



LEY 1712 DEL 6 MARZO DE 2014 CONGRESO DE LA REPÚBLICA

EL HOSPITAL NEUROLÓGICO DE COLOMBIA FUNDACIÓN - IVÁN JIMÉNEZ, en adelante "EL NEUROLÓGICO", dentro de sus políticas de transparencia y acceso a la información, dispone a través de la página web: www.institutoneurologico.org de un sitio llamado "Transparencia y acceso a la información pública" para consulta y beneficio de todos los grupos de interés (internos y externos).

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

REQUERIMIENTO:

Menú – Nivel I

PLANEACIÓN

Subnivel Menú Nivel II

Informes de la Oficina de Control Interno

Item Menú Nivel II

a. Informe pormenorizado

Explicación

Publicar el informe relacionado con el mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones contenidas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, según los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública y demás autoridades competentes, al que hace referencia el artículo 9 de la Ley 1474 del 2011, y el artículo 5 del decreto reglamentario 2641 del 2012.

RESPUESTA:

Ver en la siguiente hoja.

		REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO					
		MANUAL DE PREVENCIÓN SICOF					
		ACEPTACIÓN y COMPROMISO DEL SARLAFT-FPADM, SICOF y PTEE-I					
		PROGRAMA TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I)					
		POLÍTICA DE CUMPLIMIENTO					
		CONTROL NORMOGRAMA					
		RDDEPIg08CÓDIGO DE INTEGRIDAD					
		LINEAMIENTOS DE ANTICORRUPCIÓN, ANTIFRAUDE Y ANTISOBORNO (V-A)					
		SISTEMA INTEGRADO GESTIÓN RIESGOS Y SUBSISTEMAS (SIGRS)					
		LINEAMIENTOS PARA REGALOS, VIÁTICOS y CONTRIBUCIONES POLÍTICAS					

 Fundación Instituto Neurológico de Colombia	REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO
---	--------------------------------------

Revisión: 10	Código: RDDEPDg30	Responsable: Dirección General
--------------	-------------------	--------------------------------



REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO

FUNDACION INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA

Página 1 de 77	Elaboró: Jefe de Gestión Humana Revisó: Asesor Jurídico	Aprobó: Dirección General	Fecha: 28/05/2025
----------------	--	---------------------------	----------------------

REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO**Preámbulo**

La Fundación Instituto Neurológico de Colombia, en cumplimiento de sus objetivos institucionales, y dentro de su búsqueda permanente del bienestar de los trabajadores, realiza todas las acciones tendientes a garantizar un excelente ambiente de trabajo, que permita una colaboración armónica entre las diferentes áreas de la Institución y sus colaboradores, mediante la delimitación de comportamientos adecuados y normas claras de interacción, todas ellas dentro de los más estrictos parámetros de legalidad, respeto por la dignidad humana y tolerancia ante la diferencia.

Desde esta perspectiva y alineados con los propósitos contenidos en nuestra misión, visión y nuestros valores, el Reglamento interno de Trabajo aquí plasmado establece las normas que rigen la relación entre la Fundación Instituto Neurológico de Colombia y sus empleados.

TÍTULO I**Generalidades**

Artículo 1. Disposiciones generales. El presente es el Reglamento Interno de Trabajo prescrito por La Fundación Neurológico de Colombia, con domicilio principal en la ciudad de Medellín, Antioquia, Calle 55 Nro. 46-36 el cual rige para su sede principal, para su sede en Apartadó, para todas sus dependencias, para los otros lugares de trabajo y/o el país donde la organización tenga operaciones, y para las que en el futuro se establezcan. A sus disposiciones quedan obligados tanto La Fundación Neurológico de Colombia, como todos sus empleados.

Este Reglamento hace parte de todos los contratos individuales de trabajo, que se hayan celebrado o que se celebren en el futuro con todos los empleados; salvo estipulaciones en contrario que, sin embargo, sólo pueden ser favorables al empleado.

Artículo 2. Fundamentos. El presente Reglamento está inspirado en los principios, valores, políticas y objetivos declarados por la Institución, en su misión, visión, en los Estatutos generales de la Organización, en su Código de Ética y Buen Gobierno, en el Plan Estratégico Institucional y demás normas que la rijan, los cuales, habrán de tenerse en cuenta como criterios básicos para su interpretación, integración y aplicación.

Artículo 3. Orden jerárquico. El orden jerárquico existente en la Fundación Instituto Neurológico de Colombia, es el siguiente:

Consejo de Administración
Director General
Director Administrativo - Financiero y Director Medico

Administradores y Jefes
Líderes

Parágrafo. Sin perjuicio del anterior orden jerárquico, la facultad de aplicar las consecuencias jurídicas previstas para las faltas, sanciones o terminación del contrato de trabajo la tiene el Jefe de Gestión Humana o quien haga sus veces, facultad que esta delegada por el Director General.

El Director General puede delegar en el Director Médico o Director Administrativo y Financiero dichas facultades cuando lo considere pertinente.

TÍTULO II

Condiciones de contratación y período de prueba.

Capítulo I

Condiciones de contratación

Artículo 4. Condiciones de contratación. Quien aspire a desempeñar un cargo en la Institución, deberá adjuntar los siguientes documentos:

- a) Hoja de vida debidamente firmada.
- b) Fotocopia de la cédula de ciudadanía. Cuando se trate de un extranjero, éste debe presentar el pasaporte vigente, visa de trabajo o aquella que de acuerdo con las normas migratorias permitan realizar actividades remuneradas en virtud de un contrato de trabajo y la cédula de extranjería.
- c) Fotocopia de los títulos y actas de grado de los estudios realizados y reportados en la hoja de vida, de acuerdo con los parámetros exigidos en las normas de acreditación y habilitación u otras normas aplicables. Todos los títulos tanto del país como aquellos expedidos en el exterior, deberán estar debidamente legalizados, apostillados o convalidados según sea el caso.
- d) Registro civil de Nacimiento.
- e) Registro civil de matrimonio o declaración extra juicio de convivencia, según sea el caso.
- f) Constancias laborales en las que conste el tiempo de servicio y la índole de la labor ejecutada requeridas por el cargo al cual aspire.
- g) En caso de tratarse de profesional universitario, deberá demostrar que posee la correspondiente Tarjeta o Matricula Profesional o que se encuentra debidamente

inscrito para el ejercicio de su profesión, si fueran requisito para el ejercicio de la misma.

- h) Certificado de afiliación a la entidad del sistema de salud y sistema de pensiones, en el evento de haber estado afiliado, en caso contrario manifestación expresa de las entidades a las cuales desea pertenecer.
- i) Esquema de vacunación de acuerdo establecido en el perfil de cargo o naturaleza de la labor a desempeñar.
- j) Los demás documentos requeridos para desempeñarse en labores asistenciales de la salud, cuando procedieren, tales como certificaciones que acrediten conocimientos científicos, manejos de equipos o asistencia a cursos obligatorios contenidos en las normas legales.

Parágrafo 1. La Institución podrá solicitar al aspirante, además de los documentos señalados en el presente Reglamento, todos aquellos que considere necesarios de acuerdo con el cargo o a la naturaleza de la labor a desempeñar. Sin embargo, tales exigencias no deben incluir documentos, certificaciones o datos prohibidos expresamente por las normas jurídicas para tal efecto.

Parágrafo 2. Todo aspirante a trabajar en la Institución, deberá practicarse los exámenes médicos de ingreso definidos en el Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo y que el médico recomiende para efectos de determinar las condiciones de salud física y mental del empleado antes de su contratación en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo para el cual se le pretende contratar.

Los gastos de los exámenes médicos de ingreso estarán a cargo de la Institución. La no asistencia a la cita o el no permitir su realización, será motivo para no celebrar el contrato.

Parágrafo 3. La presentación de los documentos a que hace referencia el presente artículo y sus parágrafos no implica compromiso alguno por parte de la Institución de contratar al aspirante. En caso de que el aspirante no sea admitido, no habrá lugar para que éste exija explicaciones sobre su determinación.

Capítulo II

Período de Prueba

Artículo 5. Definición. Una vez admitido el aspirante, se podrá estipular con él un período de prueba que tendrá por objeto apreciar por parte de la Institución las aptitudes del empleado y por parte de éste, además de las conveniencias de las condiciones de trabajo. (Art. 76 CST)

Artículo 6. Estipulación. El período de prueba debe ser estipulado por escrito y en caso contrario los servicios se entienden regulados por las normas generales del contrato de trabajo. (Art. 7 núm. 1 CST)

Parágrafo 1. En los contratos de trabajo a término fijo, cuya duración sea inferior a un (1) año el período de prueba no podrá ser superior a la quinta parte del término inicialmente pactado para el respectivo contrato, sin que pueda exceder de dos (2) meses.

Parágrafo 2. Cuando entre la Institución y el empleado se celebren contratos de trabajo sucesivos, no es válida la estipulación del período de prueba, salvo para el primer contrato. (Art. 7, ley 50 de 1990).

Parágrafo 3. Cuando el período de prueba se pacte por un tiempo inferior a los límites antes señalados, la Institución y el empleado podrán prorrogar éste antes de su vencimiento sin que el tiempo total del período de prueba sea mayor a los límites indicados.

Artículo 7. Duración máxima. El período de prueba no puede exceder de dos (2) meses.

Artículo 8. Efecto jurídico. Durante el período de prueba, el contrato puede darse por terminado unilateralmente en cualquier momento, sin previo aviso y sin lugar a indemnización. La terminación unilateral del contrato de trabajo por parte del empleador durante la vigencia del período de prueba debe estar fundada en la comprobación objetiva de la falta de las competencias mínimas tanto técnicas como actitudinales para el ejercicio de la labor por parte del trabajador de acuerdo al perfil del cargo para el cual fue contratado.

Expirado el período de prueba, si el trabajador continuare al servicio del empleador, con consentimiento expreso o tácito, por ese solo hecho los servicios prestados por aquél a éste se considerarán regulados por las normas del contrato de trabajo desde la iniciación de dicho período de prueba.

Parágrafo. Los empleados en período de prueba gozan de los salarios pactados, la afiliación al sistema general de seguridad social y todas las prestaciones legales derivadas del contrato de trabajo. (Art. 80 CST).

TÍTULO III**Del contrato de aprendizaje.****Capítulo I****Generalidades del contrato de aprendizaje.**

Artículo 9. Características del contrato de aprendizaje. El contrato de aprendizaje es una forma especial de vinculación dentro del Derecho Laboral, en la cual la subordinación está referida exclusivamente a las actividades propias del aprendizaje y por un plazo no mayor a dos (2) años en la que una persona natural recibe formación teórica en una entidad de formación autorizada con el auspicio de una Institución patrocinadora que suministra los medios para que adquiera formación profesional metódica y completa requerida en el oficio, actividad u ocupación dentro del manejo administrativo, operativo, comercial o financiero propios del giro ordinario de las actividades del patrocinador con exclusividad en las actividades propias del aprendizaje y el reconocimiento de un apoyo de sostenimiento que garantice el proceso de aprendizaje y el cual, en ningún caso, constituye salario.

Artículo 10. Formalidades del contrato de aprendizaje. El contrato de aprendizaje deberá constar por escrito y contener como mínimo la siguiente información:

1. Razón social de la Institución patrocinadora, número de identificación tributaria (NIT), nombre de su representante legal y el número de su cédula de ciudadanía.
2. Razón social o nombre de la entidad de formación que atenderá la fase lectiva del aprendiz con el número de identificación tributaria (NIT), nombre del representante legal y el número de su cédula de ciudadanía.
3. Nombre, apellido, fecha de nacimiento, tipo y número del documento de identidad del aprendiz.
4. Estudios o clase de capacitación académica que recibe o recibirá el aprendiz.
5. Oficio, actividad u ocupación objeto de la relación de aprendizaje, programa y duración del contrato.
6. Duración prevista de la relación de aprendizaje, especificando las fases lectiva y práctica.
7. Fecha prevista para la iniciación y terminación de cada fase.
8. Monto del apoyo de sostenimiento mensual en moneda colombiana.

9. La obligación de afiliación a los sistemas de riesgos profesionales en la fase práctica y en salud en la fase lectiva y práctica.
10. Derechos y obligaciones del patrocinador y el aprendiz.
11. Causales de terminación de la relación de aprendizaje.
12. Fecha de suscripción del contrato.
13. Firmas de las partes.

Artículo 11. Edad mínima para el contrato de aprendizaje. El contrato de aprendizaje podrá ser celebrado por personas mayores de 14 años que hayan completado sus estudios primarios o demuestren poseer conocimientos equivalentes a ellos, es decir saber leer y escribir, sin que exista otro límite de edad diferente del mencionado.

Artículo 12. Apoyo de sostenimiento mensual en la relación de aprendizaje. Cuando las fases lectiva y práctica se realicen en forma simultánea durante el proceso de formación, el reconocimiento de apoyo de sostenimiento mensual se hará en forma proporcional al tiempo de dedicación a cada una de ellas.

Artículo 13. Afiliación al Sistema de seguridad social integral. La afiliación de los aprendices alumnos y el pago de aportes se cumplirá plenamente por parte del patrocinador así:

- a) Durante las fases lectiva y práctica el aprendiz estará cubierto por el Sistema de seguridad social en salud y la cotización será cubierta plenamente por la Institución patrocinadora, sobre la base de un salario mínimo legal mensual vigente
- b) Durante la fase práctica el aprendiz estará afiliado al Sistema de riesgos profesionales por la administradora de riesgos laborales, ARL, que cubre la Institución patrocinadora sobre la base de un salario mínimo legal mensual vigente.

Cuando las fases lectiva y práctica se realicen en forma simultánea, el aprendiz estará cubierto por salud y riesgos profesionales.

Artículo 14. Modalidades del contrato de aprendizaje. Para el cumplimiento y vinculación de los aprendices, la Institución patrocinadora, atendiendo las características de mano de obra que necesite, podrá optar por las siguientes modalidades:

- a) La formación teórica y práctica de aprendices en oficios semi-calificados en los que predominen procedimientos claramente definidos a partir de instrucciones específicas cuando las exigencias de educación formal y experiencia sean mínimas y se orienten a los jóvenes de los estratos más pobres de la población que carecen o tienen bajos niveles de educación formal y experiencia;

- b) La formación que verse sobre ocupaciones semi-calificadas que no requieran título o calificadas que requieran título de formación técnica no formal, técnicos profesionales o tecnológicos, de instituciones de educación reconocidas por el Estado y trabajadores aprendices del Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena;
- c) La formación del aprendiz alumno matriculado en los cursos dictados por el Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena.
- d) La formación en instituciones educativas debidamente reconocidas por el Estado y frente a las cuales tienen prelación los alumnos matriculados en los cursos dictados por el Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena. La formación directa del aprendiz por la Institución autorizada por el Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena. La formación en la Institución por jóvenes que se encuentren cursando los dos (2) últimos grados de educación lectiva secundaria en instituciones aprobadas por el Estado;
- e) Las prácticas de estudiantes universitarios que cumplan con actividades de 24 horas semanales en la Institución y, al mismo tiempo, estén cumpliendo con el desarrollo del pénsum de su carrera profesional o que cursen el semestre de práctica, siempre que la actividad del aprendiz guarde relación con su formación académica;
- f) Las prácticas con estudiantes universitarios, técnicos o tecnólogos que la Institución establezcan directamente o con instituciones de educación aprobadas por el Estado de acuerdo con las Leyes 30 de 1992 y 115 de 1994 y demás disposiciones que las adicionen, modifiquen o sustituyan que establezcan dentro de su programa curricular este tipo de prácticas para afianzar los conocimientos teóricos sin que, en estos casos, haya lugar a formación académica, circunscribiéndose la relación al otorgamiento de experiencia y formación práctica, siempre que se trate de personas adicionales respecto del número de trabajadores registrados en el último mes del año anterior en las cajas de compensación familiar;
- g) Las demás que hayan sido o sean objeto de reglamentación por el Consejo directivo del Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, de acuerdo con las Leyes 30 de 1992 y 115 de 1994.

Artículo 15. Prácticas y/o programas que no constituyen contratos de aprendizaje. No constituyen contratos de aprendizaje las siguientes prácticas educativas o de programas sociales o comunitarios:

1. Las actividades desarrolladas por los estudiantes universitarios a través de convenios suscritos con las instituciones de educación superior en calidad de pasantías que sean prerequisite para la obtención del título correspondiente.
2. Las prácticas asistenciales y de servicio social obligatorio de las áreas de la salud y aquellas otras que determine el Ministerio de la Protección Social.

3. Las prácticas que sean parte del servicio social obligatorio, realizadas por los jóvenes que se encuentran cursando los dos (2) últimos grados de educación lectiva secundaria, en instituciones aprobadas por el Estado.
4. Las prácticas que se realicen en el marco de Programas o Proyectos de protección social adelantados por el Estado o por el sector privado, de conformidad con los criterios que establezca el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 16. Terminación del contrato de aprendizaje. Terminada la relación de aprendizaje por cualquier causa, la empresa deberá reemplazar al aprendiz para conservar la proporcionalidad e informar de inmediato a la Regional del Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena.

Artículo 17. Incumplimiento de la relación de aprendizaje por parte del aprendiz. El Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, la institución de formación debidamente reconocida por el Estado y la Institución patrocinadora no gestionarán una nueva relación de aprendizaje para el aprendiz que incumpla injustificadamente con la relación de aprendizaje.

Artículo 18. Monetización de la cuota de aprendizaje. Cuando el Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, determine la cuota de aprendices que le corresponde a la Institución, se podrá optar por la monetización total o parcial, para lo cual deberá informar su decisión a la Regional del Servicio Nacional de Aprendizaje, Sena, del domicilio principal donde funcione la Institución, dentro del término de ejecutoria del acto administrativo respectivo: de lo contrario, deberá hacer efectiva la vinculación de los aprendices de acuerdo con la regulación prevista para el efecto.

TÍTULO IV.

Jornada de trabajo y descanso remunerado obligatorio.

Capítulo I

Horario de trabajo

Artículo 19. Jornada de trabajo. Los horarios de trabajo para el desarrollo de las labores de la Institución, se ajustarán a los parámetros que se enuncian a continuación, y los mismos serán susceptibles de modificación según las necesidades de prestación del servicio por parte de la misma:

Para el personal administrativo:

Se tiene varias jornadas:

Cuando la atención al público y las actividades en la Institución lo permitan, se podrá

acordar trabajar de lunes a viernes cumpliendo con las 44 horas semanales, compensando el día sábado y considerando como día de descanso el domingo así:

1. Lunes a Viernes.

Hora de entrada: (6:00 A. M. o 7:00 AM).

Hora de salida: (4:00 PM o 5:00 P. M.).

El tiempo para almorzar es de 30 minutos.

2. Lunes a Domingo. Por la naturaleza del servicio se puede establecer turnos administrativos donde la hora de entrada y hora de salida sea diferente e incluso incluya algunos domingos. Estas jornadas deben ser pactadas con el jefe del área y cumplir con las 44 horas semanales.

Para el personal operativo y asistencial: Los días laborales para el personal operativo y asistencial, serán de lunes a domingo con un día de descanso, cuando la programación de sus actividades en la Institución requiera el trabajo por turnos de lunes a domingo.

Los horarios de trabajo se determinarán por la atención al público interno o externo del departamento o área donde se encuentra adscrito, y por las actividades o labores a desarrollar.

El trabajo por turnos será de 8, 10 u 12 horas flexibles según las necesidades de cada servicio con un tiempo para almorzar de 30 minutos.

Parágrafo 1. En todo caso, los horarios de trabajo de los empleados podrán modificarse unilateralmente para ajustar los mismos a las necesidades del servicio, en consideración a la especial actividad que ejecuta la Institución, respetando en todo caso la jornada máxima legal establecida en el artículo 161 del Código Sustantivo del Trabajo, y en este caso se dará el aviso previo al empleado.

Parágrafo 2. La jornada de trabajo efectiva empezará a contarse desde el mismo momento en que se inicien las labores en el lugar de trabajo. El empleado debe estar en su puesto, listo para iniciar labores, usando el uniforme si es del caso, a la hora indicada en su horario de trabajo. La Institución no podrá, aún con el consentimiento del empleado, contratarlo para la ejecución de dos (2) turnos el mismo día, salvo en labores de supervisión, dirección, confianza o manejo.

Parágrafo 3. No habrá limitación de jornada para los empleados que desempeñen cargos de dirección, de confianza o de manejo, ni para los que se ocupen en actividades discontinuas o intermitentes o de simple vigilancia, cuando el empleado resida en el mismo lugar del trabajo, en los términos legales, todos los cuales deberán trabajar todo el tiempo que fuere necesario para cumplir ampliamente sus deberes, sin que el servicio

prestado fuera del horario antes dicho constituya trabajo suplementario ni implique sobre remuneración.

Parágrafo 4. La Institución y el empleado podrán como jornada especial, acordar temporal o indefinidamente la organización de turnos de trabajo sucesivos, que permitan trabajar en la Institución o secciones de la misma, sin solución de continuidad durante todos los días de la semana, siempre y cuando el respectivo turno no exceda de seis (6) horas al día y treinta y seis (36) a la semana.

En este caso no habrá lugar al recargo nocturno ni al previsto para el trabajo dominical o festivo, pero el trabajador devengará el salario correspondiente a la jornada ordinaria de trabajo, respetando siempre el mínimo legal o convencional y tendrá derecho a un día de descanso remunerado. Igualmente, en esta jornada no habrá lugar a laborar tiempo extra.

Parágrafo 5. La Institución y el empleado, podrán acordar que la jornada semanal de cuarenta y cuatro (44) horas de trabajo se realice mediante jornadas diarias flexibles de trabajo, distribuidas en máximo seis (6) días a la semana con un día de descanso obligatorio, que podrá coincidir o no con el domingo; en éste, el número de horas de trabajo diario podrá repartirse de manera variable durante la respectiva semana y podrá ser de mínimo cuatro (4) horas continuas y hasta diez (10) horas diarias sin lugar a ningún recargo por trabajo suplementario, cuando el número de horas de trabajo no exceda el promedio de cuarenta y cuatro (44) horas de trabajo a la semana dentro de la jornada ordinaria de 6:00 a.m. a 9:00 p.m.

Parágrafo 6. El límite máximo de horas de trabajo previsto en el artículo 9 puede ser elevado por orden de la Institución y sin permiso del Ministerio del Trabajo, por razón de fuerza mayor, caso fortuito, de amenazar u ocurrir algún accidente o cuando sean indispensables trabajos de urgencia que deben efectuarse en las máquinas o en la dotación de la Institución; pero sólo en la medida necesaria para evitar que la marcha normal del establecimiento sufra una perturbación grave. Esta ampliación constituye trabajo suplementario o de horas extras.

De acuerdo a la entrada en vigencia de la Ley 2101 de 2021 “Por medio de la cual se reduce la jornada laboral semanal de manera gradual, sin disminuir el salario de los trabajadores y se dictan otras disposiciones” La Fundación Instituto Neurológico de Colombia se acoge a la implementación gradual. La disminución de la jornada laboral ordinaria de que trata la ley, podrá ser implementada de manera gradual por el empleador, en los términos del Artículo 3º de la siguiente manera:

A PARTIR DE CUANDO	NUMERO DE HORAS A REDUCIR	JORNADA MAXIMA LEGAL
A partir del 16 de julio de 2023	Reducción de una (1) hora	Sería de 47 horas semanales
A partir del 16 de julio de 2024	Reducción de una (1) hora	Sería de 46 horas semanales.
A partir del 16 de julio de 2025	Reducción de dos (2) horas	Sería de 44 horas semanales.
A partir del 16 de julio de 2026	Reducción de dos (2) horas	Sería de 42 horas semanales.

Artículo 20. Distribución de las horas de trabajo. Las horas de trabajo durante cada jornada deben distribuirse al menos en dos (2) secciones, con un intermedio de descanso que se adapte racionalmente a la naturaleza del trabajo y a las necesidades de los empleados. Según el horario de trabajo y la naturaleza de éste, el tiempo de descanso no se computará en la jornada.

Parágrafo: Cada área de la Institución, de acuerdo a las necesidades y posibilidades de forma que no se afecte la prestación del servicio, dará a cada empleado el descanso de que habla este numeral.

Artículo 21. Descanso en día sábado. La Institución podrá alargar, de común acuerdo con sus empleados, algunas jornadas hasta por dos (2) horas diarias, pero sin que el total de trabajo exceda de cuarenta cuatro (44) horas a la semana con el fin exclusivo de permitir a los empleados el descanso del día sábado. Esta ampliación no constituye trabajo suplementario o de horas extras.

Artículo 22. Trabajo por turnos. Cuando la naturaleza de la labor exija actividad continuada y se lleve a cabo por turnos de empleados, la duración de la jornada puede ampliarse en más de ocho (8) horas diarias o en más de cuarenta y cuatro (44) horas a la semana, siempre que el promedio de las horas de trabajo calculado para un período que no exceda de tres (3) semanas, no pase de ocho (8) horas diarias ni de cuarenta y cuatro (44) horas a la semana. Esta ampliación no constituye trabajo suplementario o de horas extras.

Artículo 23. Trabajo sin solución de continuidad. También se podrá ampliar la jornada ordinaria en aquellas labores que por razón de la misma naturaleza necesitan ser atendidas sin solución de continuidad, por turnos sucesivos de trabajado, pero sin que en tales casos las horas de trabajo excedan de cincuenta y seis (56) por semana.

Artículo 24. Dedicación exclusiva en determinadas actividades. Al contar con más de cincuenta (50) trabajadores que laboren cuarenta y cuatro horas a la semana, estos tendrán derecho a que dos horas de dicha jornada, por cuenta del empleador, se

dediquen exclusivamente a actividades recreativas, culturales, deportivas o de capacitación, las cuales serán organizadas por la Institución en sus respectivos planes de bienestar.

Capítulo II

Las horas extras y el trabajo nocturno

Artículo 25. Trabajo ordinario y nocturno. De acuerdo con el artículo 160 del Código sustantivo del trabajo modificado por el artículo 25 de Ley 789/02, el trabajo ordinario y nocturno es:

1. Trabajo ordinario es el que se realiza entre las seis horas (6:00 a.m.) y las veintinueve horas (21:00 p.m.).
2. Trabajo nocturno es el comprendido entre las veintinueve horas (21:00 p.m.) y las seis horas (6:00 a.m.).

Artículo 26. Trabajo suplementario o de horas extras. Trabajo suplementario o de horas extras es el que se excede de la jornada ordinaria y en todo caso el que excede la máxima legal.

Parágrafo 1. El trabajo suplementario o de horas extras, a excepción de los casos señalados en el artículo 163 del Código Sustantivo del Trabajo, sólo podrá efectuarse en dos (2) horas diarias, doce (12) horas totales en la semana, con la autorización expresa del Ministerio del trabajo o quien hiciere sus veces. Las horas extras de trabajo, diurnas o nocturnas no podrán exceder los límites señalados.

Parágrafo 2. La Institución, llevará registro del trabajo suplementario laborado por cada empleado en el que se mencione el nombre de éste, su edad, sexo, la actividad desarrollada, el número de horas laboradas con indicación de si son diurnas o nocturnas, y la liquidación de la sobre remuneración correspondiente.

Parágrafo 3. Sólo se reconocerá el trabajo suplementario o de horas extras, cuando la Institución expresamente lo autorice a sus empleados, de acuerdo con lo establecido en este Reglamento.

Parágrafo 4. Cuando la jornada de trabajo se amplíe por acuerdo entre las partes a diez (10) horas o más diarias, no podrá en el mismo día laborarse horas extras.

Artículo 27. Tasas y liquidación de recargos. Estos serán los establecidos por la Ley, así:

1. El trabajo nocturno, por el sólo hecho de ser nocturno se remunera con un recargo del treinta y cinco por ciento (35%) sobre el valor del trabajo ordinario diurno, con

excepción del caso de la jornada de treinta y seis (36) horas semanales prevista en el literal c) del artículo 20 de la Ley 50 de 1990 modificado por el art. 51 de la ley 789 de 2002.

2. El trabajo extra diurno se remunera con un recargo del veinticinco por ciento (25%) sobre el valor del trabajo ordinario diurno.
3. El trabajo extra nocturno se remunera con un recargo del setenta y cinco por ciento (75%) sobre el valor del trabajo ordinario diurno.

Parágrafo. Cada uno de los recargos mencionados se produce de manera exclusiva, es decir sin acumularlo con algún otro de los aquí señalados (Art. 24 Ley 50 de 1990).

Artículo 28. Período de pago del trabajo suplementario o de horas extras. El pago del trabajo suplementario o de horas extras y el recargo por trabajo nocturno se efectuará junto con el salario ordinario o a más tardar, junto con el del salario del mes siguiente.

Capítulo III

Turnos Especiales De Trabajo Nocturno

Artículo 29. Turnos especiales de trabajo nocturno. La Institución podrá implantar turnos especiales de trabajo nocturno, mediante la contratación de nuevos contingentes de trabajadores con quienes podrá pactar remuneraciones sobre las cuales no opera el recargo del treinta y cinco por ciento (35%) que señala el numeral 1° del artículo 168 del Código Sustantivo del Trabajo.

Artículo 30. Remuneración de las horas extras. El trabajo de horas extras que se hiciere en los turnos especiales de que trata el artículo anterior, se remunerará con un recargo del veinticinco por ciento (25%) sobre el valor del salario ordinario que se hubiere pactado para el turno correspondiente.

Artículo 31. Salario. En ningún caso el salario para los turnos especiales de trabajo nocturno podrá ser inferior al salario ordinario que se pague en la misma Institución por el trabajo diurno, a los trabajadores que ejecuten labores iguales o similares.

Artículo 32. Prohibición de contratar. No se podrá contratar para los turnos especiales de trabajo nocturno a que se refiere el decreto 2352 de 1965, a los empleados que en la actualidad presten sus servicios a ella. Si lo hiciere, deberán pagarles el recargo establecido en el numeral 1° artículo 168 del Código sustantivo del trabajo.

Artículo 33. Duración. Los contratos que la Institución celebre en desarrollo del decreto 2352 de 1965, no podrán exceder de seis (6) meses, prorrogables por seis (6) meses, a juicio del Ministerio de trabajo.

Artículo 34. Pérdida de efectos. Si en cualquier momento se comprobare que el trabajador contratado para un turno nocturno especial se encuentra trabajando en otra jornada diurna, el contrato de trabajo nocturno no surtirá efecto alguno.

Artículo 35. Comprobación ante el Ministerio del trabajo. Si la Institución desea hacer uso de la autorización de la que trata el presente capítulo, deberá comprobar ante el Ministerio de Trabajo, que los trabajadores contratados para los turnos adicionales no están en la actualidad prestando servicios a la Institución.

