera– Red de Salud del Centro ESE
Revisión SSPD: Rosse Mary Cabal Franco – Abogada contratista SSPD