Capítulo IV

Descanso semanal obligatorio y festivos

Artículo 36. Descanso semanal obligatorio y festivos. Serán de descanso remunerado obligatorio, los domingos y los días que según la Ley son de fiesta, de carácter civil o religioso.

El descanso en los domingos y demás días expresados en este artículo tienen una duración de veinticuatro (24) horas, salvo la excepción consagrada en el literal c) del artículo 20 de la Ley 50 de 1990.

Parágrafo 1. El empleado podrá convenir con la Institución, como día de descanso semanal obligatorio el día sábado o domingo, que será reconocido en todos sus aspectos como descanso semanal obligatorio institucionalizado.

Parágrafo 2. Interpretese la expresión dominical contenida en el régimen laboral en el sentido del descanso semanal obligatorio.

Parágrafo 3. El trabajo en día de descanso semanal obligatorio, es ocasional cuando el empleado labora hasta dos (2) días de descanso semanal obligatorio durante el mes calendario y es habitual cuando el empleado labore tres (3) o más días de descanso semanal obligatorio durante el mes calendario.

Artículo 37. Condiciones para la remuneración. La Institución, sólo estará obligada a remunerar con el salario ordinario de un día el descanso semanal obligatorio, a los empleados que, habiéndose obligado a prestar sus servicios en todos los días laborales de la semana, no falten al trabajo, o que, si faltan, lo hayan hecho por justa causa o por culpa o disposición del empleador.

Parágrafo 1. Se entiende por justa causa el accidente, la enfermedad, la calamidad doméstica debidamente comprobada, la fuerza mayor y el caso fortuito.

Parágrafo 2. No tiene derecho a la remuneración de descanso semanal obligatorio, el empleado que debe recibir por ese mismo día un auxilio o indemnización en dinero por enfermedad o accidente de trabajo o que no haya trabajado algún día de la semana por

haber sido sancionado legalmente, encontrarse en licencia no remunerada o por cualquier otra circunstancia que a juicio de la Institución, no se considere como justa causa para la no asistencia al trabajo.

Parágrafo 3. Para los efectos de la remuneración del descanso semanal obligatorio, los días festivos no interrumpen la continuidad y se computan como si en ellos se hubiera prestado el servicio por el empleado.

Parágrafo 4. Cuando la jornada de trabajo convenida por las partes, en días u horas no implique la prestación de servicios en todos los días laborables de la semana, el empleado tendrá derecho a la remuneración del descanso semanal obligatorio y en proporción al tiempo laborado.

Parágrafo 5. En todo sueldo o salario, se entiende comprendido el pago del descanso en los días en que es legalmente obligatorio remunerarlo.

Parágrafo 6. La remuneración correspondiente al descanso remunerado obligatorio en los días de fiesta se liquidará como para el descanso semanal obligatorio, pero sin que haya lugar a descuento alguno por faltas al trabajo.

Parágrafo 7. Cuando no se trate de salario fijo como en los casos de remuneración por tarea o destajo o por unidad de obra, el salario computable para los efectos de la remuneración y el descanso dominical es el promedio de lo devengado por el trabajador en la semana inmediatamente anterior, tomando en cuenta solamente los días trabajados, salvo lo que sobre salarios básicos fijos para estos mismos efectos se establezca más favorablemente para el trabajador.

Artículo 38. Remuneración por el trabajo en días de descanso obligatorio y festivo. El trabajo que se realice en días de descanso obligatorio y días festivos se remunerará así:

1. Con un recargo del setenta y cinco por ciento (75%) sobre el salario ordinario en proporción a las horas laboradas, sin perjuicio del salario a que tenga derecho por haber laborado la semana completa.
2. Si el día de descanso obligatorio coincide otro día de descanso remunerado sólo tendrá derecho el empleado, si trabaja, al recargo establecido en el numeral anterior.
3. Se exceptúa el caso de la jornada de treinta y seis (36) horas semanales previstas en el literal c) del artículo 20 de la Ley 50 de 1990.

Parágrafo 1. El empleado que labore ocasionalmente en día de descanso semanal obligatorio, tiene derecho a un descanso compensatorio remunerado o a la retribución en dinero señalada en el presente artículo, a su elección, sin perjuicio de lo que corresponda por su día de descanso.

Parágrafo 2. El empleado que labore habitualmente en día de descanso semanal obligatorio, tiene derecho a un descanso compensatorio remunerado, sin perjuicio de la retribución en dinero prevista en el presente artículo.

Parágrafo 3. Las personas que por sus conocimientos técnicos, o por razón del trabajo que ejecutan no puedan reemplazarse sin grave perjuicio para la Institución, deben trabajar el día de descanso semanal obligatorio y días de fiesta, pero su trabajo se remunerará conforme lo previsto para el trabajo en días de descanso, salvo estipulación de una jornada especial que exceptúe dicho pago.

Artículo 39. Formas del descanso semanal compensatorio. El descanso semanal compensatorio puede darse en alguna de las siguientes formas:

1. En otro día laborable de la semana siguiente.
2. Desde el medio día o a las trece horas (13:00) del domingo o día de descanso semanal obligatorio, hasta el medio día o las trece horas (13:00) del lunes o día siguiente al del descanso.

Parágrafo. En los casos de labores que no puedan ser suspendidas cuando el personal no puede tomar el descanso en el curso de una o más semanas, se acumulan los días de descanso en la semana siguiente a la terminación de las labores o se paga la correspondiente remuneración en dinero, a opción del empleado.

Artículo 40. Aviso sobre trabajo en día de descanso semanal obligatorio o en día festivo. Cuando sea necesaria la labor del empleado en día de descanso semanal obligatorio o en día festivo o en ambos, la Institución, por intermedio del jefe inmediato informará al empleado con una anticipación de doce (12) horas, cuando menos, el hecho de que por razones del servicio no pueden disponer del descanso semanal obligatorio o el día festivo. En esta relación se incluirán también el día y las horas de descanso compensatorio. (Artículo 185 CST).

Artículo 41. Descanso adicional. Cuando por motivo de fiesta no determinada en la Ley 51 del 22 de diciembre de 1983, se suspendiere el trabajo, la Institución está obligada a pagarlo como si se hubiere realizado. No está obligada a pagarlo cuando hubiere mediado convenio expreso para la suspensión o compensación o estuviere prevista en este Reglamento, en pacto, convención colectiva o fallo arbitral. Este trabajo compensatorio se remunerará sin que se entienda como trabajo suplementario o de horas extras. (Artículo 178 CST).

Capítulo V

Vacaciones remuneradas

Artículo 42. Duración. Los empleados que hubieren prestado sus servicios durante un (1) año continuo tienen derecho a quince (15) días hábiles consecutivos de vacaciones remuneradas. (Artículo 86 Numeral 1 CST). Cuando el contrato de trabajo termine sin que el trabajador hubiere disfrutado de vacaciones, la compensación de éstas en dinero procederá proporcionalmente por fracción de año.

Artículo 43. Época de vacaciones. La época de las vacaciones debe ser señalada por la Institución a más tardar dentro del año subsiguiente y ellas deben ser concedidas oficiosamente o a petición del empleado, sin perjudicar el servicio y la efectividad del descanso. La Institución, debe dar a conocer al empleado, con una anticipación mínima de quince (15) días, la fecha en que le concederá las vacaciones. (Artículo 187 CST).

Parágrafo 1. El empleador llevará un registro de vacaciones en el que se indicará la fecha de ingreso de cada empleado, fecha en que disfruta el período de vacaciones (inicio y terminación) y la remuneración de las mismas. (Artículo 5, Decreto 13 de 1967)

Parágrafo 2. La Institución, puede determinar para todos o parte de sus empleados una época fija para las vacaciones simultáneas o colectivas y si así lo hiciere, los que en tal época no llevaren un año cumplido de servicios se entenderá que las vacaciones de que gocen son anticipadas y se abonará a las que se causen al cumplir cada uno el año de servicios.

Parágrafo 3. Si se dan vacaciones antes de que haya nacido la obligación de concederlas, no puede exigirse al empleado que complete el año de servicio que las causa, ni que reintegre el valor recibido si se retira antes; del propio modo no puede el empleado pretender que se le otorgue un nuevo período de descanso y que a partir de su disfrute comienza a contarse el tiempo que da derecho a un nuevo período vacacional.

Artículo 44. Interrupción. Si se presenta interrupción justificada en el disfrute de las vacaciones el empleado no pierde el derecho a reanudarlas. (Artículo 188 CST).

Artículo 45. Acumulación. En todo caso, cuando se presente acumulación de vacaciones, el empleado gozará anualmente, por lo menos, de seis (6) días hábiles continuos de vacaciones, los que no son acumulables. Sin embargo, las partes pueden convenir en acumular los días restantes de vacaciones hasta por dos (2) años.

La acumulación puede ser hasta por cuatro (4) años, cuando quiera que se trate de empleados técnicos, especializados, de confianza, de manejo o de extranjeros que presten sus servicios en lugares distintos a los de la residencia de sus familiares, previo acuerdo entre el empleado y la Institución. (Artículo 190 CST).

Si el empleado goza únicamente de seis (6) días de vacaciones en un año, se presume que acumula los días restantes de vacaciones a los posteriores, de acuerdo con lo prescrito en este artículo.

Artículo 46. Compensación en dinero de las vacaciones. La Institución y el empleado podrán acordar por escrito, previa solicitud del empleado, que se pague en dinero hasta la mitad de las vacaciones, es decir, hasta siete (7) días por cada período causado. Los ocho (8) días restantes deberán disfrutarse en tiempo.

Cuando el contrato terminare sin que el empleado hubiere disfrutado del período de vacaciones, la compensación de éstas en dinero procederá de manera proporcional al tiempo laborado.

En todo caso para la compensación en dinero de las vacaciones se tendrá como base el último salario devengado por el empleado.

Artículo 47. Remuneración de las vacaciones. Durante el período de vacaciones el empleado recibirá el salario ordinario que esté devengando el día que comience a disfrutar de ellas. En consecuencia, sólo se excluirán para la liquidación de las vacaciones el valor del trabajo en días de descanso obligatorio y el valor del trabajo suplementario o de horas extras.

Cuando el salario sea variable, las vacaciones se liquidarán con el promedio de lo devengado por el empleado en el año inmediatamente anterior a la fecha en que se concedan, pero no entrará en dicho promedio el valor del trabajo en días de descanso obligatorio y el valor del trabajo suplementario y de horas extras.

TÍTULO V

Permisos o licencias

Artículo 48. Permisos o licencias. La Institución concederá a sus empleados los permisos o licencias necesarias para:

1. El ejercicio del sufragio.
2. El desempeño de cargos oficiales transitorios de forzosa aceptación.
3. El desempeño de cargos oficiales transitorios de forzosa aceptación como jurado de votación o escrutador.
4. En caso de grave calamidad doméstica debidamente comprobada.
5. Licencia por luto.

6. Asistir al entierro de sus compañeros de trabajo.
7. Asistir a las consultas médicas programadas con la Entidad Promotora de Salud (en adelante EPS) o la entidad que hiciere sus veces de acuerdo con la normatividad vigente, a la cual se encuentre afiliado.
8. Licencia de maternidad y paternidad las cuales serán otorgadas en los términos establecidos por la ley.

Artículo 49. Condiciones. En los casos señalados en el artículo anterior, el empleado deberá dar aviso a su jefe inmediato con la debida oportunidad para efectos de conceder el permiso o licencia, por lo tanto, la concesión de éstos estará sujeta a las siguientes condiciones:

1. Ejercicio del sufragio. En caso de ser necesario el desplazamiento del empleado dentro de su jornada de trabajo para el ejercicio del sufragio, la Institución otorgará el permiso correspondiente, siempre y cuando el empleado dé aviso al jefe inmediato con la anticipación que las circunstancias permitan.

De acuerdo con las normas legales y mientras éstas tengan vigencia, todo empleado que ejerza su derecho al sufragio, podrá disfrutar de media jornada de descanso compensatorio remunerado por el tiempo que utilice para cumplir su función como elector, previa presentación del certificado electoral. El descanso compensatorio deberá ser disfrutado en el mes siguiente (30 días calendario) al día de la votación, en la fecha que acuerde el empleado con su jefe inmediato.

2. Desempeño de cargos oficiales transitorios de forzosa aceptación como jurado de votación. En este caso el aviso al jefe inmediato se dará con la anticipación que las circunstancias lo permitan. La Institución concederá al empleado el permiso correspondiente para ejercer las labores de dicho cargo, de acuerdo con el aviso que dé a su jefe inmediato con la anticipación que las circunstancias lo permitan.

De acuerdo con las normas legales y mientras éstas tengan vigencia, todo empleado que desempeñare el cargo de jurado de votación y presente el certificado correspondiente, tendrá derecho a un (1) día compensatorio de descanso remunerado dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles siguientes a la fecha del ejercicio del cargo, en el día que acuerde el empleado con su jefe inmediato.

3. Grave calamidad doméstica debidamente comprobada. En la Institución, se entiende por grave calamidad doméstica todo suceso imprevisto o irresistible cuya magnitud o gravedad afecte el normal desarrollo de las actividades del empleado y en la cual pueden verse amenazados derechos fundamentales de importancia significativa en la vida personal o familiar del mismo o afectada su estabilidad emocional por grave dolor moral, de forma que cualquier persona normal colocada en idénticas circunstancias considere imposible su adecuado desempeño ya que implica la

atención inmediata y prioritaria de la emergencia personal o familiar.

Toda calamidad doméstica para que proceda debe ir antecedida por aviso del empleado a su jefe inmediato por escrito y de no ser posible de forma inmediata por escrito dado que los sucesos no lo permitan, debe notificarse a través de los medios de comunicación concertados entre ambos para comunicarse. En el aviso deberán informarse, los hechos que constituyen la grave calamidad doméstica.

Corresponde al jefe inmediato conjuntamente con el área de Gestión Humana pronunciarse sobre la duración de ésta y notificará al empleado, acorde con las políticas de la Institución.

La oportunidad del aviso al jefe inmediato se realizará al tiempo de ocurrir éste o si las circunstancias lo permiten, anticipadamente. Excepcionalmente y por hechos de gravedad, puede ser posterior al hecho que lo constituye.

4. Licencia por luto. En caso de fallecimiento del cónyuge, compañero o compañera permanente del empleado o de un familiar hasta el grado segundo de consanguinidad, primero de afinidad y segundo grado civil, la Institución le concederá una licencia remunerada por luto de cinco (5) días hábiles o el tiempo indicado por la Ley vigente al momento del hecho. Este hecho deberá ser informado por el empleado ante su jefe inmediato dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a su ocurrencia, y acreditarse ante la Institución, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al hecho, mediante comunicación escrita, anexando copia del certificado de defunción respectivo.
5. Asistir al entierro de sus compañeros de trabajo. En caso de fallecimiento de un compañero de trabajo, la Institución concederá a sus empleados permiso para asistir al entierro, siempre y cuando el número de personas que se ausente, no perjudique su funcionamiento. En este caso el aviso al jefe inmediato debe darse con la anticipación que las circunstancias lo permitan.
6. Asistir a las consultas médicas programadas con la EPS o la entidad que hiciere sus veces de acuerdo con la normatividad vigente, a la cual se encuentre afiliado. En este caso el empleado deberá dar el aviso al jefe inmediato, quien podrá o no conceder el permiso. En todos los casos, el tiempo máximo concedido será de dos (2) horas y adicionalmente, deberá acreditar ante éste su asistencia a la cita médica con la constancia respectiva.

TÍTULO VI

Salario, modalidades, condiciones y períodos de pago

Artículo 50. Libertad de estipulación del salario y modalidades. La Institución y el empleado pueden convenir libremente el salario en sus diversas modalidades como por unidad de tiempo, variable (por obra o a destajo por tarea, etcétera) o integral, pero siempre respetando el salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo. No obstante lo dispuesto en los artículos 13, 14, 16, 21 y 340 del Código Sustantivo del Trabajo y las normas concordantes con éstas, cuando el empleado devengue un salario ordinario superior a diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes, podrá acordarse por escrito, que su remuneración se realice bajo la modalidad de salario integral, el cual además de retribuir el trabajo ordinario, compense de antemano el valor de prestaciones, recargos y beneficios tales como el correspondiente al trabajo nocturno, extraordinario o al dominical y festivo, el de primas legales, extralegales, las cesantías y sus intereses, subsidios y suministros en especie; y en general, las que se incluyan en dicha estipulación, excepto las vacaciones.

En ningún caso el salario integral podrá ser inferior al monto de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes, más el factor prestacional correspondiente a la Institución, que no podrá ser inferior al treinta por ciento (30%) de dicha cuantía.

Este salario no estará exento de las cotizaciones al sistema de seguridad social integral, ni de los aportes al SENA, ICBF y cajas de compensación familiar, pero la base para efectuar los aportes a estas tres últimas entidades corresponde al setenta por ciento (70%).

Artículo 51. Forma de pago. El empleado y la Institución acordarán expresamente la forma de pago del salario. Excepcionalmente, la Institución podrá ofrecer, si lo tuviere, el programa de remuneración flexible a los empleados que cumplan los requisitos señalados por la Institución para tal fin.

Artículo 52 Pago del salario. El salario se pagará directamente al empleado a través de medios electrónicos a la cuenta bancaria, en cheque o en efectivo según disponga la Institución; o excepcionalmente a la persona que él autorice por escrito.

Artículo 53. Jornal y sueldo. Se denomina jornal el salario estipulado por días y sueldo el estipulado por períodos mayores.

Artículo 54. Períodos de pago. Los pagos se efectuarán por quincena vencida los días quince (15) y treinta (30) de cada mes. El pago del salario cubre el de los días de descanso obligatorio remunerado que se interpongan en el mes. De todo pago, el empleado o la persona que lo cobre en virtud de una autorización escrita, podrá consultar vía electrónica los recibos respectivos.

1. El salario en dinero se pagará por períodos iguales y vencidos.
2. El pago del trabajo suplementario o de horas extras y el recargo por trabajo nocturno debe efectuarse junto con el salario ordinario del período en que se han causado o a más tardar con el salario del período siguiente (Artículo 134 CST).
3. En caso de coincidir el día de pago con un día dominical o festivo, la Institución podrá realizar el pago el día hábil siguiente.

TÍTULO VII

Atención en salud, riesgos laborales, medidas de seguridad laboral e higiene ambiental, primeros auxilios y procedimiento en casos de accidentes de trabajo y acciones en medicina del trabajo.

Artículo 55. Protección integral del empleado. Es obligación de la Institución velar por la salud y la seguridad de los empleados a su cargo, y proveer un ambiente de trabajo sano y seguro. Igualmente, es su obligación garantizar los recursos necesarios para implementar y ejecutar actividades permanentes del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con el objeto de velar por la protección integral del empleado.

Artículo 56. Atención en salud. Los servicios de salud que requieran los empleados se prestarán por las EPS o la entidad que hiciere sus veces de acuerdo con la normatividad vigente, a la cual estén afiliados, en caso de enfermedad o accidente de origen común; o las administradoras de riesgos laborales (en adelante ARL) o la entidad que hiciere sus veces de acuerdo con la normatividad vigente, en caso de enfermedad laboral o accidente de trabajo, a través de la institución prestadora de servicios de salud (en adelante IPS) o entidad que hiciere sus veces, a la cual estén asignados. En ausencia de la afiliación, estarán a cargo de la Institución todos los servicios que requiera el empleado.

Artículo 57. Aviso. Todo empleado, desde el mismo día en que se sienta enfermo deberá comunicarlo a su jefe inmediato, con el propósito de que este permita su ausencia en el trabajo y la consiguiente asistencia a la EPS o la entidad que hiciere sus veces de acuerdo con la normatividad vigente, a la cual se encuentre afiliado, a fin de que certifique si puede continuar o no en el trabajo y en su caso determine la incapacidad y el tratamiento al que el empleado debe someterse.

Si éste no diere aviso en el término indicado en el presente artículo o no se sometiere al examen médico que se haya ordenado, su inasistencia al trabajo se tendrá como injustificada para los efectos disciplinarios y todos aquellos a que haya lugar, a menos que demuestre que estuvo en absoluta imposibilidad para dar el aviso y someterse al examen en la oportunidad debida.

Artículo 58. Instrucciones y tratamientos. Los empleados deben someterse a las

instrucciones y tratamientos que ordena la respectiva EPS o la entidad que hiciere sus veces de acuerdo con la normatividad vigente, así como a los exámenes o tratamientos preventivos, curativos o de rehabilitación que para todos o algunos de ellos ordenen en determinados casos las entidades del sistema de seguridad social integral.

Artículo 59. Medidas de Seguridad. Los empleados deberán someterse a todas las medidas de seguridad y salud en el trabajo que prescriben las autoridades del ramo en general y en particular a las que ordene la Institución para la prevención y control de los riesgos en el manejo de las máquinas y demás elementos de trabajo, para evitar las enfermedades laborales y los accidentes de trabajo.

Parágrafo. El incumplimiento por parte del empleado de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos laborales, adoptados en forma general o específica y que se encuentren dentro del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de la Institución u otros instrumentos, debidamente difundidos entre la comunidad u oportunamente dado a conocer al empleado por cualquier medio de difusión o persona; se cataloga como grave y faculta a la Institución, para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, previa autorización del Ministerio de Trabajo o quien hiciere sus veces si fuera necesario y en todo caso, respetando el derecho de defensa. (Artículo 91 Decreto 1295 de 1994).

Artículo 60. Primeros auxilios en casos de accidentes de trabajo. En caso de accidente de trabajo, de inmediato se prestarán los primeros auxilios de acuerdo con lo establecido para el efecto por el área de urgencias o por la Brigada de Emergencias, e igualmente se evaluará acerca de la necesidad de traslado a la IPS adscrita a la ARL o por las entidades que hicieren sus veces de acuerdo con la normatividad vigente.

Así mismo, el área encargada de salud y seguridad en el trabajo o quien hiciere sus veces, tomará todas las medidas que se consideren necesarias y suficientes para reducir al mínimo las consecuencias del accidente y dará el aviso oportuno a la ARL o la entidad que hiciere sus veces de acuerdo con la normatividad vigente y a las demás entidades en los términos establecidos en el ordenamiento jurídico colombiano.

Artículo 61. Comunicación de accidente de trabajo. En caso de accidente de trabajo no mortal, aún el más leve o de apariencia insignificante, el empleado lo comunicará inmediatamente, siempre que su condición de salud lo permita a su jefe inmediato y al área encargada de salud y seguridad en el trabajo o quien hiciere sus veces, para que se provea la asistencia médica y tratamiento oportuno (Artículo 220 CST). El empleado deberá informar acerca de la incapacidad que le hubiere sido expedida como consecuencia del accidente en los términos dispuestos por las disposiciones legales vigentes.

Artículo 62. Información. La Institución llevará estadísticas de las enfermedades laborales y de los accidentes de trabajo, para lo cual deberán, en cada caso, determinar la gravedad y la frecuencia de las enfermedades laborales o de los accidentes de trabajo,

de conformidad con su sistema de gestión de salud y seguridad en el trabajo.

Parágrafo. Toda enfermedad laboral o accidente de trabajo que ocurra en la Institución, deberá ser informado por ésta a la ARL o a la entidad que hiciere sus veces de acuerdo con la normatividad vigente y demás instituciones que la Ley establezca, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad o en el plazo establecido por las normas que regulan el tema.

Artículo 63. Remisión normativa. En todo caso, en lo referente a los puntos de que trata este título, tanto la Institución como los empleados, se someterán a las normas pertinentes del sistema de seguridad social integral que regulen la materia. De la misma manera, ambas partes están obligadas a sujetarse a la legislación vigente del sistema general de riesgos laborales, de conformidad con los términos estipulados en los preceptos legales pertinentes.

Artículo 64. Incapacidades. En relación con las incapacidades médicas se establecen los siguientes parámetros:

1. La simple manifestación del empleado de que su ausencia al trabajo se debió al hecho de haber concurrido al servicio médico o al médico particular no será aceptada por la Institución como excusa.
2. El empleado deberá informar al área de Gestión Humana sobre la expedición de una prescripción de incapacidad y su duración, dentro del día hábil siguiente y entregar dentro de los 5 días siguientes, en original o debidamente transcrita, esta prescripción de incapacidad emitida por el médico, acompañada de los documentos exigidos por la EPS o la ARL o las entidades que hicieren sus veces de acuerdo con la normatividad vigente, a la cual se encuentra afiliado para efectos del trámite de reconocimiento de la prestación económica.

La Institución realizará el trámite correspondiente para el reconocimiento de la prestación económica de incapacidad ante la entidad respectiva a la cual se encuentre afiliado el empleado de acuerdo con la naturaleza del accidente o enfermedad.

3. Como justificación del empleado para faltar al trabajo por razones de salud, la Institución sólo tendrá en cuenta el certificado de incapacidad que otorgue la EPS o la ARL o las entidades que hicieren sus veces de acuerdo con la normatividad vigente, a la cual se encuentre afiliado el empleado. Este certificado será obtenido bajo los parámetros y procedimientos establecidos por las normas jurídicas vigentes sobre la materia.
4. El trámite de reconocimiento de la incapacidad se realizará en los términos de la normatividad vigente.

TÍTULO VIII**Labores prohibidas para mujeres y para menores de dieciocho (18) años**

Artículo 65. Labores prohibidas para mujeres y para menores de dieciocho (18) años. La Institución no vinculará mediante contrato de trabajo menores de dieciocho (18) años, salvo aprendices, quienes se vincularán a través de contrato de aprendizaje. Adicionalmente, en ningún caso asignará la realización de labores prohibidas por la Ley para las mujeres.

TÍTULO IX**Prescripciones de orden y seguridad****Capítulo I****Obligaciones generales para Fundación Instituto Neurológico de Colombia y los empleados**

Artículo 66. Obligaciones generales para Fundación Instituto Neurológico de Colombia.

La Institución tiene como obligaciones generales las siguientes:

1. Ejecutar el contrato de trabajo de buena fe.
2. Respetar y brindar un buen trato a los empleados.
3. Brindar a los empleados condiciones laborales según lo contemplado en la normatividad vigente acordes con la dignidad humana, la equidad y la justicia.
4. Adoptar medidas tendientes a proteger la salud y la seguridad de los empleados a su cargo.
5. Cumplir con las obligaciones en seguridad y previsión de riesgos laborales definidas por la normatividad vigente y establecer las condiciones especiales para que opere el teletrabajo, cuando éste fuere implementado y fuere aplicable.
6. Proveer un ambiente de trabajo sano.
7. Implementar y ejecutar actividades permanentes en seguridad y salud en el trabajo
8. Pagar la remuneración pactada en las condiciones y períodos convenidos.
9. Afiliar a sus empleados al sistema de seguridad social integral y a una caja de

compensación familiar.

10. En general todas aquellas previstas en la Ley para los empleadores.

Artículo 67. Obligaciones generales para los empleados. Los empleados, tienen como obligaciones generales las siguientes:

1. Ejecutar el contrato de trabajo de buena fe.
2. Respetar a sus superiores y cumplir con las órdenes que le sean informadas.
3. Respetar y brindar un buen trato a sus compañeros de trabajo, pacientes, familiares, visitantes, aprendices, estudiantes, usuarios, proveedores y personas en general con los cuales la Institución tenga relación.
4. Tener una actitud de trabajo en equipo e integración con sus superiores y compañeros de trabajo, en la ejecución de sus labores.
5. Guardar buena conducta en todo sentido y obrar con espíritu de leal colaboración en el orden moral y disciplina general.
6. Todo empleado tiene la obligación de respetar la dignidad, los derechos y la integridad de sus compañeros de trabajo, así como de todas las personas con las que interactúe en el entorno laboral. Esto incluye, pero no se limita a, mantener un ambiente de trabajo inclusivo, seguro y libre de cualquier forma de discriminación o acoso.
7. Los empleados deben abstenerse de cualquier conducta que pueda ser considerada como acoso sexual, ya sea físico, verbal o no verbal. Esto incluye, pero no se limita a:
 - ✓ Comentarios sexuales inapropiados, insinuaciones, bromas o chistes de carácter sexual que resulten ofensivos para otra persona.
 - ✓ Propuestas o insinuaciones sexuales no deseadas, ya sea de manera directa o indirecta.
 - ✓ Contacto físico no deseado (tocamientos, abrazos, besos, etc.) que no sea consensuado.
 - ✓ Conductas visuales ofensivas, como gestos obscenos o la exhibición de material gráfico inapropiado en el lugar de trabajo.
 - ✓ Uso de medios electrónicos para hostigar a otros empleados, como el envío de mensajes inapropiados a través de correos electrónicos, redes sociales o aplicaciones de mensajería.
8. No realizar conductas de agresión física o moral o que implique violación a la libertad física o sexual contra sus compañeros de trabajo y superiores jerárquicos.

9. Cumplir con su manual de responsabilidades, ejecutando los trabajos que les confíen, con honradez, eficiencia, responsabilidad, buena voluntad y disposición.
10. Hacer las observaciones, reclamos y solicitudes a que haya lugar, por conducto del respectivo jefe inmediato, de manera respetuosa y fundamentada.
11. Ser verídico en todo caso y momento.
12. Recibir y aceptar las órdenes, instrucciones y correcciones relacionadas con el trabajo, con su verdadera intención que es, en todo caso, la de encaminar y perfeccionar los esfuerzos en provecho propio y de la Institución en general.
13. Conocer, promover, difundir, y dar estricto cumplimiento en el desarrollo de sus actividades a lo dispuesto en el presente Reglamento, a las prescripciones especiales de los contratos individuales de trabajo, a los estatutos, reglamentos especiales, Código de Ética y buen gobierno, normas, políticas, procedimientos y en general, cualquier documento y declaración institucional, que tenga establecidos o establezca la Institución Fundación Neurológico de Colombia.
14. Permanecer durante la jornada de trabajo en el lugar en donde por orden de la Institución debe desempeñar sus labores.
15. Denunciar ante la Institución el traslado de herramientas o cualquier implemento de trabajo, que haga cualquier persona o el uso de elementos o vehículos para fines distintos de los señalados por la misma.
16. Asistir puntualmente al lugar de trabajo según el horario establecido y cumplir diariamente con la jornada de trabajo completa, desde la hora de ingreso hasta la hora de salida, salvo los casos de permisos o licencias regulados en este Reglamento y concedidos por la Institución.
17. Observar con suma diligencia y cuidado las medidas, precauciones, instrucciones y órdenes preventivas de accidentes o de enfermedades laborales, que le indique la Institución para el manejo de las máquinas, equipos o elementos de trabajo; y observar rigurosamente las normas mínimas de aseo personal, del lugar de trabajo y del equipo asignado.
18. Utilizar todas las prendas y elementos de protección que sean suministrados para cumplir con las condiciones de seguridad propias del trabajo.
19. Utilizar los uniformes suministrados, portándolos de manera adecuada, siguiendo los parámetros definidos en el Código de uso del Uniforme o en cualquier documento o instrucción al respecto.

20. Cumplir con las disposiciones contenidas en las resoluciones emanadas del Ministerio de Salud y Protección Social y los anexos técnicos.
21. Cumplir los protocolos de bioseguridad adoptados y adaptados por la Fundación, no solo en la ejecución de su contrato de trabajo, sino en los desplazamientos a su sitio de trabajo y en todas las actividades personales y familiares que desempeñe.
22. Reportar a la Fundación cualquier caso de contagio que se llegase a presentar en su lugar de trabajo, en su grupo familiar, y/o social para que se adopten las medidas correspondientes.
23. Informar a la Fundación cualquier cambio o alteración en su estado de salud y las de los miembros de su familia, o de las personas con las que convive especialmente relacionados con síntomas de enfermedad respiratoria.
24. Adoptar las medidas de cuidado de su salud y de bioseguridad respectivas en todos los aspectos de su vida familiar social y laboral.
25. Cumplir con las condiciones de asepsia e higiene estipuladas en los protocolos para el manejo y manipulación de materias primas, herramientas de trabajo y cualquier elemento o producto de la cadena productiva de la Fundación.
26. Cumplir con las demás instrucciones y obligaciones que llegase a impartir la Fundación con ocasión de la emergencia sanitaria derivada del Covid 19, en ejecución del contrato.
27. Asistir a todas las capacitaciones y charlas técnicas que indique la Fundación.
28. Hacer uso de las aplicaciones designadas por la Fundación para registrar su estado de salud.

Capítulo II

Obligaciones especiales para la Fundación Neurológico de Colombia y los empleados.

Artículo 68. Obligaciones especiales para Fundación Neurológico de Colombia.

Son obligaciones especiales de Institución:

1. Poner a disposición de los empleados, salvo que se estipule lo contrario, los instrumentos adecuados y las materias primas necesarias para la realización de las labores en forma satisfactoria.
2. Suministrar a los empleados instalaciones locativas apropiadas para el oficio y

elementos adecuados de protección contra los accidentes y enfermedades laborales, de forma que garantice razonablemente la seguridad y la salud.

3. Suministrar a los teletrabajadores los elementos y medios necesarios para desempeñar sus funciones.
4. Prestar de inmediato los primeros auxilios, dentro de los límites legales, en caso de accidentes o enfermedades.
5. Desarrollar las medidas preventivas y correctivas de acoso laboral con el fin de promover un excelente ambiente de convivencia laboral, fomentar relaciones sociales positivas entre todos los empleados y respaldar la dignidad e integridad de las personas en el trabajo; a través de Gestión Humana y del Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.
6. Guardar respeto a la dignidad personal del empleado, a sus creencias y opiniones.
7. La empresa se compromete a promover un ambiente laboral libre de acoso sexual, en el cual se respeten los derechos, la dignidad y la integridad de todos los empleados. Esto incluye la adopción de medidas preventivas y correctivas necesarias para erradicar cualquier forma de acoso en el entorno de trabajo.
8. Conceder al empleado los permisos o licencias necesarias para los fines y en los términos indicados en el título IV de este Reglamento, y de acuerdo con los procedimientos que para el efecto estableciere la Institución.
9. Entregar al empleado que lo solicite, a la terminación del contrato, una certificación en que conste el tiempo de servicios, la índole de las labores y el salario devengado e igualmente, hacerle practicar examen médico de egreso y entregarle certificación sobre el particular. Se considerará que el empleado desiste voluntariamente o por su culpa, elude, dilata o dificulta el examen, cuando transcurridos cinco (5) días hábiles a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la información y la orden correspondiente. En tal caso, cesa tal obligación para la Institución.
10. Cuando el trabajador para ser contratado deba cambiar su sitio de residencia, se pagarán a éste los gastos razonables de venida y regreso; si para prestar su servicio, la Institución lo hizo cambiar de residencia, salvo si la terminación del contrato se origina por culpa o voluntad del empleado. Si el empleado prefiere radicarse en otro lugar, la Institución, le debe costear su traslado hasta concurrencia de los gastos que demandaría su regreso al lugar donde residía anteriormente. En los gastos de traslado del empleado, se entienden comprendidos los de familiares que con él convivieren.
11. Promover la igualdad de trato en cuanto a remuneración, capacitación, formación,

acceso a mejores oportunidades laborales y demás derechos fundamentales laborales, entre teletrabajadores y demás empleados de la Institución.

12. Dar a conocer a los empleados las políticas y directrices que se establezcan para el adecuado uso de equipos, programas y manejo de la información, y en especial las relacionadas con el teletrabajo que realicen empleados de la Institución en el caso que sea implementado.
13. Informar a los empleados sobre las restricciones de uso de equipos y programas informáticos, la legislación vigente en materia de protección de datos personales, propiedad intelectual, seguridad de la información y en general las sanciones que puede acarrear el incumplimiento de las normas internas relacionadas con el manejo de la información y propiedad intelectual.
14. Abrir y llevar al día los registros de horas extras que ordena la ley.
15. Conceder a las trabajadoras que estén en período de lactancia los descansos ordenados por el artículo 238 del Código Sustantivo del Trabajo.
16. Conservar el puesto a las empleadas que estén disfrutando de los descansos remunerados, a que se refiere el numeral anterior, o por licencia de enfermedad motivada en el embarazo o parto. No producirá efecto alguno el despido que el empleador comunique a la trabajadora en tales períodos o que si acude a un preaviso, éste expire durante los descansos o licencias mencionadas.
17. Pagar la remuneración pactada en las condiciones, períodos y lugares convenidos.
18. Cumplir este reglamento y mantener el orden, la moralidad y el respeto a las leyes.

Artículo 69. Obligaciones especiales para los empleados. Son obligaciones especiales del empleado:

1. Realizar personalmente el trabajo propio de su cargo o el que se le asigne, observar los preceptos de este reglamento y acatar y cumplir las órdenes e instrucciones que de manera particular le imparta la Institución o sus representantes según el orden jerárquico establecido.
2. Abstenerse de utilizar los recursos institucionales y el nombre de Fundación Neurológico de Colombia y su sucursal Institución o el cargo que desempeña, para su beneficio personal o de terceros.
3. Proteger y utilizar adecuadamente la información confidencial. Esta información no podrá ser utilizada para intereses o fines propios o de terceros.
4. Cumplir con las formaciones y aportar los títulos y certificados de aptitud profesional,

cursos y formaciones específicas que se les requiera y deban acreditarse a los entes externos e internos de acuerdo al área en que se desempeñen.

5. Los empleados deberán mantener una comunicación respetuosa y profesional en todo momento. Esto incluye: a) evitar el uso de lenguaje ofensivo, discriminatorio o insultante hacia cualquier persona en el entorno laboral. b) fomentar un ambiente de trabajo positivo mediante la colaboración, la empatía y el apoyo mutuo. c) respetar las opiniones y puntos de vista de los demás, aunque sean diferentes a los propios, promoviendo el diálogo constructivo y la resolución pacífica de conflictos.
6. Mantener vigentes y aportar a su hoja de vida en el formato y condiciones formales requeridas, todos los certificados que los entes gubernamentales soliciten para acreditar el ejercicio de la profesión de acuerdo al área en que se desempeñan, sea que estos requisitos se soliciten con posterioridad al ingreso, por la expedición de un nuevo requerimiento de norma de habilitación.
7. Guardar la debida reserva de la información de la Institución catalogada como información confidencial. Para tales efectos, se considera que toda aquella información que conozca el empleado, cuya causa u origen sea el desempeño de sus funciones o aquellas que le sean atribuidas por su superiores jerárquicos tienen tal característica y sólo deberá ser revelada a terceros con autorización expresa y escrita de su jefe inmediato, gerentes o por el titular de la misma.
8. Ejecutar e implementar de manera clara, confiable, completa y oportuna los controles asociados con el buen desempeño de los procesos y actividades, acatando las oportunidades de mejora sugeridos por Control Interno, Calidad en las auditorías internas, la Revisoría fiscal y demás entes de control.
9. Conservar y restituir en buen estado, salvo el deterioro normal y natural, los instrumentos y útiles que le hayan sido facilitados para la ejecución del trabajo y las materias primas sobrantes.
10. Restituir al final del contrato en buen estado, salvo el deterioro natural, los objetos entregados para la ejecución del teletrabajo, los cuales además no podrán ser usados por persona distinta al teletrabajador durante la ejecución del contrato, en el caso que este sea implementado.
11. Guardar rigurosamente la moral en las relaciones con sus superiores y compañeros. Se consideran comportamientos inmorales aquellos en donde haya exposición injustificada de desnudez así ésta sea parcial, cualquier tipo de comportamiento sexual o erótico dentro de las instalaciones de la Institución, así como la consulta o lectura de material pornográfico a través de cualquier medio de comunicación impreso o virtual.
12. Comportarse adecuadamente en la jornada laboral con decoro y disciplina de acuerdo

a la ética y las buenas costumbres, en las relaciones con sus superiores y compañeros, pacientes y familiares, proveedores, clientes y en general con cualquier persona que tenga contacto por ocasión de su labor.

13. Actuar en todo momento de acuerdo con los intereses de la Institución, buscando siempre el beneficio de ésta; así como abstenerse de realizar alguna actividad que vaya en detrimento de los intereses, objetivos o propósitos de la Institución o que contraría cualquier reglamentación establecida por la misma.
14. Declarar, ante el director de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia o Directores Administrativo y Financiero y Director Médico en el momento de su ocurrencia, alguna de las posibles situaciones de conflicto de interés, mediante los instrumentos establecidos para tal fin.
15. Prestar la colaboración posible en caso de siniestro o riesgo inminente que afecte, amenace o perjudique las personas, las cosas o los trabajos por realizar a cargo de la Institución.
16. Acatar las medidas para la prevención y control de riesgos laborales que prescriben las autoridades del ramo o el área encargada de la seguridad y salud en el trabajo o quien hiciere sus veces o los respectivos reglamentos, políticas, directrices y demás instrumentos.
17. Cumplir con las obligaciones en seguridad y previsión de riesgos laborales definidas por la normatividad vigente, y con las condiciones especiales establecidas por la Institución para los teletrabajadores.
18. Registrar en las oficinas (o en los medios previstos para ello) de Gestión Humana, su domicilio, número de celular y/o fijo y dar aviso inmediato de cualquier cambio que ocurra, así como hechos que generen cambios de estado civil, fallecimiento de hijos o padres, nacimiento de hijos, estudios realizados, títulos obtenidos; con el fin de que la Institución pueda actualizar sus registros para los efectos en que tales hechos incidan. En caso de cualquier comunicación que se dirija al empleado, se entenderá válidamente notificada y enviada a éste, si se dirige a la última dirección que el empleado tuviere registrada o a la dirección de correo electrónico que esté informada en los archivos y registros de Gestión Humana.
19. Observar estrictamente lo establecido por la Institución para la solicitud de permisos o licencias y para avisos y comprobación de enfermedad, ausencias y novedades semejantes.
20. Portar el carné de identidad que otorga la Institución y presentarlo en todas las ocasiones en que así lo exija por razones de control.
21. Vestirse de forma adecuada para actividades institucionales. Usar el Uniforme

institucional de forma adecuada y comportarse adecuadamente en los lugares públicos fuera de las instalaciones de la Institución.

22. Someterse a los controles y medidas de seguridad indicados.
23. Asistir con puntualidad y disposición a los cursos especiales de capacitación, entrenamiento o perfeccionamiento organizados e indicados por la Institución, dentro o fuera de sus instalaciones, a los que se le invita o se le indica.
24. Asistir cumplidamente a las reuniones generales o de grupos de trabajo, grupos primarios organizados y convocadas por la Institución o sus representantes.
25. Aceptar los traslados y cambios de oficio u horario siempre y cuando éstos no desmejoren de forma sustancial las condiciones laborales o causen graves perjuicios para el empleado.

La Institución en ejercicio de su poder subordinante podrá realizar modificaciones tales como turnos y jornadas de trabajo, el lugar de prestación de los servicios, el cargo y las funciones y la forma de remuneración siempre que tales modificaciones no afecten su honor, su dignidad, o sus derechos mínimos.

26. Prestar sus servicios de manera cuidadosa, amable y diligente en el lugar, tiempo y condiciones acordadas y de acuerdo a los protocolos definidos por la Institución
27. Cumplir las normas legales sobre tránsito de automotores en el caso de los conductores.
28. Permanecer alerta y en perfectas condiciones físicas siempre y en todo momento para la vigilancia y cuidado de los pacientes, familiares, visitantes, usuarios, proveedores y personas; y de todos los bienes de la Institución y mantenerse siempre en el lugar de trabajo asignado en el caso del personal asistencial o administrativo que deba dar atención al público.
29. Realizar un uso adecuado de las instalaciones, los materiales, medicamentos, dispositivos médicos incluidos los equipos biomédicos con sus componentes, equipos industriales, equipos de soporte asistencial, equipos de limpieza y desinfección, elementos de protección personal, instrumental quirúrgico, hardware y software, infraestructura en telecomunicaciones, planta telefónica, enseres, equipos y herramientas de trabajo.
30. Dar aviso al jefe inmediato en caso de cualquier daño, pérdida o fallas técnicas que se presenten en algún objeto relacionado directamente con su labor y adicional, notificar también otros hechos que afecten o puedan afectar el patrimonio de la Institución así correspondan a otros servicios distintos al suyo.

31. Informar oportunamente el hecho de haber recibido un mayor valor en la nómina o en otros pagos laborales o sumas de dinero que entregue la Institución al empleado en virtud de sus labores.
32. Cumplir los horarios de tiempo suplementario o de horas extras cuando ellas correspondan a acuerdos entre empleados y la Institución o cuando ésta los hubiere comunicado oportunamente.
33. Comunicar sobre cualquier conducta de la que tenga conocimiento, ejercida por directivos, jefes, superiores o compañeros de trabajo, que pueda implicar maltrato físico o moral o persecución laboral contra sí mismo o contra otros compañeros, jefes o directivos.
34. Observar una conducta pública acorde con el decoro y la dignidad de su cargo.
35. Actuar con imparcialidad y justicia en el ejercicio de su cargo en relación con pacientes, familiares, visitantes, usuarios, compañeros de trabajo, superiores, proveedores y personas en general.
36. Cumplir con el horario establecido y desempeñar a cabalidad las funciones que le corresponda.
37. Mantener la reserva y confidencialidad sobre el estado de salud de los pacientes cuya historia clínica tenga conocimiento.
38. Para los empleados con personal a cargo, entregar, tanto a la Institución como a los empleados a cargo el resultado de las evaluaciones de desempeño en los plazos y fechas establecidas, llevar las carpetas PAMEC y en general coordinar el personal a su cargo.
39. Observar en sus relaciones con la Institución y los pacientes, familiares, visitantes, usuarios, proveedores, y personas en general, las normas de la ética profesional que rigen la profesión u oficio que desempeñan.
40. Permanecer actualizado en los desarrollos académicos y profesionales de su disciplina.
41. Acatar todas las obligaciones y deberes que emanen del Código de ética y de las normas, políticas, procesos, procedimientos, estatutos, reglamentos, documentos, que se tengan establecidos o establezcan, así como cumplir fiel y estrictamente todas las disposiciones legales.
42. Velar por la seguridad del personal a su cargo haciendo cumplir las normas e instrucciones preestablecidas, procurando que todos los empleados utilicen y hagan uso adecuado de los elementos de dotación y de seguridad suministrados.

43. Comunicar por escrito, tan pronto tenga conocimiento al área de Gestión Humana o a quien ésta delegue para el efecto, cualquier caso en que presuntamente un empleado hubiere incurrido en una falta leve o grave, con el fin de que previo el procedimiento establecido en la Ley o normas del presente Reglamento interno de trabajo, se tome la decisión a que hubiere lugar.
44. Proteger la imagen institucional de la Institución y respetar estrictamente las normas de propiedad intelectual y derechos de autor, suscribiendo los documentos que para el efecto sean definidos en la Institución.
45. Dar una adecuada custodia a los activos cargados a su nombre o unidad a la que esté asignado, cumpliendo con los protocolos establecidos para el ingreso, traslado y retiro de los mismos.
46. Cumplir con las políticas y directrices que sean establecidas para el adecuado uso de equipos, programas y manejo de la información, así como la legislación vigente en materia de protección de datos personales, propiedad intelectual, seguridad de la información, registros médicos e historia clínica electrónica.
47. Consignar en la historia clínica del paciente datos verídicos, claros, precisos, actuales y cronológicos.
48. Cumplir con las obligaciones a cargo de los empleados contempladas en el Código Sustantivo del Trabajo, y demás normas del ordenamiento jurídico colombiano.
49. Permitir y colaborar con la realización de pruebas sobre alcoholemia y/o pruebas de laboratorio para la identificación de drogas ilícitas, sustancias alucinógenas, enervantes o que generen dependencia.

Capítulo III

Prohibiciones especiales para Fundación Neurológico de Colombia y los empleados.

Artículo 70. Prohibiciones especiales para Fundación Neurológico de Colombia.

Se prohíbe a la Institución:

1. Deducir, retener o compensar suma alguna del monto de los salarios y prestaciones en dinero que corresponda a los empleados, sin autorización previa escrita de éstos para cada caso o sin mandamiento judicial, con excepción de los eventos contemplados en las normas laborales y de seguridad social vigente.
2. Obligar en cualquier forma a los empleados a comprar mercancías o víveres en almacenes de la Institución, así como adquirir productos o servicios que ofrecen entidades externas en virtud de convenios existentes con éstas.
3. Exigir o aceptar dinero del empleado como gratificación para que se admita a éste en el trabajo o por otro motivo cualquiera que se refiera a las demás condiciones de éste.
4. Limitar o presionar en cualquier forma a los empleados en el ejercicio de su derecho de asociación.
5. Imponer a los empleados obligaciones de carácter religioso o político, o dificultarles o impedirles el ejercicio del derecho al sufragio.
6. Hacer, autorizar o tolerar propaganda política en los lugares de trabajo.
7. Emplear en las certificaciones laborales signos convencionales que tiendan a perjudicar a los interesados o adoptar el sistema de lista negra, cualquiera que sea la modalidad que se utilice para que no se ocupe en otras instituciones o empresas a los empleados que se separen o sean separados de sus servicios.
8. Ejecutar o autorizar cualquier acto que vulnere o restrinja los derechos de los empleados o que ofenda su dignidad.
9. Cerrar intempestivamente la Institución. Si lo hiciera además de incurrir en sanciones legales deberá pagar a los empleados los salarios, prestaciones, o indemnizaciones por el lapso que dure cerrada. Así mismo cuando se compruebe que el empleador en forma ilegal ha retenido o disminuido colectivamente los salarios a los empleados, la cesación de actividades de éstos, será imputable a aquel y les dará derecho a reclamar los salarios correspondientes al tiempo de suspensión de labores.
10. Respetar las normas de despido sin justa causa en los casos y términos establecidos

en la Ley.

11. Ejecutar o autorizar cualquier acto que vulnere o restrinja los derechos de los trabajadores o que ofenda su dignidad (Artículo 59 CST).
12. Las demás actuaciones que la Ley prohíba para los empleadores.

Artículo 71. Prohibiciones especiales para los empleados. Se prohíbe a los empleados:

1. Trasladar fuera de las instalaciones o del lugar donde preste sus servicios, sin autorización, materias primas, maquinaria, bienes, dinero, objetos o cualquier elemento de la Institución o de los compañeros de trabajo, o de pacientes y/familiares.
2. Sustraer de la institución o sus instalaciones ya sea de propiedad de los trabajadores, visitantes o de la institución, útiles de trabajo, materias primas, medicamentos, elementos, insumos, materiales, equipos, dinero y en general cualquier elemento que le hayan sido entregados o al que tenga acceso por ocasión o no del trabajo
3. Destruir o atentar en cualquier forma contra los bienes de la Institución, de compañeros, pacientes y/o familiares del paciente.
4. Operar o usar las máquinas, equipos, medicamentos, dispositivos médicos, útiles de trabajo, herramientas, vehículos, instalaciones o cualquier elemento de la Institución en objetos distintos del trabajo contratado, sin la autorización correspondiente, en su propio provecho o de terceros dentro o fuera de la Institución.
5. Vender, cambiar, prestar o negociar en cualquier forma algún objeto de propiedad de la Institución sin su autorización.
6. Confiar a otro empleado, sin la autorización correspondiente, la ejecución del propio trabajo, máquinas, medicamentos, dispositivos médicos, equipos, útiles de trabajo, herramientas, implementos, vehículo (s) o elementos de la Institución.
7. Reemplazar a otro empleado, sin la autorización correspondiente, en la ejecución de su trabajo, máquinas, medicamentos, dispositivos médicos, equipos, útiles de trabajo, herramientas, implementos, vehículo (s) o elementos de la Institución.
8. Dejar máquinas, medicamentos, dispositivos médicos, equipos, herramientas, vehículos o elementos de trabajo en lugares distintos a los señalados para tal fin, o entregarlos a otras personas sin recibir la orden o autorización correspondiente.
9. Presentarse al lugar de trabajo bajo los efectos de bebidas alcohólicas o bajo la influencia de sustancias opiáceas, estupefacientes, alucinógenas, psicotrópicas o sintéticas o cualquier sustancia o producto semejante; o ingerir bebidas alcohólicas o

consumir cualquiera de estas sustancias, incluidas las opiáceas durante la jornada laboral, al igual que ser encontrado dentro de la jornada laboral bajo los efectos de bebidas alcohólicas o bajo la influencia de sustancias opiáceas, estupefacientes, alucinógenas, psicotrópicas o sintéticas o cualquier sustancia o producto semejante y que, dada la naturaleza de prestación de servicios de salud donde se requiere el total cuidado en la atención segura al paciente para preservar su salud y su vida, el efecto de no encontrarse completamente en estado lúcido represente un riesgo inminente para el paciente o su familia.

10. Aplicarse a sí mismo o a un tercero medicamento (s) sin autorización y/o prescripción médica que lo sustenten.
11. Retirar de la Institución o de los lugares asignados por ella, vehículos de propiedad de esta o que le hayan sido asignados para la ejecución de sus labores, sin la debida autorización.
12. Mantener en su poder dentro de las instalaciones de la Institución cualquier clase de sustancia prohibida por la Ley, salvo aquellas que legítimamente y por estricta recomendación médica deba ser utilizada con los pacientes a cargo, en el desarrollo de sus funciones.
13. Fumar en los lugares prohibidos por la Ley, en cualquier espacio de la Institución, dentro de las instalaciones de la Institución o en lugares donde pueda llegar a causar algún perjuicio, molestia o incomodidad a la Institución o a sus empleados, pacientes, familiares, visitantes o usuarios.
14. Introducir, portar o conservar armas o explosivos de cualquier clase en el lugar de trabajo.
15. Coartar la libertad para trabajar o no trabajar o el ejercicio del derecho de asociación
16. En consideración a que se presta un servicio público esencial que no puede ser suspendido o interrumpido, intervenir en cualquier forma en la promoción, organización o realización de huelgas, paros, ceses o suspensiones del trabajo en la Institución, cuando tales hechos tengan el carácter de ilegales, intempestivos o de alguna manera sean contrarias a las disposiciones de la Ley y de los reglamentos institucionales.
17. Faltar al trabajo sin justa causa de impedimento o sin permiso de la Institución, excepto en los casos legalmente permitidos.
18. Emplear más del tiempo necesario para realizar el objeto del permiso o licencia concedido por la Institución o utilizar el mismo en asuntos diferentes a los expuestos al momento de la solicitud.

19. Presentarse al trabajo cuando se encuentre incapacitado por la EPS o la ARL, o por las entidades que hicieren sus veces de acuerdo con la normatividad vigente, a la cual se encuentre afiliado; o cuando se encuentre en período de vacaciones o de licencia.
20. Perjudicar, obstruir o dilatar el normal funcionamiento de cualquiera de las actividades de la Institución mediante algún acto u omisión.
21. Consumir alimentos en el lugar de trabajo cuando se encuentre operando equipos, medicamentos, dispositivos médicos, o máquinas o que implique suspender las actividades que se encuentra realizando o cuando esté prohibido por estar prestando servicios de salud de acuerdo con las normas legales vigentes o reglamentos internos.
22. Dormir durante la jornada de trabajo.
23. Dejar el lugar de trabajo sin adoptar las medidas de seguridad necesarias para la preservación de los bienes de la Institución.
24. Abstenerse de entregar al día su puesto de trabajo o el turno al empleado que por algún motivo deba reemplazarlo temporal o permanentemente o que le reciba el turno por estar asignado para ello.
25. Abandonar o retirarse temporalmente del lugar de trabajo sin autorización del respectivo superior y para fines diferentes a los de su trabajo.
26. Cambiar el turno o el horario de trabajo sin orden o autorización expresa del respectivo jefe inmediato, excepto por calamidad, incapacidad, fuerza mayor o caso fortuito.
27. Trabajar horas extras sin autorización.
28. Negarse a trabajar con los métodos y sistemas de la Institución.
29. Negarse, sin justa causa, a prestar el servicio en los lugares y a los pacientes y usuarios en general, que la Institución le asigne.
30. Negarse a atender las órdenes, instrucciones, reglamentos y correcciones impartidas por sus superiores, al igual que incitar a los empleados para que las desconozcan
31. Permitir que durante la prestación del servicio se violen órdenes, guías de tratamiento médico o normas reglamentarias, o tolerar tales infracciones y no informarlas oportunamente a la Institución o sus representantes.
32. Ocultar faltas que atenten contra la Institución cometidas por compañeros de trabajo

o guardar silencio ante actitudes sospechosas que observe, ya sea de compañeros de trabajo o extraños.

33. Demorar la presentación de las cuentas y los respectivos reembolsos de las sumas que haya recibido para gastos para el desempeño de sus funciones, como por ejemplo, los gastos de viaje.
34. Demorar la presentación de facturas, respuesta a glosas o generar devoluciones sin justa causa comprobada.
35. Generar sin justificación notas crédito que afecten los recursos de la Institución.
36. Hacer captación ilegal de dinero con fines o no de lucro personal, facilitar, recomendar, ser intermediario de paga diarios, gota a gota, pirámides o prestamista al interior de la Organización.
37. Descargar aplicaciones de préstamos o de naturaleza similar, que den acceso a los contactos del empleado y que dichas aplicaciones usen la información de contactos para enviar propagandas, informaciones no deseadas o amenazas a compañeros de trabajo por medio de llamadas, correos o mensajes telefónicos.
38. Realizar préstamos a título personal o familiar a compañeros de trabajo, superiores, subalternos.
39. Ocuparse en asuntos de todo tipo distintos de su labor durante las horas de trabajo, sin previa autorización del superior respectivo.
40. Recibir visitas de carácter personal que perturben la ejecución normal de su trabajo o guardar dineros u objetos de valor de terceros en los puestos de trabajo.
41. Hacer colectas, rifas o suscripciones o cualquier otra clase de propaganda en los lugares de trabajo.
42. Realizar ventas o distribución de cualquier tipo de artículos dentro de la Institución tales como ropa, bisutería, etc., al igual que vender loterías, chance, rifas u otros semejantes en el lugar de trabajo, así como patrocinar natilleras o similares.
43. Utilizar las carteleras u otros medios de comunicación para cualquier fin, sin autorización o remover de allí información o material, dañarlo, alterarlo o destruirlo.
44. Originar riñas, discordia, peleas de manos o discusión irrespetuosa o tomar parte en tales actos dentro o fuera de la Institución.
45. Faltar al respeto con hechos o palabras insultantes a sus compañeros de trabajo o superiores jerárquicos o a cualquier paciente, familiar, visitante, usuario o proveedor.

46. Atemorizar, coaccionar o intimidar a algún compañero de trabajo dentro de las instalaciones de la Institución o fuera de ella.
47. Realizar, promover u ocultar actos de acoso laboral o de otra naturaleza contra compañeros de trabajo, incluso contra los superiores o las personas que dependan del empleado.
48. Desacreditar o difamar, en cualquier forma o por cualquier medio a algún empleado o el nombre de La Institución Fundación Neurológico de Colombia.
49. Brindar mala atención a los pacientes, familiares, visitantes, usuarios o proveedores. No contestar las llamadas, apagar el volumen del teléfono, colgar las llamadas durante su desarrollo, ser descortés, grosero, déspota, negligente, vulgar o faltar a la confianza, negarle deliberadamente un servicio o incurrir en cualquiera de los comportamientos prohibidos en el Código de ética.
50. Ejecutar cualquier acto que ponga en peligro su seguridad, la de sus compañeros de trabajo, la de sus superiores o la de terceras personas; incluidas pacientes, familiares, visitantes o usuarios, o que amenace, ponga en peligro o perjudique las máquinas, medicamentos, dispositivos médicos, equipos, elementos, edificios, salas de trabajo o vehículos o cualquier activo o espacio de la Institución.
51. Dejar máquinas, motores o equipo eléctrico de oficina encendido después de terminar la jornada de trabajo o durante ésta sin ser necesario.
52. Utilizar para beneficio personal o de un tercero no autorizado, medicamentos, dispositivos médicos, equipos o documentos de la Institución. Justificar medicamentos o dispositivos médicos no requeridos por el paciente o prescritos por el médico tratante.
53. Incumplir con las políticas de la Institución de cuidado de muebles, enseres y elementos de oficina o las que se establecieran para la conservación del medio ambiente.
54. Entregar o aceptar dinero o dádivas para obtener cualquier tipo de beneficio, o que pueda llevar a influir en la toma de decisiones en el desarrollo de sus labores.
55. Revelar o suministrar, sin autorización a terceros, cualquier información o dato obtenido por razón o con motivo del ejercicio de sus funciones. Cualquier comportamiento que atente contra la política interna y la legislación vigente de protección de datos personales.

56. Exhibir o extraer de los archivos documentos históricos, ya sean físicos o sistematizados, o aquellos documentos utilizados en las operaciones diarias de la institución, sin previa autorización.
57. Realizar trabajos lucrativos para terceros utilizando las herramientas, materiales, máquinas o equipos de la empresa sin ninguna autorización.
58. Falsificar firmas, utilizar sellos o facsímil en los documentos que la empresa utiliza en sus diferentes operaciones, tales como: facturas, cheques, pagarés, libretas de ahorro y retiro de dinero, consignaciones, informes contables y financieros y, en general, cualquier documento físico, sistematizado o digitalizado.
59. Usar hojas, documentos membretados o en general documentación con el membrete de la Institución para fines personales que no hayan sido legalmente expedidos por el área pertinente.
60. Adulterar el sistema de control de tiempo de entrada y salida, o registro de turnos, sea propia o la de otro compañero de trabajo, o presionar a la persona encargada del control de marcación o registro de turnos para que efectúe cambios en los registros de tiempos.
61. Utilizar para beneficio propio o ajeno sin la debida autorización, los estudios, procedimientos, descubrimientos, inventos, informaciones, mejoras, o cualquier información contenida en las historias clínicas de los pacientes, obtenidos o conocidos por el empleado, o con intervención de él, durante la vigencia del contrato de trabajo.
62. Utilizar el vínculo con la Institución o su cargo, para realizar actividades proselitistas, entendiendo por éstas todas las actividades tendientes a ganar la adhesión de una persona o grupo de personas, a una opinión, idea, partido o religión.
63. Dar a conocer a personas no autorizadas por la Institución, las claves o contraseñas de acceso a los sistemas de información, salvo que el empleado se vea en la necesidad de dar autorización expresa a otro empleado para que las conozca por algún propósito laboral establecido, caso en el cual será responsable del uso tanto el empleado que dio la autorización como el empleado autorizado.
64. Suministrar información falsa para cualquier efecto, evento o trámite dentro de la Institución, o falsificar documentación con logo de la Institución para cualquier evento o trámite.
65. Solicitar préstamos personales a compañeros, pacientes y familiares, visitantes, usuarios del servicio, proveedores o a terceros con los que tenga relación en virtud de su cargo.

66. Ser codeudor de compañeros de trabajo en entidades financieras, bancos, paga diarios o similares y por esta razón, se desencadenen comportamientos indebidos entre deudor y codeudor que afecten el normal desempeño en el trabajo.
67. Crear o alterar documentos o algún elemento que contenga información, para su beneficio personal o de un tercero o en perjuicio de la Institución.
68. Disponer de dinero, cheques, letras de cambio y demás instrumentos negociables, artículos o valores que le sean entregados por cualquier concepto con destino a la Institución con destino a sus acreedores, clientes, empleados, entre otros.
69. Ingresar a lugares en los cuales no se esté permitido el acceso, sin la autorización previa, lo que incluye no sólo espacios físicos sino páginas y portales de internet.
70. Reproducir o retirar de la Institución cualquier software sin la autorización expresa del Departamento de Sistemas o del Jefe de la dependencia a la que pertenezca la información que se pretende retirar o reproducir.
71. Mantener en su poder, usar o instalar en los computadores de la Institución cualquier software sin la autorización expresa de la Jefatura de Sistemas o de la dependencia que haga sus veces.
72. Utilizar los recursos informáticos y las redes sociales de información institucional (correos electrónicos, intranet, carteleras, etc.) para fines contrarios a la Ley o fines personales, incumplir lo establecido por la Institución o de la dependencia que haga sus veces para el manejo de estos recursos.
73. Atentar contra la seguridad de los sistemas de información de la Institución o extraer información de éstos sin autorización de la persona competente de acuerdo con lo establecido por la Institución.
74. Realizar labores en otras instituciones, que puedan generar conflictos de interés o que interfieran con la jornada laboral, con el desempeño de las responsabilidades y actividades asignadas por la Institución; o con el adecuado y debido manejo de los recursos, información, instalaciones y equipos de la Institución, salvo que éstas sean propias de las funciones inherentes a su cargo, o que la realización de estas labores, a título personal, cuenten con la correspondiente autorización escrita del jefe inmediato o Dirección respectiva, según el caso.
75. Para el personal asistencial o que siendo administrativo se encuentre de cara al público, hacer uso del celular personal, durante la atención a los pacientes, familiares, visitantes, proveedores o usuarios o demorar o dejar de hacer su trabajo por atender llamadas personales, chats de conversación no institucionales, consultas en páginas de internet no relacionadas con sus funciones; salvo casos urgentes en donde sea necesario e indispensable que el empleado desvíe su atención a los asuntos

mencionados y previa autorización de su jefe inmediato.

76. Retirar de la Institución, adulterar, modificar, falsificar, o expedir sin fundamento o razón real los certificados de nacimiento, defunción, prescripción de medicamentos sometidos a control, incapacidades, licencias y demás documentos que acreditan servicios o hechos ocurridos en la Institución.
77. Dar copias de partes o la totalidad de la historia clínica, o cualquier tipo de información sobre la historia clínica de los pacientes a terceros sin seguir los procedimientos institucionales o a terceros sin justificación.
78. Queda estrictamente prohibido para todos los empleados, independientemente de su cargo o función, incurrir en conductas que constituyan acoso sexual laboral. Cualquier acto de acoso sexual será considerado una falta grave y se sancionará conforme a lo establecido en este reglamento y la legislación vigente.
79. Ejercer cualquier tipo **de violencia sexual y/o acoso sexual** laboral entre trabajadores o de cualquier persona con la que se vinculen debido a su labor, como pacientes, acompañantes, residentes, clientes, etc., en concordancia de lo que dispone el art. 29 de la ley 1257 del 2008 del código penal.

La violencia sexual se entiende como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas o las acciones para usar la sexualidad de una persona.

El acoso sexual laboral se entiende como:

- a. **Acoso sexual laboral físico:** manoseos, pellizcos, roces deliberados, gestos con connotación sexual, emails, mensajes de texto, de whatsapp, etc., teniendo en cuenta que estas acciones no son deseadas por la otra parte.
 - b. **Acoso sexual laboral verbal:** comentarios o insinuaciones sexuales, chistes de carácter sexual, preguntar o expresar sobre fantasías eróticas, comentarios homofóbicos, insultos basados en el sexo de otra persona o calificando su sexualidad, ofrecer o pedir favores sexuales con fines de promoción o ascenso.
 - c. **Acoso sexual laboral no verbal:** chistes sexualmente implícitos por el chat interno o similares, expresamente no deseados por alguna de las partes, miradas lascivas o libidinosas, exhibición de fotos, calendarios, fondos de pantalla en los computadores u otros materiales de contenido sexual.
80. Se prohíbe el uso de medios electrónicos (como correos electrónicos, mensajería instantánea, redes sociales o cualquier otra plataforma digital) para enviar, compartir o distribuir contenido de naturaleza sexual, obscena o que constituya acoso hacia otros empleados. Esto incluye: Mensajes, imágenes o videos con connotaciones sexuales no solicitadas. Solicitudes de contenido íntimo o de citas de carácter sexual,

mediante cualquier medio digital. Ciberacoso sexual a través de comentarios, publicaciones o mensajes dirigidos en el ámbito laboral.

81. No se permite ninguna acción que tenga como objetivo o efecto la creación de un ambiente de trabajo intimidatorio, hostil o degradante, especialmente aquellas basadas en insinuaciones o comportamientos de índole sexual. Se prohíben específicamente: Bromas o chistes sexuales que puedan resultar ofensivos o incómodos. Rumores o comentarios sobre la vida íntima de compañeros de trabajo. Discriminación o represalias contra un empleado que rechace avances sexuales.
82. Queda prohibido que cualquier empleado, especialmente aquellos en posiciones de autoridad, utilice su cargo para: Solicitar favores sexuales a cambio de beneficios laborales (ascensos, aumentos, evaluaciones favorables, etc.). Amenazar con represalias a empleados que rechacen insinuaciones o propuestas sexuales. Conceder ventajas laborales basadas en la aceptación de avances sexuales.
83. Todos los empleados tienen la obligación de informar sobre cualquier conducta que pueda constituir acoso sexual laboral, ya sea que sean testigos o víctimas. El Neurológico garantiza la confidencialidad en el manejo de las denuncias y asegura que no habrá represalias contra quienes denuncien de buena fe.
84. Las demás prohibiciones contempladas en el Código sustantivo de trabajo y en general en el ordenamiento jurídico colombiano.
85. Las demás prohibiciones contempladas en los contratos individuales de trabajo, estatutos, reglamentos, código de buen gobierno, código de ética, normas, políticas, procedimientos y en general, cualquier documento y declaración institucional, que tenga establecidos o establezca La Fundación Instituto Neurológico de Colombia.

Capítulo IV

Escala de faltas, sanciones y terminación del contrato de trabajo

Artículo 72. Escala de faltas. Para efectos de graduar la gravedad de las faltas, la Institución establece la siguiente escala de faltas:

- a) Leves.
- b) Graves.

Artículo 73. Escala de sanciones. La Institución ha establecido una escala de sanciones que aplicará en forma correlativa a la gravedad de la falta leve cometida y la reincidencia:

- a) Llamados de atención.
- b) Suspensión en el trabajo hasta por ocho (8) días.
- c) Suspensión en el trabajo hasta por dos (2) meses.
- d) Terminación del contrato

Parágrafo 1. Durante los períodos de suspensión en el trabajo cesará la obligación por parte del empleado de ejecutar sus funciones y por parte de la Institución de cancelar el salario correspondiente a los días de suspensión.

Parágrafo 2. Para las faltas calificadas como leves cuya sanción sea la suspensión en el trabajo, se tendrán en cuenta las siguientes circunstancias agravantes y atenuantes con el objetivo de determinar el período de duración de la suspensión:

Circunstancias agravantes:

- a) Realizar el hecho en complicidad con algún empleado.
- b) Mentir sobre el hecho que se le imputa o el conocimiento que es ilícito.
- c) Cometer la conducta aprovechando la confianza depositada.
- d) Cometer la conducta para ocultar otra.
- e) Rehuir la responsabilidad o atribuírsela a otro u otros.
- f) Incumplir varias obligaciones a su cargo o violar varias de sus prohibiciones con la misma acción u omisión.

- g) Haber sido sancionado previamente por la misma conducta que se investiga.
- h) Asumir en forma premeditada la infracción y las modalidades empleadas al momento de cometer la conducta.

Circunstancias atenuantes:

- a) Haber sido inducido a cometer la conducta.
- b) Confesar la conducta oportunamente.
- c) La diligencia y eficiencia demostrada en el desempeño del cargo o de la función y no tener acciones de mejoramiento en el último año.
- d) Que la falta se haya cometido durante los primeros dos meses de ejecución de las labores y que se compruebe que no se recibió el entrenamiento adecuado.

Parágrafo 3. El empleado que haya sido suspendido deberá presentarse exactamente en la fecha en que termina la sanción. De no hacerlo así, se entenderá que abandona el trabajo y traerá como consecuencia la terminación del contrato respectivo.

Artículo 74. Faltas Leves. Constituyen faltas leves las conductas que se señalan a continuación:

1. Entregar inoportunamente los informes, avances o reportes que le sean solicitados con ocasión de sus actividades, salvo justa causa debidamente comprobada.
2. El retardo por primera vez, en la hora de entrada al trabajo, cuando no cause perjuicio a la Institución.
3. La ausencia injustificada al trabajo en la mañana, en la tarde o en el horario de trabajo correspondiente por primera vez, cuando no cause perjuicio a la Institución.
4. El incumplimiento de las políticas o normas de la Institución para notificar enfermedad, ausencias y novedades semejantes, por primera vez.
5. La negativa, sin justa causa, de acceder a los controles, auditorías y medidas de seguridad indicados, por primera vez.
6. Cambiar el turno o el horario de trabajo sin orden o autorización expresa del respectivo jefe inmediato por primera vez.
7. Negarse a realizar un turno por primera vez, en cualquier servicio. La Institución en su giro normal de actividades y en ejercicio de su poder subordinante, puede realizar

programación de turnos y cambiar de área al colaborador de acuerdo a las necesidades puntuales.

8. Ingresar a lugares en los cuales no se esté permitido el acceso, sin la autorización previa, así sea dentro de su jornada laboral o no, lo que incluye no sólo espacios físicos sino páginas y portales de internet, por primera vez.
9. Realizar llamadas telefónicas de carácter personal, desde las instalaciones sea a través de teléfonos fijos o celulares de la Institución, a teléfonos fijos o celulares en otros municipios, en el país o comunicaciones de carácter internacional, o celulares sin la correspondiente autorización por primera vez. Al igual que el abuso del teléfono de la Institución en horario laboral para llamadas personales, por primera vez.
10. Decir palabras vulgares u obscenas en cualquier tono, dentro de las instalaciones de la Institución, por primera vez.
11. Hacer mal uso de los servicios sanitarios o de los elementos de aseo y cafetería que la Institución suministra, por primera vez.
12. No suministrar o hacerlo de manera confusa o incompleta la información requerida para un buen desarrollo de los controles administrativos internos, por primera vez.
13. No registrar en los lugares o medios previstos para ello, cualquier cambio en su domicilio, estado civil, nacimiento o fallecimiento de hijos o padres, estudios realizados o títulos obtenidos que impidan la actualización de los registros de la Institución, por primera vez.
14. No portar el carné de identidad que otorga la Institución, por primera vez.
15. No asistir, llegar tardíamente o retirarse sin justa causa o autorización del jefe inmediato de los cursos especiales de capacitación, reuniones, entrenamiento o perfeccionamiento a los que se le invita o indica participar, siempre que se realicen dentro de la jornada laboral, por primera vez.
16. Abstenerse de comunicar el conocimiento que se tenga sobre la presunta comisión de una falta leve o grave por parte de un trabajador, incluida cualquier conducta ejercida por directivos, jefes, superiores, o compañeros de trabajo, que pueda implicar maltrato físico o moral o persecución laboral contra sí mismo o contra otros compañeros, jefes o directivos, por primera vez.
17. Consumir alimentos en el lugar de trabajo cuando se encuentre operando equipos, medicamentos, dispositivos médicos o máquinas o que impliquen suspender la actividad que está realizando o cuando está prohibido por estar prestando servicios de salud, por primera vez.

18. Demorar la presentación de cuentas y los reembolsos respectivos de las sumas que haya recibido para gastos para el desempeño de sus funciones, por primera vez.
19. Ocuparse de asuntos distintos a su labor durante las horas de trabajo sin previa autorización del superior respectivo, por primera vez.
20. Recibir visitas de carácter personal, que perturben la ejecución normal de su trabajo, o guardar dinero u objetos de valor de terceros en los puestos de trabajo, por primera vez.
21. Para el personal asistencial o que siendo administrativo se encuentre de cara al público, hacer uso del celular personal, durante la atención a los pacientes, familiares, visitantes, proveedores o usuarios o demorar o dejar de hacer su trabajo por atender llamadas personales, chats de conversación, consultas en páginas de internet no relacionadas con sus funciones, salvo casos urgentes en donde sea necesario e indispensable que el empleado desvíe su atención a los asuntos mencionados y sin autorización de su jefe inmediato, por primera vez.
22. Abandonar o retirarse temporalmente del lugar de trabajo sin autorización del respectivo superior y para fines diferentes a los de su trabajo.

Parágrafo 1. Las faltas leves señaladas serán sancionadas con un llamado de atención y/o suspensión dependiendo las circunstancias. Las faltas leves señaladas en los numerales 4, 6, 12, 16 y 21 en caso de reincidencia se califican como faltas graves y podrán dar lugar a la terminación del contrato de trabajo con justa causa previo agotamiento del proceso disciplinario.

Parágrafo 2. Si el empleado incurre por segunda vez en alguna (s) de las faltas leves señaladas en el presente Reglamento, se hará la imposición de la sanción y la regulación de falta leve a grave será de acuerdo a las circunstancias agravantes y si con la falta hay un perjuicio al paciente o su familia o a la Institución así sea de forma potencial.

Parágrafo 3. Si el empleado incurre por tercera vez en alguna (s) de las faltas leves señaladas en el presente Reglamento, constituye una falta grave y por lo tanto se configura una justa causa de terminación del contrato de trabajo, excepto lo contemplado en el parágrafo 1 para la reincidencia del empleado en las faltas leves señaladas en los numerales 4, 6, 12, 16 y 21 del presente artículo las cuales podrán dar lugar a terminación del contrato a la segunda vez.

Parágrafo 4. No obstante, la escala de sanciones establecidas en este artículo, el empleador se reserva el derecho de terminar unilateralmente el contrato de trabajo por justa causa legal o a no prorrogarlo luego de su vencimiento o expiración del plazo pactado, cuando el trabajador incurra en cualquier clase de faltas enumeradas en este artículo.

Parágrafo 5. Lo dispuesto en este artículo no es de forzosa aplicación, y en ningún caso, limita la facultad que tiene la empresa para dar la aplicación de las justas causas de terminación unilateral del contrato de trabajo por parte del empleador, señaladas en la ley o en el Reglamento Interno de Trabajo.

Artículo 75. Terminación del contrato de trabajo. Las conductas calificadas como faltas graves en el presente Reglamento darán lugar desde una sanción de suspensión hasta la terminación del contrato de trabajo del empleado con justa causa por parte de la Institución.

Artículo 76. Faltas Graves. Constituyen faltas graves las conductas que se señalan a continuación:

1. Utilizar la violencia para coartar el ejercicio de la libre expresión o para atentar contra la dignidad humana de cualquier persona que se encuentre dentro de las instalaciones de la Institución, sedes y parqueaderos.
2. Cometer acto arbitrario o injusto con el que se abusare del ejercicio de sus funciones, vulnerando de manera grave la ética de su profesión u oficio o los principios y fines de la Institución.
3. La inasistencia injustificada al trabajo durante todo el día, así sea por primera vez.
4. Prevalerse de la condición de directivo o empleado de la Institución para obtener cualquier favor o prestación indebidos.
5. Utilizar los recursos institucionales, el nombre de Fundación Instituto Neurológico de Colombia, información confidencial o el cargo que desempeña, para su beneficio personal o de terceros.
6. Utilizar para beneficio propio o ajeno sin la debida autorización, los estudios, procedimientos, descubrimientos, inventos, informaciones, mejoras, o cualquier información contenida en las historias clínicas de los pacientes obtenidos o conocidos por el empleado, o con intervención de él, durante la vigencia del contrato de trabajo.
7. Entregar o aceptar dinero o dádivas para obtener cualquier tipo de beneficio, o que pueda llevar a influir en la toma de decisiones en el desarrollo de sus labores.
8. Incumplir lo preceptuado en las normas nacionales e internacionales sobre derechos de autor.
9. Incumplir sistemáticamente los deberes, obligaciones y funciones del cargo que desempeñe de acuerdo a su manual de funciones, a los protocolos, reglamentos y/o procedimientos establecidos.

10. No aportar los títulos y certificados de aptitud profesional, cursos y formaciones específicas que se les requiera y deban acreditarse a los entes externos e internos de acuerdo al área en que se desempeñen.
11. No aportar prueba formal y vigente de todos los certificados que los entes gubernamentales soliciten para acreditar el ejercicio de la profesión de acuerdo al área en que se desempeñan por norma de habilitación.
12. Consignar en la historia clínica del paciente datos falsos, poco claros y sin cronología, o no correspondientes a la realidad.
13. Consignar en la historia clínica datos de la condición del paciente, sin revisar al paciente y/o hacerle examen físico y/o mental.
14. Incumplir, sin justa causa, con los deberes y compromisos adquiridos por el empleado en el plan de trabajo o documento donde se consignen los compromisos del empleado, planes de mejoramiento o acciones de mejoramiento, aún por primera vez.
15. Revelar o suministrar sin autorización a terceros cualquier información o dato obtenido por razón o con motivo del ejercicio de sus funciones.
16. Realizar actividades que vayan en detrimento de los intereses, objetivos o propósitos de la Institución.
17. Abstenerse de declarar, ante las Direcciones de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia, en el momento de su ocurrencia, alguna de las posibles situaciones de conflicto de intereses.
18. Realizar labores en otras instituciones que puedan generar conflictos de interés o que interfieran con la jornada laboral, con el desempeño de las responsabilidades y/o actividades asignadas y con el adecuado y debido manejo de los recursos, información, instalaciones y equipos de la Institución, salvo que éstas sean propias de las funciones inherentes a su cargo, o que la realización de estas labores, a título personal, cuenten con la correspondiente autorización escrita del jefe inmediato o las gerencias.
19. Abstenerse de informar oportunamente el hecho de haber recibido un mayor valor en la nómina o en otros pagos laborales o sumas de dinero que entregue la Institución al empleado en virtud de sus labores.
20. Realizar, promover u ocultar actos de acoso laboral o de otra naturaleza contra compañeros de trabajo, incluso contra los superiores o las personas que dependan del empleado.
21. Incurrir por tercera vez en alguna (s) de las faltas leves señaladas en el presente

Reglamento, excepto lo contemplado en el parágrafo 1 del artículo 64 para la reincidencia del empleado en las faltas leves señalada en los numerales 4, 6, 12, 16 y 21 de ese mismo artículo.

22. Incumplir las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos laborales, adoptados en forma general o específica y que se encuentren dentro del Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, u otros instrumentos.
23. Abstenerse de utilizar las prendas o los elementos de protección personal.
24. Usar indebidamente, apropiarse, retener o usufructuar para fines particulares, bienes de la Institución incluidos aquellos que según la Ley, los reglamentos, o los contratos sobre propiedad intelectual pertenecieren a ellas.
25. Usar indebidamente, apropiarse, retener, usufructuar para fines particulares, o causar intencionalmente daño material a los dineros o bienes de la Institución o de particulares cuando, en razón de sus funciones, estuvieren a su cuidado; o dar lugar, por culpa grave, a que se extravíen, pierdan o dañen.
26. Incurrir en daños materiales causado por descuido o intencionalmente a los edificios, obras, máquinas, equipos, medicamentos, dispositivos médicos, herramientas, instrumentos, vehículos y demás objetos relacionados con el trabajo.
27. El incumplimiento reiterado (más de cuatro veces) de las responsabilidades de acuerdo a su Manual de Responsabilidades asignado el cual estipula sus obligaciones de acuerdo al cargo que desempeña, previo agotamiento de proceso disciplinario.
28. Destruir o atentar en cualquier forma contra los bienes de la Institución o de la entidad en la cual está prestando sus servicios.
29. Abstenerse de manejar diligentemente los equipos, medicamentos, dispositivos médicos, materiales y demás enseres de la Institución al igual que abstenerse de dar aviso al jefe inmediato en caso de cualquier daño, pérdida o fallas técnicas que se presenten en algún objeto relacionado directamente con su labor.
30. Trasladar fuera de las instalaciones de la Institución o del lugar donde preste sus servicios, sin autorización, dinero, facturas, materias primas, medicamentos, dispositivos médicos, maquinaria, bienes, objetos, vehículos o cualquier elemento de la Institución, o de los compañeros de trabajo.
31. Sustraer de las instalaciones de la Institución sin autorización, dinero, facturas, materias primas, medicamentos, dispositivos médicos, maquinaria, bienes, objetos, vehículos o cualquier elemento de la Institución, o de los compañeros de trabajo.

32. Vender, cambiar, prestar o negociar en cualquier forma algún objeto, dinero o facturas de propiedad de la Institución sin su autorización.
33. Dejar máquinas, medicamentos, dispositivos médicos, equipos, herramientas, o elementos de trabajo en lugares distintos a los señalados para tal fin, o entregarlos a otras personas sin recibir la orden o autorización correspondiente.
34. Dejar perder los objetos, dinero y facturas que se le hayan confiado a su cuidado o incurrir en errores por descuido que afecten independientemente del monto económico, a la Institución, a sus procesos internos, medicamentos, dispositivos médicos, maquinaria, bienes, objetos, vehículos, compañeros de trabajo, pacientes, familiares, visitantes, usuarios o personas en general.
35. Utilizar el permiso o la licencia concedida por la Institución en asuntos diferentes a los expuestos al momento de la solicitud.
36. Regalar a cualquier persona sin autorización del coordinador del área respectiva, los servicios, instrumentos, dotación de implementos de hotelería, elementos, provisiones, medicamentos o dispositivos médicos de la Institución.
37. Confiar a otro empleado, sin la autorización correspondiente, la ejecución del propio trabajo, dinero, facturas, máquinas, medicamentos, dispositivos médicos, equipos, útiles de trabajo, herramientas, implementos, vehículo (s) o elementos de la Institución.
38. Reemplazar a otro empleado, sin la autorización correspondiente, en la ejecución de su trabajo, manejo de dinero o facturas, aplicación de medicamentos, dispositivos médicos, operación de máquinas, equipos, útiles de trabajo, herramientas, implementos, vehículo (s) o elementos de la Institución.
39. Presentarse al lugar de trabajo bajo los efectos de bebidas alcohólicas o bajo la influencia de sustancias opiáceas, estupefacientes, alucinógenas, psicotrópicas o sintéticas o cualquier sustancia o producto semejante, o ingerir bebidas alcohólicas o consumir cualquiera de estas sustancias durante la jornada laboral; al igual que ser encontrado dentro de la jornada laboral bajo los efectos de bebidas alcohólicas o bajo la influencia de sustancias opiáceas, estupefacientes, alucinógenas, psicotrópicas o sintéticas o cualquier sustancia o producto semejante.
40. Fumar o mantener al interior de la Institución, cualquier clase de sustancia prohibida por la Ley.
41. Conducir cualquier vehículo que le sea entregado para la ejecución de sus labores, bajo los efectos de bebidas alcohólicas o bajo la influencia de sustancias opiáceas, estupefacientes, alucinógenas, psicotrópicas o sintéticas o cualquier sustancia o producto semejante, en el desempeño de sus labores.

42. Hacer o recomendar captación ilegal de dinero con fines de lucro, ser paga diario, gota a gota, promover pirámides o prestamista al interior de la Organización o ser promotor de estas conductas.
43. Para el personal de la salud a quienes la Institución provea sitios de descanso, negarse a levantarse o salir de la habitación o del lugar de descanso para atender a un paciente, independientemente de su gravedad.
44. Dar y obedecer órdenes verbales para la atención del paciente sin sustentación escrita en la historia clínica excepto código azul o stroke.
45. Permitir que otro empleado o un extraño utilice su carné de identificación o clave de ingreso al sistema, o usar el ajeno, o hacerle enmiendas para cualquier propósito, ya sea uso del software, restaurante, ingreso a la institución, historia clínica, etc.
46. Negarse a atender las órdenes, instrucciones y correcciones impartidas por sus superiores, o negarse a realizar un turno en otro servicio al que pertenece sin justa causa, al igual que incitar a los empleados de la Institución, para que las desconozcan.
47. Perjudicar, obstruir o dilatar el normal funcionamiento de cualquiera de las actividades de la Institución mediante algún acto u omisión.
48. Suscitar, dirigir o colaborar en disturbios que perjudiquen el funcionamiento de la Institución.
49. Atemorizar, coaccionar, o intimidar a algún compañero de trabajo dentro de las instalaciones de la Institución o fuera de ellas, o faltar al respeto con hechos o palabras insultantes a sus compañeros de trabajo, superiores jerárquicos o a pacientes, familiares, visitantes, usuarios, proveedores y en general, cualquier persona con la que tenga relación por causa u origen en el trabajo.
50. Hacer afirmaciones falsas o maliciosas sobre la Institución, su personal directivo, los empleados y demás personas con la que tenga relación por causa u origen en el trabajo, o sobre sus procedimientos, productos o servicios, especialmente los relacionados con el ejercicio de la medicina y la prestación del servicio de salud.
51. Exhibir o entregar documentos o facturas, libros, herramientas, equipos, medicamentos, dispositivos médicos, entre otros, de la Institución sin autorización.
52. Disponer por cualquier medio de dinero, cheques, letras de cambio y demás instrumentos negociables, artículos o valores que le sean entregados por cualquier concepto con destino a la Institución o por éstas con destino a sus acreedores, clientes, empleados, entre otros.

53. Apropiarse de los fondos o recursos de la Institución o de los empleados o entidades conformadas por éstos, o destinarlos para una finalidad diferente a la señalada por la Institución.
54. Abstenerse de reportar inmediatamente los dineros que por cualquier motivo llegare a recibir y que pertenecieran a la Institución.
55. Recibir comisiones o dadivas por formulación de medicamentos.
56. Realizar venta interna de medicamentos.
57. Atender pacientes en el horario laboral como particulares.
58. Realizar actos de indisciplina en la jornada laboral, comportamientos indebidos en las relaciones con sus superiores, compañeros, residentes, acompañantes y en general con cualquier persona con la que interactúe por ocasión de su trabajo.
59. Realizar comportamientos inmorales. Se consideran comportamientos inmorales aquellos en donde haya exposición injustificada de desnudez así ésta sea parcial, cualquier tipo de comportamiento sexual o erótico dentro de las instalaciones de la Institución, como manoseos indebidos, comentarios de doble sentido implícitamente sexuales, así como la consulta, lectura de material pornográfico o intercambiar textos sexuales a través de cualquier medio de comunicación impreso o virtual en los computadores o implementos electrónicos de la Institución.
60. Demorar o extraviar sin justa causa la entrega de las facturas por la prestación de los servicios de salud a las áreas encargadas de su cobro. Demorar sin justa causa la respuesta a glosas o generar devoluciones.
61. Crear o alterar documentos o algún elemento que contenga información, para su beneficio personal, de un compañero de trabajo, directivo, pacientes, familiares, visitantes, proveedores, usuarios o de un tercero o en perjuicio de la Empresa.
62. Usar un documento falso o adulterar el contenido de un documento o de algún elemento que contenga información, para acreditar el cumplimiento de algún requisito o calidad establecidos por la Institución.
63. Rendir informaciones falsas acerca de hechos o situaciones ocurridas en su presencia o abstenerse de informar hechos graves ocurridos en su presencia o que conozca con motivo de las labores que desempeña.
64. Conservar en los lockers o llevar consigo fuera de las instalaciones, cualquier tipo de medicamento, dispositivo médico, implemento, equipo, herramienta, material, útiles de trabajo o elementos de la Institución.

65. Negarse a cumplir con los requisitos exigidos por las entidades del Sistema de seguridad social integral para su afiliación, o negarse a cumplir con lo exigido por dichas entidades para su permanencia como afiliado.
66. Utilizar los préstamos o los apoyos que otorga la Institución, para situaciones diferentes a las que motivaron su aprobación salvo libre inversión o suministrar información falsa para obtener préstamos de cualquier índole.
67. Solicitar u otorgar préstamos a título personal o no, a cualquier persona, sea empleado, paciente, familiar, visitante, usuario, proveedor o a terceros con los que tenga relación en virtud de su cargo.
68. Ser codeudor a compañeros, pacientes y familiares, visitantes, usuarios del servicio, proveedores o terceros con los que tenga relación en virtud de su cargo, y por esta razón se presenten conflictos entre el deudor y el codeudor que afectan el ambiente laboral.
69. Entregar información personal sin autorización expresa de sus compañeros de trabajo a entes externos, por medio de aplicaciones de préstamos o de naturaleza similar, que den acceso a los contactos del empleado y que dichas aplicaciones usen la información de contactos para enviar propagandas, informaciones no deseadas o amenazas a compañeros de trabajo por medio de llamadas, correos o mensajes telefónicos.
70. Realizar ventas o distribución de cualquier tipo de artículos dentro de la Institución, al igual que vender loterías, chance, rifas u otros semejantes en el lugar de trabajo, así como patrocinar natilleras o similares.
71. Brindar un trato descomedido, negligente o descortés a los pacientes, familiares, visitantes, usuarios o proveedores de Institución, como no contestar las llamadas, colgarlas durante su desarrollo, ser descortés, grosero, déspota, negligente, vulgar o faltar a la confianza, negarle deliberadamente un servicio o incurrir en cualquiera de los comportamientos prohibidos en el Código de ética.
72. Reproducir o retirar de la Institución cualquier software sin la autorización expresa del Departamento de Sistemas o de la dependencia que haga sus veces.
73. Vender o intentar vender a cualquier tercero o ente externo los programas desarrollados al interior de la Institución sin autorización de la Junta Directiva.
74. Mantener en su poder, usar o instalar en los computadores de la Institución cualquier software sin la autorización expresa del Departamento de Sistemas o de la dependencia que haga sus veces.

75. Utilizar los recursos informáticos para fines contrarios a la Ley, borrar información contenida en los sistemas informáticos y hackear o intentar hackear los sistemas con cualquier fin.
76. Hacer uso de las herramientas tecnológicas (hardware y software, redes sociales institucionales, etc.) para fines diferentes para lo que están dispuestas.
77. Atentar contra la seguridad de los sistemas de información o extraer información de éstos sin autorización de la persona competente de acuerdo con lo establecido por la Institución.
78. Dar a conocer a personas no autorizadas por la Institución, las claves o contraseñas de acceso a los sistemas de información, salvo que el empleado se vea en la necesidad de dar autorización expresa a otro empleado para que las conozca por algún propósito laboral establecido.
79. Dar información a un tercero sin autorización. Para tales efectos, se considera que toda aquella información que conozca el empleado, cuya causa u origen sea el desempeño de sus funciones o aquellas que le sean atribuidas por su superiores jerárquicos tienen tal característica y sólo deberá ser revelada a terceros con autorización expresa y escrita de su jefe inmediato, gerentes o por el titular de la misma
80. Poner de cualquier manera en peligro mediante acción u omisión las personas, empleados, pacientes, familiares, visitantes, usuarios, proveedores o los bienes de la Institución o los ingresos de la Institución.
81. Portar o conservar armas o explosivos de cualquier clase en el lugar de trabajo.
82. Retirar de la Institución, adulterar, modificar, falsificar, o expedir sin fundamento o razón real los certificados de nacimiento, defunción, prescripción de medicamentos sometidos a control, incapacidades, licencias y demás documentos que acreditan servicios o hechos ocurridos en la Institución.
83. Abstenerse de seguir los protocolos establecidos legalmente o por la Institución para la atención en salud y el manejo de formatos sensibles, tales como historia clínica, mipres, hiruko, etc
84. Comportarse de forma inadecuada fuera de las instalaciones de la institución, como hablar mal de la Institución, hablar mal de los Directivos, estar envuelto en riñas, comportamientos sexuales indebidos y en general todo comportamiento ilícito.
85. El grave incumplimiento por parte del trabajador de las actividades, instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, medidas de higiene y salud adoptados en forma general o específica y que se encuentren dentro del Sistema de

Seguridad y Salud en el trabajo.

86. El incumplimiento grave de los protocolos adoptados y adaptados por la Institución, tanto protocolos generales como los protocolos de bioseguridad, para evitar la propagación de enfermedades.
87. Se consideran faltas graves frente al acoso sexual laboral aquellas conductas que, por su naturaleza o impacto, afectan significativamente la dignidad, integridad y bienestar de las personas en el entorno laboral.

Acoso Sexual Físico: Cualquier contacto físico no consentido con connotación sexual, como tocamientos, abrazos forzados, besos o roces inapropiados. Intentos de agresión sexual o cualquier forma de abuso sexual en el lugar de trabajo.

Propuestas Sexuales Explícitas o Chantajes Sexuales:

Realizar propuestas sexuales explícitas de manera verbal o escrita, ya sea en persona o a través de medios digitales.

Utilizar la posición de autoridad para exigir favores sexuales a cambio de beneficios laborales (Como ascensos, aumentos salariales o evaluaciones favorables).

Amenazar con represalias (despido, suspensión, evaluación negativa) en caso de rechazo de avances sexuales.

Difusión de Contenido Sexual Inapropiado:

Distribuir, exhibir o enviar material sexualmente explícito (imágenes, videos, mensajes) en el lugar de trabajo o a través de medios electrónicos corporativos.

Compartir fotografías, grabaciones o videos de contenido íntimo sin el consentimiento de la persona involucrada.

Acoso Continuado o Sistemático:

Realizar conductas de acoso sexual de manera **reiterada y persistente**, generando un ambiente laboral intimidatorio, hostil o degradante para la persona afectada.

Ciberacoso sexual, utilizando plataformas digitales para acosar a otros empleados de forma reiterada.

Represalias por Denuncias de Acoso:

Tomar represalias contra cualquier empleado que haya presentado una denuncia de acoso sexual Laboral, ya sea mediante despidos, demociones o cualquier forma de represalia directa o indirecta.

Comentarios Inapropiados:

Realizar comentarios, bromas o insinuaciones de carácter sexual que sean ocasionales y no ofensivos de manera explícita, pero que resulten incómodos para la persona afectada.

Uso ocasional de lenguaje vulgar o sugerente en conversaciones cotidianas, cuando

no sea dirigido de manera específica para intimidar.

Gestos o Miradas Inapropiadas:

Hacer gestos sugerentes o miradas lascivas que puedan resultar incómodas para los compañeros de trabajo.

Actos ocasionales que puedan ser interpretados como una falta de respeto hacia el espacio personal de otros.

Conductas No Verbales:

Enviar emojis, stickers o memes de connotación sexual a través de aplicaciones de mensajería.

Mostrar en espacios comunes (escritorios, oficinas) imágenes que puedan ser consideradas de naturaleza sugestiva o inadecuada para el entorno laboral.

Comentarios Sobre la Apariencia Física:

Hacer comentarios no solicitados sobre el físico, vestimenta o apariencia de compañeros de trabajo, aunque no sean explícitamente sexuales, pero que puedan incomodar a la otra persona.

Parágrafo: No obstante, la enumeración de las faltas graves establecidas en este numeral que se configuran como justa causa para la terminación del contrato, el empleador se reserva el derecho a evaluar la falta e imponer una sanción de acuerdo a la escala de sanciones considerando las circunstancias atenuantes y/o agravantes de la misma, que puede ser la terminación del contrato con justa causa u otra sanción de acuerdo a la escala de sanciones del capítulo IV, título IX, artículo 73 del presente reglamento.

Artículo 77. Justas causas para la terminación unilateral del contrato de trabajo por parte de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia.

Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el contrato de trabajo por parte de la Institución:

1. Las conductas señaladas como tal en el artículo 62 del Código sustantivo del trabajo modificado por el artículo 7 del Decreto 2351 de 1965, y el artículo 5 de la Ley 50 de 1990.
2. Las estipuladas en la ley, los contratos individuales de trabajo o en las convenciones colectivas, pactos y laudos arbitrales.
3. Las conductas calificadas como faltas graves en el presente Reglamento, contratos individuales de trabajo, estatutos, reglamentos, declaraciones institucionales, o demás normas internas.

Artículo 78. Justas causas para la terminación unilateral del contrato de trabajo por parte del empleado.

Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el contrato de trabajo por parte del empleado:

1. Las conductas señaladas como tal en el artículo 62 del Código sustantivo del trabajo modificado por el artículo 7 del Decreto 2351 de 1965, y el artículo 5 de la Ley 50 de 1990.
2. Ser víctima de cualquiera de las modalidades de acoso laboral establecidas en el presente Reglamento.

Capítulo V

Procedimiento para la comprobación de faltas y formas de aplicación de las sanciones y terminación del contrato de trabajo.

Artículo 79. Debido proceso. El procedimiento señalado en el presente capítulo se llevará a cabo de manera tal que se garantice el derecho fundamental al debido proceso.

Artículo 80. Iniciación. Conocida una situación que pudiere constituir una falta, cualquier persona, procederá a comunicarla al Departamento de Gestión Humana de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia, o a quienes éstas deleguen para el efecto, mediante escrito que exprese los hechos, la fecha y la hora en que éstos sucedieron, adjuntando si es pertinente, las pruebas correspondientes, y demás aspectos que considere relevantes para el estudio del caso.

En el caso de que la comunicación sea oral, el Jefe de Gestión Humana o quien haga sus veces o la persona en la que éstos deleguen, levantará un acta, la cual será firmada por quien comunica la comisión de la presunta falta y quien la recibe.

El Jefe de Gestión Humana o quienes hagan sus veces, tienen la facultad exclusiva de iniciar de oficio, cualquier tipo de investigación tendiente a aclarar hechos que pudieren constituir faltas disciplinarias.

Artículo 81. Competencia para el estudio del caso. El Departamento de Gestión Humana por medio de su Jefe, o a quienes éstos deleguen para el efecto, harán en cada caso, una evaluación previa de la situación con el objetivo de identificar si la misma puede constituir una falta y en consecuencia, definir si es o no de su competencia el estudio del caso.

Parágrafo 1. El Departamento de Gestión Humana de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia o quienes éstos deleguen para el efecto, serán competentes para el estudio de los casos en que presuntamente un empleado de la Institución, hubieren incurrido en

una falta leve o grave. En los casos que se requiera un conocimiento más profundo del hecho que se investiga se nombrará una comisión compuesta por el jefe del servicio o quien haga sus veces a que pertenezca el empleado y la dirección correspondiente (administrativa o asistencial) o quien este delegue para tal efecto, con el fin que de su concepto técnico o científico sobre los hechos acaecidos.

Artículo 82. Notificación del trabajador. Previo a los descargos se deberá citar por escrito al trabajador, notificándole que se abrió un proceso disciplinario en su contra e indicándole de manera clara los cargos (hechos o comportamientos que motivan la apertura del proceso) indicando a continuación las presuntas faltas disciplinarias a que esas conductas dan lugar y la calificación provisional de las mismas (leve, grave). En la notificación se señalará además el lugar, la fecha y la hora de descargos, así como la posibilidad de presentar pruebas que se pretendan hacer valer.

En el mismo acto, se deberá informar y entregar de forma física al trabajador la existencia de pruebas (testimonios, documentos, indicios, etc.) que justifican la apertura del proceso disciplinario.

Al trabajador también se le podrá dar la opción de presentar sus descargos por escrito, señalando el plazo para la presentación de los mismos.

Artículo 83. Descargos. El trabajador deberá ser escuchado en diligencia de descargos o allegar el escrito con los mismos, en donde puede dar su versión de los hechos o manifestar los argumentos que considere, así como solicitar la práctica de las pruebas que estime conducentes o aportar aquellas que estén en su poder. En caso de ser necesario tiempo adicional para que el trabajador analice las pruebas presentadas o sea necesario practicar las solicitadas y la diligencia de descargos sea oral, ésta será suspendida, dejando constancia en el acta respectiva, la cual deberá ser suscrita por las partes. En el acta deberá fijarse nueva fecha y hora de su continuación.

Parágrafo. En caso de que se presente alguna circunstancia que le impida al empleado asistir a la diligencia de descargos o allegar el escrito de descargos, éste contará con tres (3) días hábiles siguientes a la fecha y hora señalados en la notificación, para presentar la correspondiente justificación. Verificada la existencia de una causa justificada para la inasistencia a la diligencia de descargos o para allegar el escrito de descargos, se procederá a señalar nuevamente el lugar, la fecha y la hora en que éstos se llevarán a cabo o deberán presentarse las pruebas respectivas.

Parágrafo 2. Si en la fecha y en la hora señalada para la realización de la diligencia de descargos, el empleado no se presenta a la misma o no allega el escrito de descargos, o no presenta la correspondiente justificación dentro de los términos establecidos se tomará la decisión respectiva fallando con las pruebas que se tengan de la presunta falta.

Parágrafo 3. El empleado podrá asistir a la diligencia de descargos hasta con dos (2) compañeros de trabajo como testigos. En caso de que éstos se presenten, se dejará

registrado en el acta respectiva.

Parágrafo 4. La diligencia de descargos podrá ser grabada cuando el empleado o el empleador así lo soliciten, con los medios técnicos que ofrezcan fidelidad y seguridad de registro. Si la diligencia de descargos es grabada, se consignará en el acta el nombre y la firma de las personas que intervinieron en ella. Si el empleado no autorizare la grabación, se procederá a nombrar un (1) testigo para que presencie la diligencia de descargos. En caso de que el empleado o sus compañeros de trabajo se negaren a firmar el acta, se dejará expresa constancia de su negativa y se procederá con la firma por parte del testigo designado.

Artículo 84. Análisis de descargos. Luego de realizada la diligencia de descargos o allegado el escrito de descargos, recibidas o practicadas las pruebas solicitadas y teniendo en cuenta las pruebas aportadas, se efectuará un análisis con el fin de determinar si el empleado incurrió o no en una falta y se procederá a tomar una decisión frente al caso.

Parágrafo. Tanto las pruebas aportadas por el empleado como las pruebas que se reciban o practiquen en virtud de la solicitud de éste serán analizadas de acuerdo con los criterios vigentes en el ordenamiento jurídico para la valoración de la prueba.

Artículo 85. Consecuencia jurídica. Agotado el procedimiento descrito en los artículos anteriores y una vez determinado que el empleado incurrió en una falta, se aplicará la consecuencia jurídica prevista para la misma.

Parágrafo 1. No producirá efecto alguno la consecuencia jurídica aplicada con violación al procedimiento señalado en el presente capítulo.

Parágrafo 2. En ningún caso se podrá aplicar a los empleados consecuencias jurídicas no previstas en este Reglamento, en el Código Sustantivo de Trabajo o normas que lo complementen, modifiquen, adicionen o sustituyan; en pactos, convenciones colectivas, fallos arbitrales; en contratos individuales de trabajo, estatutos, reglamentos, circulares o demás normas internas.

Artículo 86. Notificación. En caso de que la decisión sea la imposición de una sanción, el trabajador tiene derecho a presentar recurso de reposición y/o apelación dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la notificación del escrito mediante el cual se impone la sanción. El recurso deberá interponerse por escrito.

1. En caso que el recurso interpuesto sea de reposición, la sanción se hará efectiva después de que hayan transcurrido los tres (3) días hábiles para interponer el recurso o después de notificada la decisión del recurso de reposición.
2. En caso de que el recurso interpuesto sea de apelación ante el Director General o quien haga sus veces, La Fundación dispondrá de un término de cinco (5) días hábiles

para decidir el recurso de apelación y en caso de que guarde silencio sobre él se considerará resuelto a favor del trabajador.

Parágrafo 1. Si el empleado se negare a recibir o firmar la comunicación en que consta la decisión adoptada, quien efectúe la notificación deberá dejar expresa constancia de este hecho y deberá hacer firmar dicha comunicación por un (1) testigo que podrá ser la misma persona que haga la notificación. En caso de no poder notificarse personalmente, se hará la notificación por medio de una comunicación enviada a la dirección aportada por el trabajador la cual es obligación del mismo mantenerla actualizada.

Artículo 87. Constancia hoja de vida. En todo caso se dejará constancia escrita en la hoja de vida del empleado de los hechos, del procedimiento en el cual se garantizó el debido proceso y de la decisión tomada con fundamento en éstos.

TÍTULO X

Reclamos: Personas ante quienes deben presentarse y su tramitación

Artículo 88. Reclamación. Todo empleado que desee formular una reclamación lo hará ante su jefe inmediato de manera respetuosa y fundamentada.

Parágrafo 1. Si ante quien se formula una reclamación no estuviere autorizado para resolverla, deberá remitirla a su superior respectivo para su solución.

Parágrafo 2. La persona ante quien se formule la reclamación procederá a oír inmediatamente al empleado que la formula y deberá manejar la información confidencialmente; así mismo deberá decidir sobre la misma en justicia si le correspondiera, con equidad, de acuerdo con los parámetros institucionales y dentro de un tiempo razonable, atendiendo su naturaleza.

TÍTULO XI

MECANISMOS DE PREVENCIÓN DEL ABUSO LABORAL Y PROCEDIMIENTO INTERNO DE SOLUCIÓN NORMAS SOBRE ACOSO LABORAL

Acoso laboral

Artículo 89. Definición de acoso laboral. El acoso laboral es toda conducta persistente y demostrable, ejercida sobre un empleado, por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror y angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo, o inducir la renuncia del mismo.

Artículo 90. Modalidades de acoso laboral. El acoso laboral puede presentarse bajo

las siguientes modalidades:

1. **Maltrato Laboral.** Todo acto de violencia contra la integridad física o moral, la libertad física o sexual y los bienes de quien se desempeñe como empleado; toda expresión verbal injuriosa o ultrajante que lesione la integridad moral o los derechos a la intimidad y al buen nombre de quienes participen en una relación de trabajo de tipo laboral o todo comportamiento tendiente a menoscabar la autoestima y la dignidad de quien participe en una relación de trabajo de tipo laboral.
2. **Persecución laboral.** Toda conducta cuyas características de reiteración o evidente arbitrariedad permitan inferir el propósito de inducir la renuncia del empleado, mediante la descalificación, la carga excesiva de trabajo y cambios permanentes de horario que puedan producir desmotivación laboral.
3. **Discriminación laboral.** Todo trato diferenciado por razones de raza, género, origen familiar o nacional, credo religioso, preferencia política o situación social o que carezca de toda razonabilidad desde el punto de vista laboral.
4. **Entorpecimiento laboral.** Toda acción tendiente a obstaculizar el cumplimiento de la labor o hacerla más gravosa o retardarla con perjuicio para el empleado.

Constituyen acciones de entorpecimiento laboral, entre otras, la privación, ocultación o inutilización de los insumos, documentos o instrumentos para la labor, la destrucción o pérdida de información, el ocultamiento de correspondencia o mensajes electrónicos.

5. **Inequidad laboral.** Asignación de funciones a menosprecio del empleado.
6. **Desprotección laboral.** Toda conducta tendiente a poner en riesgo la integridad y la seguridad del empleado mediante órdenes o asignación de funciones sin el cumplimiento de los requisitos mínimos de protección y seguridad para el empleado.

Artículo 91. Personas involucradas en una conducta de acoso laboral. Pueden ser sujetos activos o autores; pasivos o víctimas; o partícipes del acoso laboral los siguientes:

1. **Sujetos activos o autores del acoso laboral:** el empleado de la Institución, quien ejerce una conducta de acoso laboral sobre otro empleado de la Institución.
2. **Sujetos pasivos o víctimas del acoso laboral:** el empleado de la Institución sobre quien otro empleado ejerce una conducta de acoso laboral.
3. **Sujetos partícipes del acoso laboral:** el empleado de la Institución, que induzca o favorezca el acoso laboral o quien omita cumplir los requerimientos o amonestaciones que se profieran por los inspectores de trabajo en los términos de la Ley 1010 de 2006 o la norma que la complementa, modifique, adicione o sustituya.

Artículo 92. Conductas constitutivas de acoso laboral. Se presumirá que existe acoso laboral si se acredita la ocurrencia repetida y pública de cualquiera de las conductas previstas en el artículo 7 de la Ley 1010 de 2006, así como en las normas que lo complementen, modifiquen, adicionen o sustituyan.

Artículo 93. Conductas no constitutivas de acoso laboral. No constituyen acoso laboral las conductas previstas en el artículo 8 de la Ley 1010 de 2006, así como en las normas que lo complementen, modifiquen, adicionen o sustituyan, y las demás actuaciones que se deriven del poder de subordinación que tienen los empleadores respecto a los empleados, siempre y cuando se ejerza dentro de los límites legales y constitucionales.

Artículo 94. Mecanismos de prevención de las conductas de acoso laboral. Los mecanismos de prevención de las conductas de acoso laboral previstos por la Institución, constituyen actividades tendientes a propiciar entre los empleados una permanente reflexión y puesta en ejecución de prácticas que conduzcan a la armonía y el buen ambiente laboral, protegiendo la intimidad, la honra, la salud mental y la libertad de éstos.

A continuación se detallan los mecanismos de prevención de las conductas de acoso laboral:

1. Promover al interior de la Institución el trato cordial y respetuoso entre los empleados.
2. Divulgar entre los empleados, a través de diferentes medios internos de publicidad y comunicación, todo lo relacionado con el acoso laboral y sus medidas de prevención.
3. Desarrollar actividades con la participación de los empleados, con el objetivo de:
 - a) Establecer, mediante la construcción conjunta, valores y hábitos que promuevan la armonía entre los empleados y buen ambiente laboral para éstos.
 - b) Formular las recomendaciones constructivas a que hubiere lugar, en relación con situaciones en la Institución, que pudieren afectar el cumplimiento de tales valores y hábitos.
4. Apoyar en lo correspondiente, la gestión del Comité de convivencia laboral.
5. Analizar e implementar, cuando sea procedente, las recomendaciones emitidas por el Comité de convivencia laboral.
6. Las demás actividades que en cualquier tiempo estableciere la Institución, para desarrollar el propósito de las medidas preventivas de las conductas de acoso laboral.

Artículo 95. Procedimiento interno. Para los efectos relacionados con la búsqueda de

solución de las conductas de acoso laboral se ha establecido un procedimiento interno, de naturaleza conciliatoria y confidencial, que estará a cargo del Comité de convivencia laboral, cuya conformación y funcionamiento se regulará por lo previsto en el Reglamento del comité de convivencia laboral y demás normas que desarrollen el tema.

1. El Comité de convivencia laboral realizará las siguientes actividades:
 - a) Promover el buen ambiente y la armonía en las relaciones de trabajo, formulando a las áreas responsables o involucradas, las sugerencias y consideraciones que estimare necesarias.
 - b) Promover el desarrollo efectivo de los mecanismos de prevención a que se refieren los artículos anteriores.
 - c) Examinar de manera confidencial, cuando a ello hubiere lugar, los casos específicos o puntuales en los que se planteen situaciones que pudieren tipificar conductas o circunstancias de acoso laboral.
 - d) Formular las recomendaciones que se estimaren pertinentes para reconstruir, renovar y mantener vida laboral conviviente en las situaciones presentadas, manteniendo el principio de la confidencialidad en los casos que así lo ameritaren.
 - e) Hacer las sugerencias que consideraren necesarias para la realización y desarrollo de los mecanismos de prevención, con énfasis en aquellas actividades que promuevan de manera más efectiva la eliminación de situaciones de acoso laboral, especialmente aquellas que tuvieran mayor ocurrencia al interior de la vida laboral de la Empresa.
 - f) Atender las conminaciones preventivas que formularen los inspectores de trabajo y disponer las medidas que se estimaren pertinentes.
 - g) Las demás actividades inherentes o conexas con las funciones anteriores.
2. Este comité se reunirá trimestralmente y sesionará con la mitad más uno de sus integrantes y extraordinariamente cuando se presenten casos que requieran de su inmediata intervención y podrá ser convocado por cualquiera de sus integrantes. (Resolución N°1356 de 2012 Ministerio de Trabajo)
3. Recibidas las solicitudes para evaluar posibles situaciones de acoso laboral, el Comité en la sesión respectiva las examinará, escuchando, si a ello hubiere lugar, a las personas involucradas; construirá con tales personas la recuperación de tejido conviviente, si fuere necesario; formulará las recomendaciones que estime indispensables y, en casos especiales, promoverá entre los involucrados compromisos de convivencia.
4. Si como resultado de la actuación del Comité, este considerare prudente adoptar

medidas disciplinarias, dará traslado de las recomendaciones y sugerencias a la Dirección General y Jefe de Gestión Humana, para que adelanten los procedimientos que correspondan de acuerdo con lo establecido para estos casos en la ley y en el presente Reglamento Interno de Trabajo.

5. Todas y cada una de las personas partícipes del presente procedimiento tendrán la obligación de guardar la absoluta reserva y confidencialidad frente a los hechos y en relación con los sujetos activos y pasivos que puedan encontrarse involucrados.
6. En todo caso, el procedimiento preventivo interno consagrado en este artículo, no impide o afecta el derecho de quien se considere víctima de acoso laboral para adelantar las acciones administrativas y judiciales establecidas para el efecto en la Ley 1010 de 2006.

Parágrafo. En aquellos casos en que no se llegue a un acuerdo entre las partes, no se cumplan las recomendaciones formuladas, los compromisos adquiridos o la conducta persista, el Comité de convivencia laboral informará a Jefe de Gestión Humana de La Fundación Instituto Neurológico de Colombia y procederá a cerrar el caso.

TÍTULO XII

Aspectos laborales del teletrabajo

Capítulo I

Objeto y ámbito de aplicación

Artículo 96. El presente apartado tiene como objeto la regulación de la modalidad de teletrabajo en la Fundación, el cual hace parte de los acuerdos individuales de teletrabajo, celebrados o que se celebren con los teletrabajadores, salvo estipulaciones en contrario, que sin embargo sólo pueden ser favorables al teletrabajador.

Capítulo II

Definiciones

Artículo 97. Definiciones:

Teletrabajo: Es una forma de organización laboral, que se efectúa en el marco de un contrato de trabajo o de una relación laboral dependiente, que consiste en el desempeño de actividades remuneradas utilizando como soporte las tecnologías de la información y la comunicación -TIC- para el contacto entre el trabajador y empleador sin requerirse la presencia física del trabajador en un sitio específico de trabajo.

Teletrabajador: Es la persona que el marco de la relación laboral dependiente, utiliza las tecnologías de la información y comunicación como medio o fin para realizar su actividad laboral fuera del local del empleador, en cualquiera de las formas definidas por la ley.

Capítulo III

Objetivos

Artículo 98. Todo programa de teletrabajo en la Fundación se guiará por los siguientes objetivos:

1. Conciliar la vida personal y familiar a través de la flexibilidad para realizar el trabajo desde el domicilio u estación de teletrabajo, todo ello garantizando la cantidad y calidad del servicio.
2. Potenciar el trabajo en términos del cumplimiento de objetivos y no de tiempo de presencial en el lugar de trabajo.
3. Aumentar el compromiso, identidad y el nivel de motivación del personal para con la organización y las labores desempeñadas.
4. Disminuir el ausentismo laboral.
5. Mejorar los procesos laborales en la Fundación.
6. Facilitar el acceso al teletrabajo a las personas discapacitadas, con cargas familiares, problemas de movilidad o en general con problemas de conciliación de la vida personal, familiar y laboral.

Capítulo IV

Condiciones de acceso al programa de teletrabajo

Artículo 99. Los empleados podrán solicitar su participación en el programa de teletrabajo si cumple con las siguientes disposiciones:

1. Diligenciar la solicitud de ingreso al programa
2. Haber superado el proceso de evaluación de la solicitud y de definición de las características específicas en las cuales se va a desarrollar el teletrabajo, así como la definición previa de los objetivos y mecanismos de control acordados conjuntamente con el jefe inmediato.
3. Haber superado la inspección de la estación de teletrabajo propuesta por el

teletrabajador.

4. Cumplir con los requisitos estipulados en el presente reglamento y las posteriores modificaciones y mejoras que se incorporen al mismo.

Capítulo V

Órgano de coordinación y evaluación del programa de teletrabajo

Artículo 100. Con el fin de evaluar continuamente y realizar acciones de mejora que permitan la adopción de mejores prácticas en esta modalidad no presencial, se creará un equipo coordinador, formado por personas que mantengan relaciones fluidas con los responsables directos de todas las áreas de la Fundación que gestionen, entre otros, aspectos tales como la evaluación y autorización de ingreso de empleados a dicha modalidad así como los relacionados con las comunicaciones, las relaciones laborales, las tecnologías de la información y la comunicación, o la prevención de riesgos laborales.

Los miembros que conformarán el equipo coordinador, que podrán variar, en función de las circunstancias son:

- ✓ Director General.
- ✓ Director Médico.
- ✓ Director Administrativo y Financiero.
- ✓ El Jefe de Gestión Humana.
- ✓ El Coordinador de seguridad y salud en el trabajo de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia.
- ✓ El Jefe de Sistemas.
- ✓ El Jefe del área, en donde se desee o solicite implementar el teletrabajo.

Artículo 101. Una vez constituido este equipo coordinador procederán a definir el reglamento del equipo donde constará su alcance, la periodicidad de las reuniones, los mecanismos de selección y conducto regular para atender a las situaciones propias de esta modalidad y los demás temas que se consideren pertinentes para ser dirimidos por tal órgano de control.

Capítulo VI

Contrato o vinculación de teletrabajo

Artículo 102. Requisitos. Quien aspire a desempeñar un cargo en la Fundación como teletrabajador deberá cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 39 del Código sustantivo de trabajo y de la seguridad social para los trabajadores particulares, las condiciones establecidas en el artículo 6 de la Ley 1221 de 2008, y el Decreto 884 de 2012.

El acuerdo de teletrabajo o contrato de trabajo en la modalidad de teletrabajo deberá indicar de manera especial:

1. Las condiciones de servicio, los medios tecnológicos y de ambiente requeridos y la forma de ejecutar el mismo en condiciones de tiempo, y si es posible, de espacio.
2. Los días y los horarios en que el teletrabajador realizará sus actividades para efectos de delimitar la responsabilidad en caso de accidente de trabajo y evitar el desconocimiento de la jornada máxima legal.
3. Las responsabilidades en cuanto a la custodia de los elementos de trabajo y el procedimiento de la entrega por parte del teletrabajador al momento de finalizar la modalidad de teletrabajo
4. Las medidas de seguridad informática que debe conocer y cumplir el teletrabajador.

Parágrafo. En caso de contratar por primera vez a un teletrabajador este no podrá exigir posteriormente realizar sus actividades en las instalaciones del empleador, a no ser que las partes de común acuerdo modifiquen lo inicialmente pactado y en dado caso, dejaría de ser teletrabajador.

Si previamente existe un contrato de trabajo o vinculación laboral y las partes de común acuerdo optan por el teletrabajo, el acuerdo que firmen deberá contener los elementos descritos en el presente artículo y será anexado al contrato de trabajo o a la hoja de vida del empleado.

Capítulo VII

Igualdad de trato

Artículo 103. Los trabajadores y teletrabajadores tendrán los mismos derechos, obligaciones y garantías. El teletrabajador no perderá ningún derecho, por ostentar tal condición. La igualdad de trato se da:

1. El derecho de los teletrabajadores a ejercer libremente el derecho de asociación.
2. La protección de la discriminación en el empleo.
3. La protección en materia de seguridad social (Sistema general de pensiones, Sistema general de seguridad social en salud y riesgos laborales) de conformidad con lo previsto en la Ley 100 de 1993 y las normas que la modifiquen o adicionen o en las disposiciones que regulen los regímenes especiales.

4. La remuneración
5. La protección por regímenes legales de seguridad social.
6. El acceso a la formación.
7. La protección de la maternidad. Las teletrabajadoras tendrán derecho a retornar al mismo puesto de trabajo o a un puesto equivalente con la misma remuneración, al término de la licencia de maternidad.
8. Respeto al derecho a la intimidad y privacidad del teletrabajador.

Capítulo VIII

Equipos y programas informáticos

Artículo 104. Las necesidades técnicas del teletrabajador estarán en función de las necesidades del trabajo encomendado, siendo requisitos mínimos los siguientes:

1. Un computador personal con los programas adecuados para realizar las tareas encomendadas que puede o no ser suministrado por la Empresa, dependiendo de si el teletrabajador suministra un equipo personal para tal fin.
2. Una conexión de banda ancha con una velocidad adecuada y suficiente para las tareas que se lleven a cabo.
3. Una cuenta de correo electrónico.
4. El resto de condiciones técnicas necesarias para desempeñar el teletrabajo.

Artículo 105. Los siguientes son los compromisos de la Fundación y sus empleados, referente a los equipos, aplicaciones, documentación y suministros entregados por la Institución:

1. La Fundación brindará las herramientas específicas (hardware/software) que datos y de los mismos equipos y aplicaciones entregadas.
2. El teletrabajador deberá respetar lo contemplado en las leyes colombianas, así como las instrucciones por escrito que reciban de sus supervisores o jefes inmediatos.
3. El teletrabajador no podrá comunicar a terceros, salvo autorización expresa y
4. El teletrabajador no podrá compartir los usuarios y/o contraseñas personales de la Empresa que le hayan entregado con ocasión del teletrabajo contratado. El

teletrabajador deberá conservar, mantener y devolver en buen estado, salvo deterioro natural y razonable, en el momento en que la Empresa lo solicite, los instrumentos, equipos informáticos y los útiles que se le haya facilitado para la prestación de sus servicios.

5. El teletrabajador no podrá modificar, adicionar o suprimir el software o hardware que le haya sido entregado por la Empresa, sin autorización previa y escrita de su jefe inmediato.

Capítulo IX

Aportes al Sistema de Seguridad Social Integral

Artículo 106. Los teletrabajadores deberán ser afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral. El pago de los aportes se pagará a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes –PILA-.

Los teletrabajadores en relación de dependencia, durante la vigencia de la relación laboral, serán afiliados por parte la Fundación al Sistema de seguridad social, salud, pensiones, y riesgos laborales de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1993 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan o las disposiciones que regulen los regímenes especiales, así como a las Cajas de compensación familiar en los términos y condiciones de la normatividad que regula dicha materia.

Capítulo X

Obligaciones de las partes en seguridad y salud en el trabajo

Artículo 107. Serán obligaciones de las partes en materia de riesgos laborales en el teletrabajo:

Por parte de la Fundación:

1. El empleador debe realizar la verificación de las condiciones del centro destinado al teletrabajo para el cumplimiento de los requisitos condiciones de seguridad y salud en el trabajo con la asesoría de su Administradora de riesgos laborales.
2. Incorporar en el reglamento interno de trabajo o mediante resolución las condiciones especiales para que opere el teletrabajo.
3. Realizar y firmar acuerdo de teletrabajo o dependiendo del caso, contrato de trabajo en la modalidad de teletrabajo incorporando las condiciones establecidas en el artículo 3 del Decreto 884 de 2012.

4. Contar con una red de atención de urgencias en caso de presentarse un accidente o enfermedad del teletrabajador cuando esté trabajando.
5. Establecer las horas del día y los días de la semana en que el teletrabajador debe estar accesible y disponible para la Fundación en el marco de la jornada laboral.
6. Implementar los correctivos necesarios con la asesoría de la Administradora de riesgos laborales que se presenten en el lugar de trabajo del teletrabajador.
7. Establecer las obligaciones en riesgos laborales y en el Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, definidas en la normatividad vigente.
8. Suministrar a los teletrabajadores equipos de trabajo seguros y medios de los equipos informáticos y su prevención.
9. Informar y enviar al correo del teletrabajador una copia al teletrabajador de la política de la Fundación en materia de salud y seguridad en el trabajo.
10. Verificar que las condiciones locativas e higiénicas del lugar en que se va a desarrollar el teletrabajo, cumpla con las condiciones mínimas establecidas por la ley.

Por parte del teletrabajador

1. Diligenciar el formato de auto-reporte de condiciones de trabajo con el fin de determinar los peligros presentes en el lugar donde se ejecutaría la labor y sobre los cuales el empleador implementará los correctivos necesarios, con la asesoría de su Administradora de riesgos laborales.
2. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de gestión de la seguridad y salud en el trabajo de la Fundación y asistir periódicamente a los programas de promoción y prevención adelantados por la Administradora de riesgos laborales.
3. Referente al teletrabajo, las obligaciones del teletrabajador en riesgos laborales y en el Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, son las definidas por la normatividad vigente.
4. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
5. Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores.
6. Participar en la prevención de los riesgos laborales a través de los comités paritarios de seguridad y salud en el trabajo.

7. Reportar accidentes de trabajo de acuerdo con la legislación vigente.
8. Utilizar los equipos y herramientas suministrados en forma adecuada y participar en los programas y actividades de promoción y prevención.
9. En general cumplir con todas las obligaciones establecidas en el artículo 22 del Decreto 1295 de 1994

Capítulo XI

Obligaciones y responsabilidades especiales de la Empresa.

Artículo 108. Son responsabilidades de la Empresa:

1. La seguridad del teletrabajador conforme a la legislación vigente.
2. El suministro a los teletrabajadores de equipos de trabajo seguros y medios de protección adecuados en la tarea a realizar y deberá garantizar que los teletrabajadores reciban una formación e información adecuadas sobre los riesgos derivados de la utilización de los equipos informáticos y su prevención.
3. Incluir al teletrabajador dentro del programa de salud y seguridad en el trabajo y permitirle la participación en las actividades del comité paritario de salud y seguridad en el trabajo.
4. Informar y dar una copia al teletrabajador de la política de la Empresa en materia de salud y seguridad en el trabajo.
5. Definir la unidad de causación del salario.

TITULO XIII

Publicaciones

Artículo 109. Observaciones al Reglamento interno de trabajo. Una vez aprobado el presente Reglamento interno de trabajo se publicará el contenido a sus empleados en los lugares de trabajo de la Institución y a través de los medios tecnológicos idóneos, la fecha de publicación determina la entrada en aplicación.

Los empleados, podrán solicitar a la Institución dentro de los quince (15) días hábiles siguientes los ajustes que estimen necesarios cuando consideren que sus cláusulas contravienen los artículos 106, 108, 111, 112 ó 113 del Código sustantivo del trabajo, y se dará trámite a las mismas de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.

Artículo 110. Publicación Reglamento interno de trabajo. Una vez cumplido el trámite señalado en el artículo anterior, la Empresa, publicará el Reglamento interno de trabajo, mediante la fijación de dos (2) copias en caracteres legibles, en dos (2) sitios distintos, en cada uno de los lugares de trabajo donde la Institución tenga operaciones, al igual que en los medios tecnológicos de los cuales dispone.

TÍTULO XIV

Vigencia

Artículo 111. Vigencia. El presente Reglamento entrará en aplicación desde la fecha en que la Institución publique a sus empleados en el lugar de trabajo de la Institución, y a través de los medios tecnológicos idóneos, el contenido del mismo.

Artículo 112. Efectos. Desde la fecha que entra en vigencia este Reglamento, quedan sin efecto las disposiciones del Reglamento que antes de esta fecha, haya tenido la Institución.

TÍTULO XV

La **FUNDACIÓN INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA** se compromete a promover un ambiente de trabajo respetuoso, en el que no se tolera ningún tipo de acoso sexual, y se compromete a tomar las medidas necesarias para prevenirlo, detectarlo y sancionarlo. Este compromiso estará reflejado en los siguientes documentos:

- **Reglamento Interno de Trabajo:** Cuenta con la prohibición explícita de cualquier tipo de acoso sexual en el lugar de trabajo, detallando las sanciones aplicables a quienes incurran en estas conductas.
- **Contratos laborales:** Todos los contratos laborales contarán con una cláusula que establezca el compromiso de la **FUNDACION INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA** y del trabajador en la prevención y el respeto a esta Política, así como el conocimiento de las consecuencias de su incumplimiento.

La Política cuenta con los siguientes principios:

- ✓ **Respeto y dignidad:** Todos los trabajadores tienen derecho a un entorno laboral libre de conductas que afecten su dignidad.
- ✓ **Prevención activa:** El Neurológico promueve la prevención del acoso sexual mediante acciones educativas, formación y sensibilización continua.
- ✓ **Confidencialidad:** Cualquier denuncia de acoso sexual será tratada de forma confidencial para proteger la privacidad de las partes involucradas.
- ✓ **Celeridad y eficacia:** Todas las denuncias serán atendidas de manera rápida y justa, garantizando un proceso imparcial y respetuoso.

- ✓ **Prohibición de represalias:** Se prohíbe cualquier forma de represalia contra las personas que presenten denuncias o participen en la investigación de un caso de acoso sexual.

Cláusulas ineficaces

Artículo 113. Cláusulas ineficaces. No producirán ningún efecto las cláusulas del Reglamento que desmejoren las condiciones del empleado en relación con lo establecido en las leyes, pactos, convenciones colectivas o fallos arbitrales, contratos individuales de trabajo, estatutos, reglamentos, declaraciones institucionales, y demás normas internas, los cuales sustituyen las disposiciones del Reglamento en cuanto fueren más favorables al empleado.

Aprobado por:



RAFAEL MORENO SALAZAR
REPRESENTANTE LEGAL FUNDACIÓN INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA

 Fundación Instituto Neurológico de Colombia	MANUAL DE PREVENCIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (SICOF)
---	--

Revisión: 01	Código: RDDEPDg43	Responsable: Oficial de Cumplimiento
--------------	-------------------	--------------------------------------

MANUAL DE PREVENCIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (SICOF)

**FUNDACIÓN INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA IVAN JIMENEZ RAMIREZ
INDEC**

Página 1 de 22	Elaboró: Oficial de Cumplimiento Revisó: Jefe de Control Interno	Aprobó: Consejo de Administración	Fecha: 26/06/2024
----------------	---	--------------------------------------	----------------------

INTRODUCCIÓN	4
1. OBJETIVO	4
1.1 Objetivos Específicos.	4
2. ALCANCE	4
3. DEFINICIONES	5
5.1 Estructura Organizacional.	8
5.2 Roles y responsabilidades.	8
5.2.1 Consejo de Administración.	8
5.2.2 Representante Legal.	9
5.2.3 Oficial de Cumplimiento.	10
5.2.4 Órganos de control.	11
5.2.4.1 Revisoría Fiscal.	11
5.2.4.2 Control Interno.	12
5.3 Medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas.	12
5.4 Etapas del SICOF.	12
5.4.1 Identificación.	12
5.4.2 Medición.	14
5.4.3 Control.	14
5.4.4 Monitoreo.	15
5.5 Procedimientos.	16
5.5.1 Instrumentación de etapas y elementos.	16
5.5.2 Identificación de cambios y evolución de controles.	16
5.5.3 Medidas por el incumplimiento del SICOF.	16
5.5.4 Mantener el registro de eventos.	16
5.5.5 Instrumentos.	17
• Señales de alerta.	17
• Segmentación:	17
• CONTRAPARTES: CLIENTES, PROVEEDORES:	18
• USUARIOS:	18
• EMPLEADOS:	18
• CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN:	19
5.5.6 Órganos de control frente al SICOF.	19

5.6	Ruta de Integridad Empresarial.	19
5.7	Parámetros para la resolución de conflictos de interés.	20
5.8	Uso de información privilegiada.	20
5.9	Consecuencias de la inobservancia del Manual.	20
5.10	Tecnología.	20
5.11	Estrategias de capacitación.	21
6.	RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	22

INTRODUCCIÓN

La FUNDACION INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA IVAN JIMENEZ RAMIREZ, pero puede anunciarse como “INDEC” en calidad de ente vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD y de acuerdo con la Circular 20211700000005-5 de 2021, desarrolla el presente Manual de Prevención, en beneficio de la correcta ejecución del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), aportando al sistema de salud con mejores prácticas institucionales que permitan la identificación, medición, control y monitoreo de cada uno de los riesgos mencionados que se presenten dentro de los procesos.

El presente documento permite a los directivos, empleados y agentes interesados conocer las prácticas que realiza el INDEC en la lucha contra la Corrupción la Opacidad y el Fraude, así como el soborno y el soborno transnacional (ST) brindando mayor seguridad a los grupos de interés y priorizando las actividades de prevención, sin disminuir los esfuerzos en las actividades de detección y respuesta.

1. OBJETIVO

Implementar un Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) mediante el desarrollo y la aplicabilidad de cada uno de los lineamientos expuestos por la Circular 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, para asegurar la calidad y el cumplimiento del INDEC frente al sector salud.

1.1 Objetivos Específicos.

- Mejorar la promoción de la integridad y la cultura de la legalidad.
- Desarrollar herramientas para luchar contra la impunidad de los actos de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- Avanzar en el fortalecimiento Institucional necesario para la administración efectiva y el ejercicio del código de ética y buen gobierno.

2. ALCANCE

Este documento debe ser cumplido y aplicarse para el SICOF y cada uno de los procesos con los que cuenta el INDEC, luchando en contra de la Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) y evitando que se generen pérdidas en todas las sedes.

3. DEFINICIONES¹

- **Canal de 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 él 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.
- **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 Privada:** El que directamente o por interpuesta persona prometa, ofrezca o conceda a directivos, administradores, empleados o asesores de una sociedad, asociación o fundación una dádiva o cualquier beneficio no justificado para que le favorezca a él o a un tercero, en perjuicio de aquella. En este tipo el beneficio es para una persona natural o empresa privada.
- **Corrupción Pública:** Cuando en el acto de Corrupción intervienen funcionarios públicos y/o la acción reprochable recaiga sobre recursos públicos.
- **Denuncia:** Es la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.
- **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.

¹ Circular 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud. literal 5.2.1 Definiciones de página 34 a 39 de 57.

- **Favoritismo:** Preferencia dada al “favor” sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante.
- **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.

Actividades enunciadas constitutivas de Fraude:

- Acto ejecutado con intención deshonesta.
- 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.
- Generación de ganancias personales a partir del conocimiento de información de las actividades internas de la Entidad.
- Relevar información confidencial y propietaria a terceros de obtener una ganancia.
- **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.
- **Información Privilegiada:** Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público existiendo deber para ello.
- **Opacidad:** Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.
- **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.
- **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.
- **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 proferir resolución, dictamen y/o conceptos contrarios a la ley.
- **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.
- **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.
- **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 éste 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 éste se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico.
- **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.
- **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 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 Corrupción, Opacidad y Fraudes, originados tanto al interior como al exterior de las organizaciones.
 - Realizar una gestión adecuada de los Riesgos.

MARCO NORMATIVO

- **Circular 20211700000005-5 de septiembre de 2021**, por medio de la cual se imparten instrucciones relativas al **SICOF** (Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude).

4. ELEMENTOS

5.1 Estructura Organizacional.

En el INDEC la “Estructura organizacional” se encuentra soportada con todos los componentes legales, administrativos, contables, asistenciales, entre otros para el cumplimiento de su objeto social y para el diseño y adopción de cada uno de los “Sistemas de Riesgo”. Cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables, mediante los cuales se dirige la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión se realice bajo los principios de transparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario.

Estructura organizacional:

Estatutos de la Fundación.

Consejo de Administración.

Alta gerencia: Dirección General (Representante Legal), Dirección Administrativa y Financiera y Dirección Médica.

Direccionamiento Estratégico.

Código de ética y de buen gobierno.

Reglamento Interno de Trabajo.

Organigrama.

Estados Financieros.

Procesos y estructura documental.

Órganos de control interno y Revisoría Fiscal.

Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud.

Entre otros.

5.2 Roles y responsabilidades.

5.2.1 Consejo de Administración.

- 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.
- 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.

- Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- Hacer seguimiento y pronunciarse sobre el perfil de Corrupción, Opacidad y Fraude 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 o persona encargada por la entidad 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 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.
- 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.
- 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.

5.2.2 Representante Legal.

- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por el Consejo de Administración.
- Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF así como el soborno y el soborno transnacional (ST).
- 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 o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, de acuerdo con los términos establecidos en la presente Circular.
- Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la presente Circular.
- Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada Administración de Corrupción, Opacidad y Fraude a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

5.2.3 Oficial de Cumplimiento.

- Diseñar y someter a aprobación del Consejo de Administración u órgano que haga sus veces, el manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el 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 del Consejo de Administración o quien haga sus veces, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que el INDEC administre efectivamente sus Riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, así como el soborno y el soborno transnacional (ST) en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en esta Circular.
- Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) en el INDEC
- Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) medidos.
- Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informar al órgano correspondiente, en los términos de la presente Circular.
- Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST).
- Desarrollar los programas de capacitación de la entidad 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 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.
- Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST), 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.
- Informar a la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
- Proponer al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, así como el soborno y el soborno transnacional (ST) 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 el máximo órgano social, 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.

5.2.4 Órganos de control.

5.2.4.1 Revisoría Fiscal.

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

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

5.2.4.2 Control Interno.

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones a la Auditoría Interna, o quien ejerza el control interno, ésta debe evaluar periódicamente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SICOF, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, deberán informar los resultados de la evaluación al representante legal o junta directiva.

5.3 Medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas.

El INDEC deja en constancia en el presente manual que la política SICOF así como cada uno de los lineamientos que se planteen en esta, deben ser cumplidos y conocidos por cada uno de los implicados e interesados en el desarrollo de este Subsistema.

El Oficial de Cumplimiento debe asegurar al INDEC que las partes interesadas cumplan a cabalidad la Política SICOF, de esta manera, se implementan estrategias que permitan brindar el conocimiento de estas, así como la responsabilidad de que cada una de las partes interesadas que se mencionan en este documento cumplan con los lineamientos planteados.

En caso del no cumplimiento de las políticas y la no aceptación, el INDEC debe analizar la situación y por qué la contraparte no desea participar en la gestión del SICOF, determinando por parte del Oficial de Cumplimiento junto con los directivos las medidas que se van a implementar para llevar a cabo en estas situaciones de acuerdo a la contraparte que se esté negando.

5.4 Etapas del SICOF.

5.4.1 Identificación.

- El INDEC cuenta con un Mapa de Procesos el cual se desarrolla en cuatro fases, iniciando desde los Procesos Estratégicos que son responsabilidad de la Dirección, continuando con el Proceso Misional en donde se desarrollan cada uno de los servicios del Neurológico y el Proceso de apoyo el cual es toda el área administrativa y termina con el Proceso de la Medición, Análisis y Mejora.

Cada fase cuenta con diferentes procesos y subprocesos en donde se disponen todas las áreas del INDEC y estas a su vez cuentan con la documentación precisa de cada una de las actividades que se realizan. Esta documentación, al igual que el mapa de

procesos, puede ser consultada por cualquier miembro de la entidad dentro de la Software Institucional y se encuentra a disposición de los entes reguladores.

Las partes interesadas nos permiten determinar quiénes están completamente relacionados con el SICOF, de esta manera, es de vital importancia identificar cuáles pueden verse implicados o tengan relación con los riesgos inherentes de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) que se presenten en el INDEC. Analizando el contexto interno y externo de la Institución, se determina que los stakeholders que más pueden verse implicados en los diferentes riesgos asociados y que a su vez son tenidos en cuenta como Factores de Riesgos son:

- Clientes.
- Proveedores y contratistas.
- Empleados o directivos.
- Consejo de Administración.
- Pacientes.

Es importante detallar que no todos se puedan ver involucrados directamente en los riesgos asociados, sin embargo de una u otra forma pueden participar y generar un posible riesgo para la Institución, por lo que es relevante tener en cuenta los efectos que estos generan y revisar cual es la manera precisa de poder actuar de manera preventiva a posibles riesgos inherentes que se presenten al identificar su participación.

- La metodología de identificación se encuentra definida en el “Instructivo Ciclo General de Gestión de Riesgos” acá se detalla el paso a paso de la identificación basado en el modo Risicar. De igual manera, este modelo se aplica a todos los procesos estratégicos y de apoyo de la Institución, debido a que los procesos misionales cuentan con la metodología “AMFE” (Análisis Modo de Falla y Efecto).

Para la identificación de los riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude se busca utilizar la metodología Risicar, incluyendo los procesos misionales, debido a que en estas áreas también pueden ser identificados los riesgos, pero no afectan directamente a la salud del paciente que genere la necesidad de utilizar la metodología AMFE como se menciona en el documento “Lineamientos Específicos Subsistemas de Riesgo”.

Es importante trabajar los riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude en una sola metodología independiente del proceso en el que se evidencie la situación, de esta manera, se facilite la evaluación, control y medición de estos.

- Los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude potenciales se trabajan desde el proceso de Gestión del Direccionamiento Estratégico y Planeación. Dichos riesgos son transversales a los demás procesos, por lo que se generaliza la información de manera que el SICOF se efectúe equitativamente en toda la Institución.

- Lo descrito en este Manual es de total cumplimiento por parte del INDEC de acuerdo con lo establecido en la **Circular 20211700000005-5 de Septiembre de 2021** de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, de esta manera, cada que sea implementado o modificado cualquier proceso con el que se cuente, este deberá ser revisado previamente e identificar si se presenta algún riesgo de Corrupción, Opacidad o Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) que deba de ser tratado de acuerdo con lo establecido en el “Instructivo Ciclo General de Gestión de Riesgos”.

5.4.2 Medición.

- La metodología usada para la medición de los riesgos está establecida en el “Instructivo Ciclo General de Gestión de Riesgos”, en donde se explica cómo se obtiene la información. Esta matriz es usada dentro de un software Institucional, el cual ayuda a determinar los riesgos, su nivel de frecuencia y severidad y previamente permite arrojar un riesgo residual, luego de su evaluación pertinente.
- La Institución, adapta los riesgos de acuerdo a la metodología establecida en el Software permitido, con el fin de determinar la probabilidad e impacto de cada uno de los Riesgos de Corrupción, Opacidad o Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) que se presenten en los procesos, de acuerdo con las clasificaciones que deben tomar de acuerdo a la gravedad y afectación que pueda tomar en la Institución.
- El INDEC determina su perfil de riesgo inherente de acuerdo a donde se sitúan los riesgos en la Matriz, así se puede definir, que tan tolerable es al riesgo. Es importante medir qué tan alto es el riesgo para establecer controles acordes con la mitigación y/o eliminación del riesgo de Corrupción Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) con el que cuenta la Institución.

5.4.3 Control.

- Los controles del SICOF se trabajan dentro de la matriz de riesgo disponible en el software institucional con el fin de mitigar o eliminar los riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) que se presenten en los procesos. De igual manera dentro de estos controles se debe establecer que:
 - De acuerdo a la información que se necesite los encargados de cada proceso serán los responsables de llevar a cabo la actividad de control.
 - Los controles se ejecutan como mínimo 1 vez al año.

- Se realizan, con el fin de prevenir, mitigar y/o eliminar los riesgos de Corrupción, Opacidad o Fraude dentro de la Institución.
- Se determina luego de realizar la previa evaluación de los riesgos, que de acuerdo con las causas establecidas deben existir estrategias que ayuden a mitigar el riesgo presente.
- Se presentan planes de acción con el fin de indicar las observaciones de los controles y su efectividad así como la evidencia de la ejecución junto con su progreso.
- La implementación de los controles está a disposición de todos los empleados según el proceso en el que se encuentre el riesgo inherente, de igual manera esta información es de fácil acceso dentro del software institucional.
- Dentro de la matriz de riesgo, luego de efectuar los controles con periodicidad mínima de un año se determina el riesgo residual con el que cuenta la Institución, y a partir de esta información se debe desarrollar nuevos controles dependiendo de la efectividad de estos.

5.4.4 Monitoreo.

- Los planes de acción permiten llevar un seguimiento efectivo a los riesgos desarrollados dentro de la Matriz. Estos sirven para ir plasmando los avances del control que se han ido efectuando. De igual manera, es importante priorizar los riesgos que más daño están efectuando dentro de la organización ya sea por su frecuencia o impacto, de esta manera se les debe realizar un seguimiento más constante a estos, con el fin de determinar si es necesario o no aplicar más medidas correctivas que permitan la disminución del riesgo dentro de la matriz y la Institución.
- El INDEC deberá establecer indicadores cuando se tenga la suficiente información necesaria para determinar los potenciales Riesgos de Corrupción, Opacidad o Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST) y poder actuar preventivamente en la identificación de estos. Estos indicadores, deben ser descriptivos o prospectivos ya que no existe mucha información asociada dentro del sector, por lo que se implementan como una metodología que apoya la prevención del riesgo.
- Una vez establecidos los niveles de aceptación por el INDEC acerca de los riesgos, es importante mantener y fijar metas a corto y mediano plazo, que permitan llevar un control estable sobre los riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, así como el soborno y el soborno transnacional (ST) cumpliendo con lo establecido en la normativa y con lo necesario para el correcto funcionamiento de la Institución.
- Se debe generar un reporte interno como mínimo semestralmente de la Gestión de Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, así como el soborno y el soborno transnacional (ST) que contenga el perfil de riesgo inherente y residual de la Institución.

5.5 Procedimientos.

5.5.1 Instrumentación de etapas y elementos.

La instrumentación de las etapas se encuentra definida en el “Instructivo Ciclo General de Gestión de Riesgos” el cual se encuentra adaptado para el completo desarrollo de las etapas del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

5.5.2 Identificación de cambios y evolución de controles.

El Oficial de Cumplimiento en su función de revisión constante de la matriz de riesgo junto con el encargado del proceso, deben estar al tanto de la efectividad de los controles, así como de su progreso y su actualización en caso de que así se requiera.

A medida que un riesgo se presente con mayor frecuencia o impacto, se deben generar nuevos controles que permitan mitigar de manera más efectiva el riesgo dentro de la Institución.

También, es importante identificar en caso que un control no sea efectivo o no esté cumpliendo con su función, lo que puede generar un desgaste en la revisión del mismo, sin efectuar su verdadera funcionalidad dentro de la matriz.

5.5.3 Medidas por el incumplimiento del SICOF.

Las medidas por el incumplimiento del SICOF están establecidas en el documento “Política SICOF”, aquí se definen las reglas del estricto cumplimiento por parte de los empleados y demás interesados, así como las consecuencias del incumplimiento en el desarrollo de la gestión de riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.

5.5.4 Mantener el registro de eventos.

En el “INSTRUCTIVO REPORTE SISTEMA DE DENUNCIAS ANÓNIMAS LÍNEA DE TRANSPARENCIA” el INDEC permite registrar cada uno de los eventos que se presenten en materia de riesgo de Corrupción, Opacidad o Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST). Este registro debe ser entregado al encargado del SICOF (Oficial de Cumplimiento) y este a su vez debe llevar el registro de cuántos eventos se han realizado, así como sus causas y posibles controles a implementar para mitigar la presencia de estos riesgos.

Es función adicional del Oficial de Cumplimiento, dejar constancia de estos registros acumulados, de manera que puedan ser de fácil consulta y acceso para las autoridades o persona que requiera de dicha información.

5.5.5 Instrumentos.

- **Señales de alerta.**

Es importante que por parte de todos los implicados se construya un adecuado SICOF. Una de las maneras que permite la identificación previa de un riesgo son las señales de alerta, las cuales se activan una vez exista un registro de los posibles riesgos que se hayan presentado dentro de la Institución.

Una vez planteado correctamente el riesgo inherente en la matriz, se debe tener en cuenta la información que posiblemente ésta pueda arrojar así como los controles que son usados para su mitigación. En base a esta información, el INDEC puede tener diferentes estrategias preventivas que permitan determinar con anticipación los riesgos asociados a la Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST)

Actualmente un elemento que funciona como señal de alerta es la Línea de Transparencia, donde se permiten realizar denuncias asociadas a los riesgos del SICOF y otra información que atenta contra la integridad y el Código de Ética y de Buen Gobierno de nuestra Institución.

De igual manera, es de vital importancia estar realizando constante seguimiento a la información que surja a partir del momento en el que se pone en marcha la ejecución del SICOF, para generar ideas y/o mecanismos que permitan ser usados como señales de alerta para anticiparse a situaciones que posiblemente pueden ser mitigadas.

- **Segmentación:**

“El propósito de la segmentación es hacer eficiente la gestión de un grupo de elementos que conviene no gestionar de manera individual, tanto por los costos operativos como por la mejor utilización del tiempo al interior del sistema.

Al conformar los grupos se pueden conocer las características principales de los factores de riesgo y emplear políticas y acciones comunes a todos ellos.”²

Aunado a la definición, la segmentación de las partes interesadas de acuerdo con lo planteado en este documento y la información que se solicita en la **Circular 20211700000005-5 de Septiembre de 2021** de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, se cuenta con:

² INFOLAFT. (s. f.). Recuperado de: <https://www.infolaft.com/sarlaft-claves-segmentar-factores-riesgo/>

- **CONTRAPARTES: CLIENTES, PROVEEDORES:**

Toda la información que tenga relación con los contratos con contrapartes, será tratada de manera homogénea por el Oficial de Cumplimiento, así, se determina la razón y/o riesgo identificado y se clasifica según su frecuencia e impacto que representa para la Institución.

- **USUARIOS:**

*“Los usuarios son aquellas personas naturales o jurídicas a las que, sin ser clientes, la entidad les presta un servicio”.*³

La segmentación adecuada para este factor de riesgo es dividiendo los servicios que ofrece el INDEC a los pacientes particulares, teniendo en cuenta las denuncias que estos puedan ofrecer para determinar cuáles pueden ser los servicios que se pueden ver más afectados y generar un posible control más específico sobre estos.

- **EMPLEADOS:**

Dentro del INDEC es importante mencionar que existen 2 tipos de empleados a los cuales se deben realizar las mismas acciones de prevención, sin embargo puede que los riesgos sean más representativos en unos que en los otros. De esta manera tenemos que:

Asistenciales: Para el INDEC los asistenciales son todos aquellos que laboran dentro de la clínica y tienen un contacto directo con el paciente para brindarle el mejor servicio posible y cubrir con sus necesidades.

Administrativos: *“profesionales fundamentales para el buen funcionamiento de cualquier empresa. Dentro de esta categoría encontramos técnicos administrativos y auxiliares administrativos, profesionales con formación y tareas diferentes pero que responden a un perfil polivalente relacionado con la gestión de todo tipo de recursos”.*⁴

Para una correcta segmentación se toma partida de dos puntos de referencia, de los cuales se seleccionan las áreas que puedan incurrir en un posible riesgo más alto, debido a las actividades que realizan y de igual manera, se tienen en cuenta los otros servicios que no tienen tanta posibilidad de presentar un riesgo que logre materializarse, pero igual es relevante generar señales de alerta, para llevar a cabo un control respectivo.

³ ¿Qué son los factores de riesgo lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT)? (s. f.). SIIARÉ. Recuperado 28 de febrero de 2022, de <https://www.siiare.com/factores-de-riesgo-LA-FT>

⁴ Benitez. Y. (2019, Octubre 28). Personal administrativo: ¿qué funciones y tareas desempeñan?. Quality. <https://www.qualitytemporal.com/blog/personal-administrativo-funciones-y-tareas/>

- **CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN:**

“Las juntas directivas son un punto de encuentro entre los intereses, socios, propietarios, objetivos y negocios de ciertas compañías. En ellas se gestan decisiones y relaciones importantes para el crecimiento y direccionamiento de la empresa”.⁵

Es preciso para el INDEC especificar unas características particulares entre los miembros de la Consejo de Administración, para determinar qué miembros se pueden ver más implicados o afectados por Riesgos de Corrupción, Opacidad o Fraude, así como el soborno y el soborno transnacional (ST) de esta manera, se segmenta única y propiamente a todos los integrantes para establecer criterios que aporten a generar alertas que nos ayuden con la identificación de los Riesgos asociados y así crear acciones preventivas que eviten la materialización del Riesgo, donde hay que plantear un énfasis relevante ya que es un órgano de suma importancia para el correcto funcionamiento del INDEC.

5.5.6 Órganos de control frente al SICOF.

Los órganos de control deben estipular el adecuado funcionamiento del SICOF mediante auditorías tanto internas como externas que permitan evaluar la información con la que cuenta el INDEC y determinar qué tan eficiente está siendo el Subsistema y cuáles son las mejoras que se deben realizar.

La información extraída por los órganos de control se desarrolla en documentos establecidos por el INDEC o por el agente externo y debe estar a disposición de los interesados y de los entes de vigilancia de acuerdo con la normativa.

5.6 Ruta de Integridad Empresarial.

De manera voluntaria el INDEC participa en la Ruta de Integridad Empresarial, el cual es un programa propuesto por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República que permite valorar la integridad y transparencia de la Institución, de forma que se definen las capacidades que tienen, los posibles riesgos asociados y las estrategias para controlarlos.

Esta información es relevante para cumplir a cabalidad con la transparencia del INDEC y aporta de manera directa a la gestión del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, apoyándose en el “Código de Ética y Buen Gobierno” y en el cumplimiento basado en la información de la Secretaria.

⁵ Empleo, E., 2022. *Características de Consejo de Administración ideal*. [online] Noticias elempleo.com. Recuperado de: <https://www.elempleo.com/co/noticias/mundo-empresarial/caracteristicas-de-junta-directiva-ideal-6036>

5.7 Parámetros para la resolución de conflictos de interés.

Los parámetros para la resolución de conflictos se definen en el “Código de Ética y Buen Gobierno” así como en la “Política SICOF”, de esta manera se asegura la adecuada resolución de estos.

Es importante detallar que dentro de estas estrategias de resolución de conflictos de interés se deben tener en cuenta entidades externas, que de alguna u otra manera se encuentran en relación con la Institución, así como los vinculados directamente con esta. Toda persona que se encuentre con algún vínculo entre el INDEC y algún interesado debe tener en cuenta estos parámetros establecidos.

5.8 Uso de información privilegiada.

La confidencialidad de la información se encuentra establecida al igual que muchos otros factores que permiten la transparencia de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia dentro del “Código de Ética y de Buen Gobierno”.

Cualquier tipo de información que sea tratada y con referencia al SICOF, debe ser notificada netamente a los implicados dentro de este Subsistema, debido a que el uso de dicha información es clasificada y solo debe ser usada para cumplir con el compromiso del INDEC y no para fines personales que afecten el desarrollo y promuevan los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST).

5.9 Consecuencias de la inobservancia del Manual.

Es importante que todos los empleados y/o interesados tengan conocimiento del Manual de Prevención. La persona que se encuentra a cargo del desarrollo del SICOF, deberá informar a las partes interesadas sobre la existencia de este y donde lo pueden encontrar para su revisión.

5.10 Tecnología.

El INDEC cuenta con el apoyo de un software que le permite agrupar diferente información necesaria para el correcto desarrollo del SICOF.

Dentro de este software se implementa la matriz de riesgo, donde se puede plantear los riesgos, evaluarlos, controlarlos y monitorearlos, generando un procedimiento más efectivo a la hora del desarrollo de las etapas.

De igual manera, se cuentan con diferentes plataformas internas en donde se lleva a cabo el manejo y comunicación de la información, de esta forma se imparte el SICOF a todos los involucrados que cuentan con una participación activa y/o indirecta.

- De acuerdo con el instructivo “IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES INFORMÁTICAS”, cada que el INDEC requiera implementar una nueva solución informática bien sea por desarrollos internos o externos, se debe presentar al área encargada, la cual, dependiendo del requerimiento, identifica cuál es la mejor manera de implementar lo solicitado dentro de los parámetros establecidos.
- En el instructivo “ACTUALIZACIÓN DE SOFTWARE”, se asegura mantener actualizado cada uno del software utilizado para el manejo de la información dentro de la Institución. De esta manera, se asegura que al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos se apliquen las actualizaciones y acoples necesarios dentro del software utilizado para general las Matrices de Riesgos para cada uno de sus Subsistemas.
- La Secretaría de Transparencia facilita la implementación de una aplicación para el desarrollo de la autoevaluación de la Integridad de la Institución, así como el efectivo cumplimiento, estrategias de mejora y posibles riesgos inherentes que se puedan presentar. Esta herramienta permite soportar las medidas aplicadas al SICOF y la aportación del Neurológico a la mejora del sector salud.

5.11 Estrategias de capacitación.

Es importante contar con capacitaciones que les permitan a los empleados e interesados conocer el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST).

De acuerdo al debido proceso, se debe estandarizar la información, detallando lo principal a tratar para que todos los empleados tengan una comprensión completa, socializar las capacitaciones, delimitando fechas para cada uno de los servicios y que todos puedan acceder a ellas de forma integral y por último evaluar lo que se presenta, debido a que es importante llevar un control de la información que se brinda y que todos los presentes tengan claro lo que es lo que se busca transmitir con la capacitación. De esta manera, para el SICOF, se busca realizar:

- Presentación empleados INDEC: Se desarrolla una presentación en la cual se explica la información básica que todos los empleados deben saber acerca del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST).

Es totalmente necesario establecer una conciencia del SICOF entre los empleados, con el fin de cumplir con lo establecido en las normativas propuestas por la Supersalud, de

tal manera que cualquier empleado e incluso directivo, pueda determinar si existe algún riesgo asociado de manera consciente, y que pueda realizar el debido proceso que se tiene implementando en el INDEC.

La información hacia las partes interesadas se brinda a través de correo principalmente, compartiendo los detalles y lineamientos específicos con los que cuenta el INDEC para que sean conscientes de la gestión que se realiza acerca del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude así como el soborno y el soborno transnacional (ST).

6. RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

- El Oficial de Cumplimiento se compromete a seguir a cabalidad toda la información que se plantea en el desarrollo del presente documento.
- El Consejo de Administración vela por el cumplimiento del presente Manual así como de la Política SICOF.
- El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) se desarrolla en beneficio de la mejora y apoyo constante del sector salud así como de la Institución.

Revisión: 03

Código: RDDEPDg46

Responsable: Oficial de Cumplimiento

La Fundación Instituto Neurológico de Colombia Iván Jiménez se compromete con el cumplimiento de las normas nacionales e internacionales en materia de ética, de conducta y de transparencia según las directrices establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, por la Gobernación de Antioquia y demás entes reguladores, determinando cero tolerancia con cualquier conducta que sea considerada como corrupción, opacidad y fraude (COF), así como el soborno y el soborno transnacional (ST); por ello establece y exige el cumplimiento de las siguientes políticas que son transversales a todos los relacionamientos internos y externos con sus empleados, los profesionales por honorarios, los clientes y/o las contrapartes¹, así:

- El Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo,
- Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPADM).
- El Programa de Transparencia y Ética Empresarial Integral (PTEE-I).
- El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).
- El Código de ética y de buen gobierno, y El Código de Integridad.

Por lo anterior, acepto y me comprometo con el estricto cumplimiento en todos los temas previamente relacionados.

Favor firmar acá si es Persona Jurídica:

Firma:

Nombre Representante Legal:

C.C:

Razón Social:

NIT:

Fecha:

Favor firmar acá si es Persona Natural:

Firma:

Nombre:

C.C:

Fecha:

¹ **Ciente y/o contraparte:** Es toda persona natural o jurídica con quien la Entidad formaliza una relación contractual o legal, sea contratista, proveedor, suministro de medicamentos e insumos, contratos de red de prestadores, compradores y/o cualquier figura contractual que suponga inyección efectiva de recursos, como lo son los afiliados a los planes voluntarios de salud. Circular Externa 000009 del 21 de abril de 2016 de la SUPERSALUD, en su página 7

 Fundación Instituto Neurológico de Colombia	PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I)
---	--

Revisión: 03	Código: RDDEPDg48	Responsable: Oficial de Cumplimiento.
--------------	-------------------	---------------------------------------

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I)

**FUNDACIÓN INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA
INDEC**

2024

Página 1 de 39	Elaboró: Oficial de cumplimiento Revisó: Dirección General	Aprobó: Consejo de Administración	Fecha: 29/08/2024
----------------	---	--------------------------------------	----------------------

Tabla de Contenido

1 GENERALIDADES.	5
2 OBJETIVO.....	6
OBJETIVOS ESPECIFICOS.	6
3 ALCANCE.	6
4 MARCO NORMATIVO.	6
SOLICITUD POR PARTE DE LA GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I).	8
5 PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I) DEL INDEC.	9
5.1. VOCABULARIO.	9
5.2. ELEMENTOS DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I) DEL INDEC.	12
A) POLÍTICA DE CUMPLIMIENTO DEL INDEC.	12
B) MATRIZ DE RIESGOS QUE INCORPORA LA IDENTIFICACIÓN Y LA EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN (C) Y DE SOBORNO TRANSNACIONAL (ST) DETECTADOS Y LOS CONTROLES EN EL INDEC.	13
C) POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN (C) Y SOBORNO TRANSNACIONAL (ST) EN EL INDEC.	14
Roles y responsabilidades Consejo de Administración.	16
Roles y responsabilidades Oficial de Cumplimiento.	16
Roles y responsabilidades Empleados.	17
Procedimientos generales para la gestión del riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST) en el INDEC.	19
Compromiso prevención del riesgo de corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST).	21
Acciones por incumplimiento del compromiso.	21
Mecanismos para reportar.	22
D) LINEAMIENTOS PARA REGALOS, VIÁTICOS Y CONTRIBUCIONES POLÍTICAS EN EL INDEC.	23
E) MECANISMOS DE DEBIDA DILIGENCIA PARA VERIFICAR EL ORIGEN DE RECURSOS DE DONANTES O COOPERANTES, SEAN HABITUALES U OCASIONALES EN EL INDEC.	24
F) MECANISMOS Y NORMAS DE AUTOCONTROL Y AUDITORÍA EN EL INDEC.	26
F1) Deberes específicos de las personas que están expuestas al riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST), destinados a su prevención en el INDEC.	28
F2) Procedimiento interno de investigación y sanción, que respeta las garantías procesales y las normas laborales o contractuales, para atender las posibles infracciones al PTEE-I cometidas por cualquier agente del INDEC o por un tercero.	30

F3) Definición y socialización del canal que permite que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, sobre actividades sospechosas relacionadas con el riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST).	32
F4) Para los riesgos de soborno transnacional (ST), se define un procedimiento de archivo y conservación de documentos relacionados con los negocios, donaciones o transacciones internacionales, en los que esté involucrada o sea beneficiaria el INDEC.	37
F5) Mecanismos para la divulgación y seguimiento al programa al interior del INDEC.	38
6 RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.	39

TABLA DE ANEXOS

VER ANEXO 1:.....	5
-ACTA CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN NÚMERO 123.	5
VER ANEXO 2:.....	5
-ACTA CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN NÚMERO 128.	5
VER ANEXO 3:.....	12
-POLÍTICA DE CUMPLIMIENTO.	12
VER ANEXO 4:.....	18
-POLÍTICAS CONTRA LA CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (COF), DE SOBORNO Y DE SOBORNO TRANSNACIONAL (ST).	18
Política de Anticorrupción, Antifraude y Antisoborno.	18
Política de Transparencia.	18
Política SARLAFT-FPADM.	18
Política SICOF.	18
Política de Riesgo.	18
Política de Conflicto de intereses.	18
Política de Confidencialidad.	18
Política de Protección y Control de los Recursos.	18
Política de la Gestión Integrada.	18
Política para el Manejo de Efectivo.	18
VER ANEXO 5:.....	18
-“MANUAL DE PREVENCIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)”.....	18
-“PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICAS DE SARLAFT- FPADM”.	18
-EL CÓDIGO DE ÉTICA Y DE BUEN GOBIERNO.	18
-EL CÓDIGO DE INTEGRIDAD.	18
VER ANEXO 6:.....	19
-“SISTEMA DE DENUNCIAS ANÓNIMAS LÍNEA DE TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN”.	19
VER ANEXO 7:.....	19
-“COMPROMISO EMPLEADOS CON EL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)”.....	19
VER ANEXO 8:.....	19
-“LINEAMIENTOS DE ANTICORRUPCIÓN, ANTIFRAUDE Y ANTISOBORNO”.....	19
VER ANEXO 9:.....	23
-“LINEAMIENTOS PARA REGALOS, VIÁTICOS y CONTRIBUCIONES POLÍTICAS”.....	23
VER ANEXO 10:.....	26
-ESTATUTOS DEL INDEC.	26
VER ANEXO 11:.....	26
-CERTIFICACIÓN DE LA REVISORÍA FISCAL.	26

1. GENERALIDADES.

La FUNDACION INSTITUTO NEUROLOGICO DE COLOMBIA IVAN JIMENEZ RAMIREZ, pero puede anunciarse como “INDEC”, es una Fundación de las consagradas en el artículo 650 del código civil, esto es, un ente de carácter privado sin ánimo de lucro con un patrimonio destinado a liderar el desarrollo de las ciencias neurológicas de aplicación clínica, a través de la prestación de un servicio integral de la más alta calidad, con criterios éticos, de eficiencia y responsabilidad social. En virtud de su carácter de entidad sin ánimo de lucro, desarrolla su objeto social en pro del beneficio de sus usuarios y la comunidad, en forma tal, que el provecho que se genere en la ejecución del mismo sea revertido en forma íntegra en la ejecución de proyectos de mejora en la prestación del servicio.

El INDEC en calidad de ente vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD implementó el programa de transparencia y ética empresarial (PTEE) para dar cumplimiento circular externa número 2022151000000053-5 del 5 de agosto de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD y fue aprobado por el Consejo de Administración consignado en el acta número 123 del 14 de diciembre de 2023.

VER ANEXO 1:

-ACTA CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN NÚMERO 123.

Posteriormente, con la emisión de la resolución número 2024060000475 del 11 de enero de 2024 de la Gobernación de Antioquia donde se solicita tener un programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) para las entidades sin ánimo de lucro (ESAL) cuya competencia de inspección, vigilancia y control corresponde a la Gobernación de Antioquia, se procede a modificar el PTEE del INDEC, y se adopta y se adapta a la mencionada resolución quedando unificado e integrado con el nombre: programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), el cual fue presentado y aprobado por el Consejo de Administración consignado en el acta número 128 del 05 de julio de 2024.

VER ANEXO 2:

-ACTA CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN NÚMERO 128.

El programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) se desarrolla de acuerdo con las características particulares que tiene el INDEC, se rige por el cumplimiento de sus estatutos, sus reglamentos, su direccionamiento estratégico, su código de ética y de buen gobierno, su código de integridad y sus valores corporativos; los cuales están directamente relacionados con las mejores prácticas de transparencia que incluye normas internas de auditoría y mecanismos enfocados a prevenir

situaciones de corrupción, de opacidad y de fraude (COF) así como el soborno y el soborno transnacional (ST) según el artículo 30 de la Ley 1778 de 2016 del Congreso de la República.

2. OBJETIVO.

Fortalecer el desarrollo del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) rechazando radicalmente cualquier insinuación o acto de corrupción, la opacidad y el fraude (COF), de soborno y de soborno transnacional (ST) en sus procesos y en sus relaciones con los distintos grupos de interés (internos y externos) de acuerdo con el marco de la normatividad jurídica nacional e internacional vigente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Unificar los parámetros establecidos por el INDEC en la lucha contra la corrupción, opacidad, fraude (COF), el soborno y/o el soborno transnacional (ST).
- Alinear el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) del INDEC con unas mejores prácticas organizacionales de transparencia a nivel nacional e internacional, relacionadas con la ética y en consonancia con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) a la cual pertenece Colombia.

3. ALCANCE.

Definir los lineamientos del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) para ser aplicado por todos sus empleados en cada uno de los procesos del INDEC, determinando cero tolerancias con cualquier conducta de corrupción, de opacidad y de fraude (COF), de soborno y de soborno transnacional (ST).

4. MARCO NORMATIVO.

Norma: CIRCULAR EXTERNA NÚMERO 000009 DEL 21 ABRIL 2016
Ente: SUPERSALUD - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Asunto: INSTRUCCIONES RELATIVAS AL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT).

Norma: CIRCULAR EXTERNA NÚMERO 000003 DEL 24 MAY 2018
Ente: SUPERSALUD - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Asunto: INSTRUCCIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS ORGANIZACIONALES - CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO IPS DE LOS GRUPO C1 Y C2.

Norma: CIRCULAR EXTERNA 20211700000004-5 DEL 15 SEP 2021

Ente: SUPERSALUD - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Asunto: 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.

Gestión de Riesgos - Subsistemas de Administración de Riesgos de forma individual. Gobierno Corporativo.

1. Subsistema de Gestión del riesgo en salud.
2. Subsistema de Gestión del riesgo operacional.
3. Subsistema de Gestión del riesgo actuarial.
4. Subsistema de Gestión del riesgo de crédito.
5. Subsistema de Gestión del riesgo de liquidez.
6. Subsistema de Gestión del riesgo de mercado de capitales.
7. Subsistema de Gestión del riesgo de grupo.
8. Subsistema de Gestión del riesgo lavado de activos y financiación del terrorismo.
9. Otros riesgos: Subsistema de Gestión del riesgo de fallas de mercado.
10. Otros riesgos: Subsistema de Gestión del riesgo reputacional.

Norma: CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DEL 17 SEP 2021

Ente: SUPERSALUD - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Asunto: INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS AL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF) Y MODIFICACIONES A LAS CIRCULARES EXTERNAS 018 DE 2015 JUNTA DIRECTIVA - COMITÉ DE RIESGOS.

NUEVAS MEDIDAS: Complementarias a la circular 3-2018 (107).

SARLAFT-FPADM: Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.

SICOF: Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.

Norma: CIRCULAR EXTERNA 2022151000000053-5 DEL 5 AGO 2022

Ente: SUPERSALUD - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Asunto: 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.

MODIFICA MEDIDAS: 105, 106 y 107 de la circular 3-2018 (107).

NUEVAS MEDIDAS: Complementarias a la circular 3-2018 (107) 111 a 113.

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL – PTEE.

Norma: LEY 1712

Fecha: 6 MAR 2014

Ente: CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Asunto: POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA LA LEY DE TRANSPARENCIA Y DEL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA NACIONAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. ITA – SISTEMA DE INFORMACIÓN DE TRANSPARENCIA.

Norma: RESOLUCIÓN 2024060000475

Fecha: 11 ENERO 2024

Ente: GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Asunto: INSTRUCCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN OBLIGATORIA DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL (“PTEE”) PARA LAS ENTIDADES SIN ÁNIMO DE LUCRO DOMICILIADAS EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA.

C/ST: Corrupción y soborno transnacional.

Y demás normas que se emitan.

**SOLICITUD POR PARTE DE LA GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA DEL
PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL
(PTEE-I).**

Para dar cumplimiento a la resolución número 2024060000475 del 11 de enero de 2024 de la Gobernación de Antioquia donde se solicita tener un programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) para las entidades sin ánimo de lucro (ESAL) cuya competencia de inspección, vigilancia y control corresponde a la Gobernación de Antioquia, donde solicitan el siguiente programa como mínimo:

- a) La política de cumplimiento.
- b) Una matriz de riesgos que incorpore la identificación y la evaluación de los riesgos de corrupción y de soborno transnacional detectados y los controles a implementar.
- c) Las políticas y procedimientos generales para la gestión del riesgo de C/ST.
- d) Un protocolo que incluya reglas para:
 - La entrega y ofrecimiento de regalos o beneficios a terceros.
 - La autorización o reconocimiento, a cualquier persona, de gastos relacionados con actividades de entretenimiento, alimentación, hospedaje y viaje.

- Las contribuciones políticas de cualquier naturaleza realizadas con cargo a recursos de la ESAL, sean monetarios o de cualquier tipo.
- e) Mecanismos de debida diligencia para verificar el origen de recursos de donantes o cooperantes, sean habituales u ocasionales.
- f) Mecanismos y normas de auto-control y auditoría. Exista o no la figura del revisor fiscal, la entidad debe establecer acciones para verificar la fidelidad de la contabilidad, adelantar ejercicios internos de inspección y, en general, adoptar medidas que garanticen un cuidado constante sobre sus bienes y valores, tales como:
 - La definición de los deberes específicos de las personas que estén expuestas al riesgo de C/ST, destinados a su prevención.
 - El establecimiento de un procedimiento interno de investigación y sanción, que respete las garantías procesales y las normas laborales o contractuales, para atender las posibles infracciones al PTEE cometidas por cualquier agente de la entidad o por un tercero.
 - La definición y socialización de un canal para permitir que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, sobre actividades sospechosas relacionadas con el riesgo de C/ST.
 - Para los riesgos de soborno transnacional, se debe definir un procedimiento de archivo y conservación de documentos relacionados con los negocios, donaciones o transacciones internacionales, en los que esté involucrada o sea beneficiaria la ESAL.
 - Establecer los mecanismos para la divulgación y seguimiento al programa al interior de la ESAL.

5. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I) DEL INDEC.

El programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) se establece para lograr una adecuada adherencia en las normas éticas reguladas por el cumplimiento de sus estatutos, sus reglamentos, su direccionamiento estratégico, su código de ética y de buen gobierno, su código de integridad y sus valores corporativos; los cuales están directamente relacionados con las mejores prácticas de transparencia que incluye normas internas de auditoría y mecanismos enfocados a prevenir situaciones de corrupción, de opacidad y de fraude (COF) así como el soborno y el soborno transnacional (ST) según el artículo 30 de la Ley 1778 de 2016 del Congreso de la República.

5.1. VOCABULARIO.

Corrupción: Abuso del poder encomendado para obtener beneficios particulares, propios o de terceros. Para una mejor comprensión de esta práctica, debe entenderse

que la dimensión del concepto inquiero una triada que devela la complejidad del mismo como fenómeno, a saber:

El “mal uso del poder” que da cuenta de un comportamiento que contraviene principios o normas éticas o legales;

Por “poder encomendado” se da a entender que este puede darse tanto en el sector público como en el privado, y que es practicado por personas que tienen incidencia sobre la toma de decisiones y la administración de bienes públicos-privados y, por último;

El “beneficio particular” implica una desviación del beneficio público-privado o colectivo hacia los beneficios personales, tanto para quien hace mal uso del poder como para miembros de su familia, amigos, grupos económicos o partidos políticos¹.

Fraude: Consiste en una acción que resulta contraria a la verdad y a la rectitud, el fraude se comete en perjuicio de una persona u organización, también es considerado como la utilización de una conducta deshonesta o engañosa con el fin de obtener alguna injusta ventaja sobre otra persona u organización².

Soborno: “Una oferta, promesa, entrega, aceptación o solicitud de una ventaja indebida de cualquier valor (que puede ser de naturaleza financiera o no financiera), directamente o indirectamente, e independiente de su ubicación, en violación de la ley aplicable, como incentivo o recompensa para que una persona actúe o deje de actuar en relación con el desempeño de las obligaciones de esa persona”³ 4. 5 Sin perjuicio de los procesos de riesgo identificados por el Comité de Conducta o los Comités

¹ Guía para la gestión de riesgos de corrupción en entidades del sistema de salud colombiano - Agosto de 2019 Versión 2 Página 6.

² La Política Anticorrupción y Antifraude está diseñada bajo el marco de referencia de control interno establecido por el Committee of Sponsoring Organizations (COSO) of the Treadway Commission, con el propósito de facilitar el control y la gestión sobre los eventos de fraude y corrupción.

³ Organización Internacional de Normalización - ISO 37001:2016 Anticorrupción y ética empresarial, para hacer frente al soborno desde las organizaciones, aplica para cualquier tipo de empresa y cualquier sector (pública, privada, pequeña, grande, nacional, multinacional, etc.).

https://www.iso.org/obp/ui/#iso:code:37001:2016:antisoborno.pdf?utm_campaign=ISO%2037001&utm_medium=email&_hsenc=p2ANqtz-oYVlh8dnA1qqp2hrUx88HlDmJfIRZnndH5QE1kY0TKIFCv4BDTXHkYV89A7fHLd7CyuglUBTMWdGjszqWjRv_L3z5A&_hsmi=72711756&utm_content=72711756&utm_source=hs_automation&hsCtaTracking=b9acd1d1-e325-42c2-b606-f07946c64e12%7C4f9d758f-324b-41cd-8dac-ed79fe37fb13

Ejemplos emblemáticos: caso de Odebrecht o el de la FIFA.

Explicación:

a. Cuando se hace referencia a la “Oferta, promesa, entrega, aceptación o solicitud”, estamos hablando de conductas...

b. Cuando se habla de “ventaja indebida” se refiere a que el corruptor se está valiendo de una ventaja que posee como persona, para poder acceder a un beneficio. En este caso esa ventaja indebida puede darse en forma de favores, dinero, influencia, olvido (de una determinada acción del pasado), beneficios (viajes, bienes, pagos...), etc. A fin de cuentas, se está llevando a cabo una acción de soborno. Hay diferentes maneras de mencionar el soborno: flagelo, mordida, mascada, coima, etc.

c. Cuando hace referencia “una persona actúe o deje de actuar”. En este caso nos vamos a encontrar con lo que sería la conducta activa o pasiva de una persona para cometer un delito: - Activa quiere decir que ejecuta, es decir que lleva a cabo una determinada acción para obtener una determinada ventaja. - Por su parte, una acción pasiva significa que deja de ejecutar una acción para propiciar esa ventaja indebida. Un ejemplo de esto, sería el de un determinado trabajador que no hace nada cuando una persona viola una norma o límite de la compañía, es decir, permanece pasivo ante la situación, dejando de ejecutar su responsabilidad.

Normas ISO 9001 (para los Sistemas de Gestión de Calidad), 14001 (para los Sistemas de Gestión Medioambiental), ISO 27001 (para los Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información) y 45001 (para los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo), ISO 37001 (para, el soborno).

⁴ Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción, de acuerdo a las directrices dadas por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República de Colombia o la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). <http://www.anticorruption.gov.co/SiteAssets/Paginas/Publicaciones/guia-empresas-colombia.pdf>

⁵ Adoptado y adaptado de las medidas 107 que abarca la Circular Externa número 000003 del 24 de Mayo de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud. M. 55.

Institucionales, se definen políticas claras para prevenir o controlar los siguientes comportamientos⁶:

a) Soborno a funcionarios del Estado o particulares delegados para el ejercicio de funciones públicas y/o privadas⁷.

b) Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la Institución o de una persona natural.

c) Cualquier alteración de registros contables para realizar un fraude, soborno u otros actos indebidos.

d) Uso de terceras partes, esto es, agentes externos, consultores y otros intermediarios en posibles esquemas de soborno.

e) Riesgo de corrupción respecto de posibles socios de negocio: Uniones temporales de negocio, consorcios, subsidiarias, fusiones y adquisiciones, entre otros.

f) Pagos monetarios y/o en especie para agilizar procesos y trámites (pagos de facilitación).

g) Pagos monetarios y/o en especie por la captación preferente e indebida de pacientes.

h) Donaciones filantrópicas y contribuciones caritativas que tengan por finalidad realizar fraudes al sistema (como descapitalizarse a evitar embargos, entre otros actos).

i) Otras áreas de alto riesgo, como contribuciones políticas ilegales, conflictos de interés, compromisos de compensación, el uso de recursos de la seguridad social en salud para otros fines diferentes a ella, y todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del SGSSS.

Soborno Transnacional (ST): Es la conducta establecida en el artículo 30 de la Ley 1778 de 2016, o en la norma que la sustituya: “Artículo 30. Soborno transnacional. El artículo 433 del Código Penal quedará así: El que dé, prometa u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, sumas de dinero, cualquier objeto de valor pecuniario u otro beneficio o utilidad a

⁶ Esto, en línea con lo dispuesto en la sección 3.3.1 del documento: Secretaría de Transparencia. (2016). Guía para empresas en Colombia. ¿Cómo y por qué implementar un Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción? Bogotá D.C.: Presidencia de la República.

⁷ Por ejemplo, las empresas privadas que hacen visitas a nombre de una entidad de control en virtud de un contrato.

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.”

5.2. ELEMENTOS DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I) DEL INDEC.

A) POLÍTICA DE CUMPLIMIENTO DEL INDEC.

El INDEC establece la siguiente política cumplimiento, la cual es aprobada por el Consejo de Administración del INDEC.

VER ANEXO 3:

-POLÍTICA DE CUMPLIMIENTO.

**B) MATRIZ DE RIESGOS QUE INCORPORA LA IDENTIFICACIÓN Y LA
EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN (C) Y DE SOBORNO
TRANSNACIONAL (ST) DETECTADOS Y LOS CONTROLES EN EL INDEC.**

Para la elaboración de la matriz de riesgos, el INDEC ha identificado los siguientes riesgos e implementado los respectivos controles:

RIESGO	CAUSAS	CONTROLES
Obviar algún requisito del procedimiento de Selección de proveedores (documentación y precios) para proveedores de insumos de compra internacional, queriendo favorecer al proveedor. (Soborno Transnacional)	Falta de adherencia a los lineamientos del INDEC en el proceso de selección de proveedores.	Una vez realizada la selección del proveedor, el Jefe de Compras y Suministros, debe hacer una verificación de toda la información suministrada
	Intereses particulares, que no están alineados con las políticas del INDEC y el Código de Ética y de Buen Gobierno.	Pasar la información del posible proveedor a la Oficial de Cumplimiento para que se encargue de hacer la Debida Diligencia.
	Favorecer al proveedor para beneficio personal del comprador.	Todos los contratos con proveedores de bienes y servicios deben contar con el visto bueno del Director General, Director Administrativo y Financiero y de Jurídica.
Desvío o mal uso de recursos provenientes de donaciones o cooperación nacional o internacional.	Omitir realizar la debida diligencia a los donantes.	Realizar una debida diligencia sobre el origen y el destino de los recursos, verificar la idoneidad y reputación de los donantes o cooperantes.
	Cuando un empleado recibe la solicitud de una posible donación, no informe al Oficial de cumplimiento para que este realice la debida diligencia	
Incumplimiento premeditado en las responsabilidades de ley del Oficial de Cumplimiento para favorecer una Contraparte	Conflicto de intereses al momento de realizar la debida diligencia con las Contrapartes.	Nombrar una persona idónea para cumplir a cabalidad todas las responsabilidades de ley como Oficial de Cumplimiento
Operaciones con naciones con altos índices de percepción de corrupción (Riesgo País)	Necesidad algún insumo, repuesto, tecnología, prestación de un servicio de investigación, entre otros, que solo su procedencia sea de un país con un índice alto corrupción	Debida diligencia ampliada al Tercero que se encuentra en el país con percepción de corrupción. Actualización constante en temas de corrupción tanto a nivel Colombia como otros países
Realización de prácticas corruptas para efectos de agilizar un trámite en particular; Cuando las reglamentaciones locales exigen una gran cantidad de permisos, licencias y otros requisitos regulatorios para el desarrollo de cualquier actividad económica (Riesgo sector económico)	Omitir requisitos de ley con practicas antiéticas, para facilitar la obtención de un resultado.	Gestionar una constante capacitación del PTEE, SICO y SARLAFT-FPADM a todos las partes interesadas (Terceros), con el respaldo del Consejo de Administración y la Alta Gerencia
	Momentos coyunturales (urgentes) que conlleven a saltarse requisitos para disminuir tiempos.	
Colaboración con Contratistas que estén estrechamente relacionados con funcionarios del alto gobierno de un país en particular que requieran de intermediarios para la celebración de un Negocio o Transacción Internacional, conforme a las normativas locales. (Riesgos de terceros)	Necesidad de un intermediario en las adquisiciones de algún recurso (Tecnología) o para poder prestar un servicio a pacientes internacionales, para lograr la contratación.	Debida diligencia ampliada para aplicar al Intermediario con el tercero.
Posibilidad de que una persona natural o jurídica, directa o indirectamente dé, ofrezca o prometa a un Tercero o a un Empleado de la Institución sumas de dinero, pagos de gastos de entretenimiento, regalos, objetos de valor pecuniario o cualquier beneficio o utilidad a cambio de que dicha persona realice, omita o retarde cualquier actividad. (Riesgo Soborno)	Trámites que se requieren resolver de forma inmediata.	Gestionar la estandarización de todos los procesos para implementarlos de forma oportuna, ejemplo: Convocatorias a Proveedores, Manual de Responsabilidades, Control de Inventarios, Control de pagos de las obligaciones financieras, entre otros.
	Trámites muy complejos.	
	Falta de estandarización de los procesos principales de la Institución: Compras, Tesorería, Cartera, Farmacia, Contratación, Gestión Humana, entre otros. Concentración de compra de bienes o servicios a un mismo proveedor por varios años.	Socialización a contrapartes del Direccionamiento Estratégico, incluyendo valores institucionales, código de buen gobierno y de ética, código de integridad, política SARLAFT-FPADM y SICO, Programa de ética empresarial (PTEE).
Incumplimiento de los Estatutos de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia INDEC	Falta de adherencia a lo contemplado en los estatutos.	Socialización periódica mínimo anual a los miembros del Consejo de Administrativas y a la Alta Gerencia de los Estatutos
Uso indebido del poder para influenciar en los resultado de procesos electorales	Conflicto de intereses. Aversión al cambio por buenos resultados obtenidos históricamente	Adherencia a todas las políticas institucionales y valores corporativos
Contratación de un empleado con antecedentes judiciales de Corrupción y Soborno Transnacional.	No realizar la Debida Diligencia a un empleado antes de iniciar la contratación	Consulta de antecedentes judiciales y declaración de origen de ingresos empleados neurológico SARLAFT/FPADM al ingreso a la Institución; para realizar la respectiva validación de antecedentes y listas vinculantes, la cual se actualiza cada año mientras dure la relación contractual.
Influir o ser influenciado indebidamente por funcionarios públicos extranjeros o nacionales para obtener beneficios o ventajas indebidas.	Que algún empleado tenga intereses ajenos a las políticas del INDEC	Abstenerse de ofrecer o recibir cualquier tipo de dádiva, regalo, favor, viaje, hospedaje u otro beneficio que pueda comprometer la imparcialidad o la integridad de las partes involucradas, informar a las direcciones del INDEC sobre cualquier situación que pueda generar un conflicto de interés o una presión indebida.
		Denunciar ante las autoridades competentes cualquier intento o acto de corrupción o soborno.

C) POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN (C) Y SOBORNO TRANSNACIONAL (ST) EN EL INDEC.

El INDEC recopila las normas éticas y las mejores prácticas organizacionales de transparencia para establecer los lineamientos donde prohíbe la corrupción, el soborno y el soborno transnacional en todas sus formas.

En consecuencia, todos los empleados del INDEC no deben, directa o indirectamente, ofrecer, autorizar, solicitar, dar o recibir nada de valor a ninguna persona u organización para obtener o retener negocios, o para influir en alguna decisión. Es decir, para obtener o asegurar cualquier tipo de ventaja indebida. Por ejemplo, que un determinado funcionario público realice, omita o retarde algún acto relacionado con sus funciones y en relación con algún negocio o transacción. Cualquier petición u ofrecimiento de soborno deberá rechazarse inmediatamente y comunicársela a las distintas Direcciones del INDEC en los términos establecidos del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

Lineamientos Generales.

Para desarrollar una estructura correcta del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), se debe tener en cuenta las siguientes medidas emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD en la circular externa número 2022151000000053-5 del 5 de agosto de 2022:

Medida 108. ⁸*“El PTEE compilará de manera integral todas las normas internas en materia de prevención y mitigación del riesgo de COF y soborno, así como los principios y valores éticos que cada entidad considere apropiados, para llevar a cabo su operación de manera ética, transparente y honesta. En consecuencia, cualquier modificación al PTEE y a la Política de Gestión de Riesgos, se incorporará de forma detallada y rigurosa en el documento correspondiente de acuerdo con lo aprobado por el órgano competente.”*

Medida 109. ⁹*“La entidad diseñará el PTEE con fundamento en una evaluación exhaustiva de los riesgos de COF y Soborno, y, otras prácticas que cada entidad tenga intención de mitigar. El PTEE debe estar aprobado por la Junta Directiva o quien haga sus veces.”*

Medida 110. ¹⁰*“La entidad detallará en el PTEE los empleados o colaboradores a los que les corresponderá el ejercicio de las facultades y funciones necesarias frente al diseño, implementación y ejecución del PTEE.”*

⁸ Información obtenida de la Circular Externa 2022 2022151000000053-5 de Agosto 8 de 2022 donde refiere “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” Medida 108.

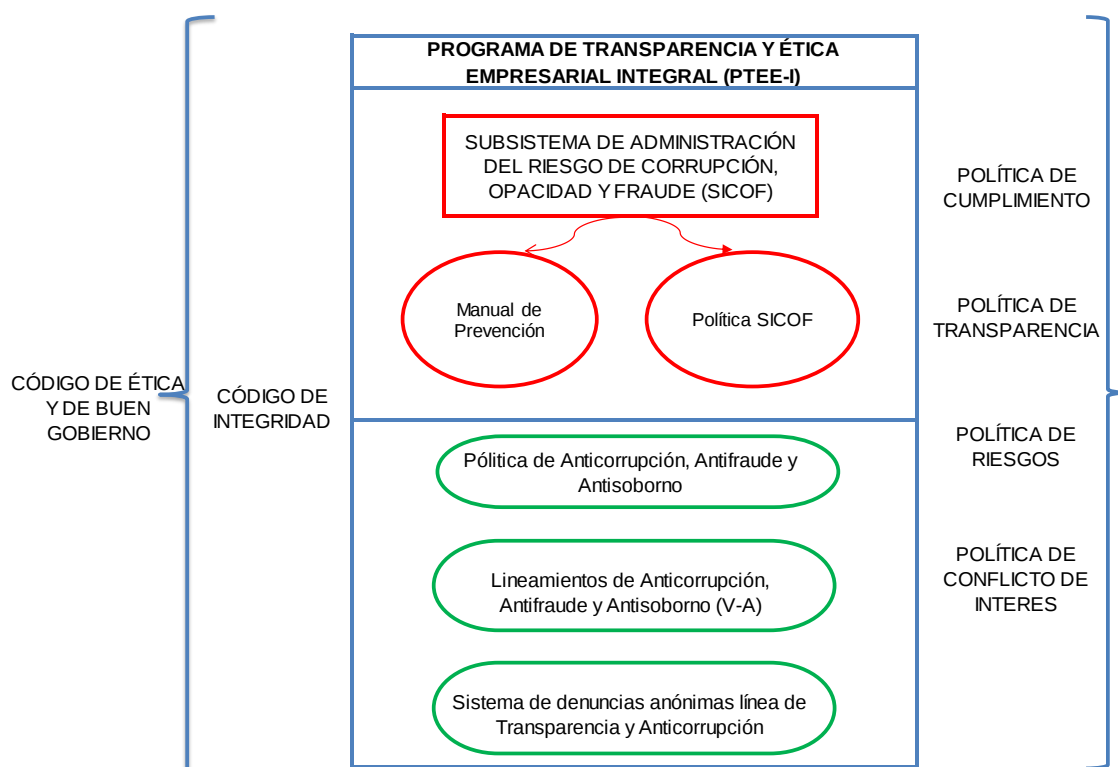
⁹ Ibid. (Ibidem) medida 109.

¹⁰ Ibid. (Ibidem) medida 110.

Medida 111. ¹¹La entidad realizará acciones para poner en marcha el PTEE.

Medida 112. ¹²“La entidad delegará en el Oficial de Cumplimiento o quien haga sus veces, la administración del PTEE. La entidad determina de manera expresa (i) el perfil del administrador del PTEE; (ii) las incompatibilidades e inhabilidades; (iii) la administración de conflictos de interés; y (iv) las funciones específicas que se le asignen a la persona que tenga dicha responsabilidad, adicionales a las establecidas en otras medidas o normas”.

Medida 113. ¹³Además de las funciones que se le asignarán a la persona encargada de la administración del PTEE, se le asignan otras funciones.



El programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) del INDEC está ligado de igual forma a su código de ética y de buen gobierno, y a su código de integridad.¹⁴

¹¹ *Ibid.* (Ibidem) medida 111.

¹² *Ibid.* (Ibidem) medida 112.

¹³ *Ibid.* (Ibidem) medida 113.

¹⁴ *Ibid.* (Ibidem) Medida 108.

Roles y responsabilidades Consejo de Administración.

El Consejo de Administración se encargará de aprobar el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), así como los demás documentos que hagan parte del mismo.¹⁵

Roles y responsabilidades Oficial de Cumplimiento.

El oficial de cumplimiento se encargará de desarrollar, implementar y ajustar a necesidad el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), de acuerdo a la circular externa número 2022151000000053-5 del 5 de agosto de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, de la resolución número 2024060000475 del 11 de enero de 2024 de la Gobernación de Antioquia, y demás normatividades que se emitan.

De igual manera, el INDEC establece que está persona debe poner en práctica todos los lineamientos que se indican en sus reglamentos, su direccionamiento estratégico, su código de ética y de buen gobierno, su código de integridad, sus valores corporativos.

Así mismo siguiendo los parámetros establecidos por la norma, las funciones del Oficial de Cumplimiento en el desarrollo del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) son:

- Presentar con el representante legal, para aprobación del Consejo de Administración la propuesta del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Presentar, por lo menos una vez al año, informes de la gestión del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) al Consejo de Administración. Como mínimo los informes deben contener una evaluación y análisis sobre la eficiencia y efectividad del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) y, de ser el caso, proponer las mejoras respectivas. Así mismo, se deberán demostrar los resultados de esta gestión.
- Velar porque el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) se articule con las políticas de riesgo adoptadas por el Consejo de Administración.
- Velar por el cumplimiento efectivo, eficiente y oportuno del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Garantizar la implementación de canales apropiados para permitir que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, acerca de presuntos incumplimientos del programa de transparencia y ética empresarial

¹⁵ *Ibid.* (Ibidem) Medida 109.

integral (PTEE-I) y posibles actividades sospechosas relacionadas con corrupción, la opacidad y el fraude (COF), de soborno y/o de soborno transnacional (ST).

- Verificar la debida aplicación de la política de protección a denunciantes que el INDEC haya establecido.
- Coordinar el desarrollo de programas internos de capacitación del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Realizar la evaluación del cumplimiento del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) como mínimo una vez al año¹⁶.

Roles y responsabilidades Empleados.

¹⁷Todos los empleados del INDEC se encuentran en la obligación de ejecutar los parámetros establecidos en el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) en cada uno de sus servicios. De igual manera, algunas funciones que están ligadas a las reglas de conducta que orientan a una buena actuación responsable y transparente son:

- Conocer y poner en práctica todas las indicaciones que se detallan en el código de ética y de buen gobierno, y en el código de integridad.
- Conocer la documentación que se tiene relacionada con la lucha contra la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y/o el soborno transnacional (ST).
- Cumplir con cada uno de los parámetros establecidos en las siguientes políticas del INDEC:

- Política de Anticorrupción, Antifraude y Antisoborno.
- Política de Transparencia.
- Política SARLAFT-FPADM.
- Política SICOF.
- Política de Riesgo.
- Política de Conflicto de intereses. -Política de Confidencialidad.
- Política de Protección y Control de los Recursos.
- Política de la Gestión Integrada.
- Política para el Manejo de Efectivo.
- Entre otras.

¹⁶ *Ibid.* (Ibidem) Medida 113.

¹⁷ *Ibid.* (Ibidem) Medida 110.

VER ANEXO 4:

-POLÍTICAS CONTRA LA CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (COF), DE SOBORNO Y DE SOBORNO TRANSNACIONAL (ST).

Política de Anticorrupción, Antifraude y Antisoborno.

Política de Transparencia.

Política SARLAFT-FPADM.

Política SICOF.

Política de Riesgo.

Política de Conflicto de intereses.

Política de Confidencialidad.

Política de Protección y Control de los Recursos.

Política de la Gestión Integrada.

Política para el Manejo de Efectivo.

- Acatar todas las directrices del INDEC relacionadas con los siguientes documentos:

-El “Manual de Prevención del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF)”.

-El “Manual de Procedimientos y Políticas del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPDAM)”.

-El código de ética y de buen gobierno.

-El código de integridad.

Y demás que se presenten en el INDEC.

VER ANEXO 5:

-“MANUAL DE PREVENCIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)”.

-“PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICAS DE SARLAFT- FPADM”.

-EL CÓDIGO DE ÉTICA Y DE BUEN GOBIERNO.

-EL CÓDIGO DE INTEGRIDAD.

- Poner en práctica los parámetros establecidos en el “Sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”.

VER ANEXO 6:

-“SISTEMA DE DENUNCIAS ANÓNIMAS LÍNEA DE TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN”.

- Comprometerse con el INDEC en la lucha contra la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST).
- Firmar el “COMPROMISO EMPLEADOS CON EL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)”.

VER ANEXO 7:

-“COMPROMISO EMPLEADOS CON EL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)”.

- Estar al tanto de posibles prácticas que afecten la reputación del INDEC y que sean inusuales entre sus colegas.
- Mantener su información clara y transparente a disposición de las personas implicadas.

Procedimientos generales para la gestión del riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST) en el INDEC.

El programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) del INDEC compila diferente información que está asociada con las buenas prácticas empresariales, así como con el código de ética y de buen gobierno y el código de integridad.

Para la identificación, evaluación, control y monitoreo de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude (COF), el INDEC cuenta con el “MANUAL DE PREVENCIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (SICOF)” y se complementa con los “LINEAMIENTOS DE ANTICORRUPCIÓN, ANTIFRAUDE Y ANTISOBORNO”.

VER ANEXO 8:

-“LINEAMIENTOS DE ANTICORRUPCIÓN, ANTIFRAUDE Y ANTISOBORNO”.

Los anteriores documentos, se desarrollan en base a la circular externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, que hace referencia en parte a los diferentes elementos que se deben desarrollar para la lucha contra dichos riesgos. A su vez, se integran dentro del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), y que es uno de los pilares fundamentales para una correcta gestión interna y la transparencia del INDEC

en materia de lucha contra la corrupción, la opacidad y el fraude (COF) así como el soborno y el soborno transnacional (ST).

Es primordial, tener en cuenta que, para una correcta evaluación de los riesgos, se implementa una matriz de riesgo, la cual le permite al INDEC, conocer una vez identificados los posibles riesgos que se puedan presentar, cual es la probabilidad y frecuencia que estos riesgos se presenten. Una correcta evaluación de los riesgos, le permite al INDEC, prevenir o minimizar pérdidas y diferentes situaciones que afecten su reputación, así como sostener y fortalecer la transparencia y buenas prácticas en cada uno de sus empleados y procesos. De esta manera, se tienen en cuenta los riesgos de corrupción, la opacidad y el fraude (COF) así como el soborno y el soborno transnacional (ST), relacionados dentro de la matriz de riesgos del software del INDEC; adicionalmente, también se cuenta con los riesgos dentro del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), en caso de generar modificaciones y/o adicionar posibles riesgos, estos estarán ligados con los parámetros que se presenten tanto en este, como en los diferentes documentos asociados.¹⁸

Para una correcta evaluación del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), es importante revisar periódicamente, los riesgos asociados a la corrupción, la opacidad y el fraude (COF) así como el soborno y el soborno transnacional (ST), con la expectativa de implementar nuevos controles, o en su defecto desescalar los riesgos asociados al INDEC. Esta evaluación es periódica y se encuentra a cargo del oficial de cumplimiento.

Al igual que las respectivas evaluaciones a cada uno de los riesgos que se asocian dentro del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), existen unos controles los cuales permiten mitigar y/o eliminar posibles amenazas o pérdidas en los que pueda estar involucrado el INDEC.

A estos controles, se les realiza su debido monitoreo y en caso de que se requiera indagar más al respecto, el INDEC tiene a disposición esta información, la cual ayuda a la implementación del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) y sus parámetros establecidos según la norma. Cabe recalcar, que es importante mantener una cultura transparente, por lo que todos los empleados y directivos tienen acceso a la revisión de esta información dentro de cada uno de los procesos, para estar al tanto de las actividades que se realizan en materia de prevención en caso de que se presenten posibles riesgos dentro de sus servicios.

¹⁸ *Ibid.*, (Ibidem) Medida 109.

Compromiso prevención del riesgo de corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST).¹⁹

El INDEC cuenta con un formato llamado “COMPROMISO EMPLEADOS CON EL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)”

El anterior documento, se les entrega a todos los empleados para que ayuden con la lucha contra la corrupción, la opacidad, el fraude (COF) y el soborno y el soborno transnacional (ST). De igual forma, también se comprometen a actuar de manera transparente y honesta en el desarrollo de sus labores.

Aunado a esto, el INDEC cumple también con los estándares de calidad y transparencia, dando por certeza el compromiso con el código de ética y de buen gobierno, y con los parámetros establecidos en el sector que avalan el buen actuar frente a los clientes, proveedores, contratistas, pacientes y demás grupos de interés (internos y externos).

Acciones por incumplimiento del compromiso.²⁰

Los empleados y directivos que incumplan las disposiciones previstas por la normatividad legal vigente relacionada con el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), serán responsables por tales acciones u omisiones y en consecuencia se harán acreedores a las sanciones que se estimen pertinentes.

Es responsabilidad del INDEC, verificar que los funcionarios cumplan a cabalidad con las instrucciones impartidas y que cualquier información relacionada con el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), se ponga de manera inmediata en conocimiento del oficial de cumplimiento.

El incumplimiento o violación a las políticas y normas relacionadas con el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), constituye una falta grave. En consecuencia y en los casos a los que haya lugar, se aplicarán los procedimientos y las sanciones establecidas que podrán constituir justa causa para la terminación del contrato de acuerdo con el reglamento interno de trabajo.

¹⁹ *Ibid.* (Ibidem) Medida 111.

²⁰ *Ibid.* (Ibidem) Medida 111.

Mecanismos para reportar.

El INDEC cuenta con el “Sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”

El anterior sistema permite reportar sospechas o denuncia de información asociada a los reportes de corrupción, de opacidad y de fraude (COF), de soborno y de soborno transnacional (ST), además de temas que afecten la transparencia del INDEC y que genera inconformidades con los pacientes, clientes, proveedores y los diferentes grupos de interés (internos y externos).

Así mismo, el oficial de cumplimiento y el área de control interno están a disposición de atender cualquier consulta relacionada con la información que se encuentra acá suministrada y que ayude en su caso, a la lucha contra la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST), dando indicaciones que puedan ser tenidas en cuenta en las áreas convenientes.

**D) LINEAMIENTOS PARA REGALOS, VIÁTICOS Y CONTRIBUCIONES
POLÍTICAS EN EL INDEC.**

- La entrega y ofrecimiento de regalos o beneficios a terceros.
- La autorización o reconocimiento, a cualquier persona, de gastos relacionados con actividades de entretenimiento, alimentación, hospedaje y viaje.
- Las contribuciones políticas de cualquier naturaleza realizadas con cargo a recursos de la ESAL sean monetarios o de cualquier tipo.

El programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) se complementa con el documento normalizado en el INDEC “LINEAMIENTOS PARA REGALOS, VIÁTICOS y CONTRIBUCIONES POLÍTICAS” y así evitar los riesgos asociados a la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), así como el soborno y el soborno transnacional (ST).

VER ANEXO 9:

-“LINEAMIENTOS PARA REGALOS, VIÁTICOS y CONTRIBUCIONES POLÍTICAS”.

E) MECANISMOS DE DEBIDA DILIGENCIA PARA VERIFICAR EL ORIGEN DE RECURSOS DE DONANTES O COOPERANTES, SEAN HABITUALES U OCASIONALES EN EL INDEC.

Los mecanismos de verificación de donantes o cooperantes tienen por objetivo garantizar que los recursos recibidos por el INDEC provengan de fuentes lícitas y éticas.

La debida diligencia del INDEC, se encuentra orientada a identificar y evaluar los riesgos de corrupción y/o soborno transnacional que se encuentren relacionados en el momento de que alguien manifieste querer realizar una donación e identificar de dónde provienen estos recursos, ya que esto puede representar un riesgo para el INDEC.

Procedimiento de verificación de recursos.

- Solicitar a los donantes o cooperantes información sobre su identidad, domicilio, actividad económica, origen lícito de los recursos y finalidad de la donación o cooperación para que la oficial de cumplimiento realice la validación en las listas restrictivas.
- Verificar la información proporcionada mediante fuentes públicas confiables, como en las bases de datos oficiales, para evitar riesgos de lavados de activos y financiación del terrorismo.
- Si existen señales de alerta sobre el origen de los fondos, el oficial de cumplimiento llevará a cabo una investigación adicional, en fuentes públicas y privadas, para obtener la información necesaria para tomar una decisión informada.
- Rechazar las donaciones o cooperaciones que provengan de fuentes ilícitas, dudosas o incompatibles con los fines y valores del INDEC e informar a las autoridades competentes.
- Conservar la información obtenida durante el tiempo que establezca la ley o el contrato respectivo.

Lista de señales de alerta.

- Donantes o cooperantes con antecedentes de actividades ilegales, de corrupción o de soborno transnacional.
- Donantes o cooperantes que se nieguen a proporcionar información básica, por ejemplo, su identificación, domicilio, representantes legales, origen de sus recursos y beneficiarios finales (si aplica), o que proporcionen información incompleta o poco clara.
- Falta de documentación adecuada para respaldar el origen de los fondos.

- Donaciones excesivamente grandes, inesperadas o inusuales.
- Donantes o cooperantes que solicitan un trato preferencial a cambio de su donación.
- Donantes o cooperantes sin una conexión clara con el INDEC.

Decisión de aceptación o rechazo.

- El oficial de cumplimiento evaluará la información obtenida. En caso de detectar señales de alerta, deberá discutir el caso con las Direcciones antes de tomar una decisión final sobre la aceptación o rechazo de la donación.
- Si existen dudas razonables sobre la legalidad o procedencia ética de los fondos, se rechazará la donación.

F) MECANISMOS Y NORMAS DE AUTOCONTROL Y AUDITORÍA EN EL INDEC.

El INDEC establece acciones para verificar la fidelidad de la contabilidad, adelanta ejercicios internos de inspección y, en general, adopta medidas que garantizan un cuidado constante sobre sus bienes y valores, tales como:

ESTATUTOS DEL INDEC:

VER ANEXO 10:

-ESTATUTOS DEL INDEC.

Dentro de los estatutos del INDEC se tiene establecido la obligatoriedad de tener los siguientes órganos de administración con sus respectivas funciones, los cuales funcionan a cabalidad y acorde a ley.

Un Consejo de Administración.

Un Director General.

Un Subdirector.

Un Director Administrativo y Financiero.

Un Director Médico.

La Revisoría Fiscal.

VER ANEXO 11:

-CERTIFICACIÓN DE LA REVISORÍA FISCAL.

El Consejo de Administración se reunirá ordinariamente cada dos meses y extraordinariamente cuando sea convocado por el Director General, la Revisoría Fiscal, o por dos (2) de sus miembros.

Área contable:

El área contable mes a mes tiene procedimientos que le permiten cumplir con mecanismo de control que garantizan que la información es la reportada de cada uno de los módulos respectivos.

Todos los días las diferentes áreas envían los comprobantes contables que son revisados uno a uno para poder registrarlo en la contabilidad, en el momento en que presenta alguna diferencia se habla con el área respectiva y se busca por qué se presenta la inconsistencia y se procede a corregir o realizar el ajuste pertinente.

Adicional a este proceso se realiza conciliación mensual de diferentes módulos entre los cuales se tiene tesorería, cuentas por cob

rar, cuentas por pagar, inventarios, nómina, facturación, nomina entre otros.
Se realiza seguimiento a costos y gastos a través de las aprobaciones presupuestales y la ejecución del costo y el gasto.

Se aplican los principios y estándares contables reconocidos nacional e internacionalmente, que permiten reflejar la realidad económica y financiera del INDEC.

Los estados financieros del INDEC son elaborados de acuerdo con la Norma de Contabilidad de Información Financiera aceptada en Colombia (NCIF), establecidas en la ley 1314 de 2009 y decretos reglamentarios 3022 de 2013, Decreto Único Reglamentario 2420 de 2015, modificado por el Decreto 2496 de 2016.

Las cifras de los Estados Financieros se presentan en pesos colombianos de acuerdo con el art.6 de la ley 31 de 1992 y de acuerdo con el código de comercio en los art 37 de la ley 222 de la de 1995 y 208 numeral 4.

Las cifras presentadas por el INDEC en sus estados financieros son obtenidas de manera directa y fiel del sistema contable, a nivel de registro transaccionalmente y sin que dé lugar a registros por diferencias de conversión, de acuerdo a los artículos 48 y 52 del código de comercio el INDEC se encuentra obligado a llevar contabilidad y a presentar estados financieros, teniendo en cuenta el decreto 2420 de 2015 el cual dispone que el decreto 2649 de 1993 continuará vigente en lo no regulado en los marcos técnicos de información financiera bajo NIIF, los estados financieros serán presentados al Consejo de administración del INDEC para ser aprobados y presentados a clientes y proveedores.

El INDEC prepara sus estados financieros individuales al cierre de cada ejercicio anual terminado el 31 de diciembre de cada año, comparativos con el mismo corte del periodo anterior, incluyendo la información descriptiva y narrativa en las notas.

Conjunto completo de los Estados financieros Individuales y Período Contable

Los Estados financieros Individuales de la fundación son los siguientes:

- a) Estado de Situación Financiera Individual por los periodos terminados al 31 de diciembre de cada año, comparativos con el mismo corte del periodo anterior.
- b) Estado de Resultado Integral único Individual que muestra todas las partidas para determinar el resultado integral del periodo, por los periodos terminados al 31 de diciembre de cada año, comparativos con el mismo corte del periodo anterior.

- c) Estado de Flujos de Efectivo Individual por los periodos terminados al 31 de diciembre de cada año, comparativos con el mismo corte del periodo anterior por el método Indirecto.
- d) Estado de cambios en el patrimonio al 31 de diciembre de cada año, comparativos con el mismo corte del periodo anterior.
- e) Revelaciones (notas) a los estados financieros individuales.

Control interno:

El sistema integrado de control interno está diseñado por el conjunto de principios, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el Consejo de Administración, la Alta Gerencia y demás empleados del INDEC, para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos:

- (i) La efectividad, la seguridad y la eficiencia de las operaciones.
- (ii) La confiabilidad y la transparencia de la información de salud y financiera.
- (iii) El cumplimiento de las leyes y normas que sean aplicables.
- (iv) El salvaguardar los recursos.
- (v) El seguimiento y verificación de lo relacionado con las normas vigentes en materia de garantía de la calidad.

En consecuencia, se concibe y se organiza de tal manera que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de todos los cargos existentes en el INDEC, y en particular de las asignadas a aquellos que tengan responsabilidad de mando, para mantener actuaciones de gobernanza, transparencia y ética empresarial que favorezcan la consecución de los objetivos estratégicos.

Informe de gestión:

Se presenta un informe de gestión anual al Consejo de Administración y grupos de interés (internos y externos) para revisar el cumplimiento de los objetivos del INDEC y los diferentes proyectos ejecutados y en ejecución.

F1) Deberes específicos de las personas que están expuestas al riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST), destinados a su prevención en el INDEC.

Dentro del cumplimiento del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), se define que las siguientes personas estén expuestas al riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST):

El Representante Legal
El Consejo de Administración
El Oficial de cumplimiento.
La Revisoría Fiscal.

Representante legal:

- Velar porque el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) se articule con la Política de Cumplimiento aprobada por el Consejo de Administración.
- Presentar para la aprobación o improbación del Consejo de Administración la Política de Cumplimiento y la propuesta del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Publicar el del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) que apruebe el Consejo de Administración.
- Cumplir con todas las obligaciones que le establece el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Prestar efectivo, eficiente y oportuno apoyo al oficial de cumplimiento en la dirección, supervisión, monitoreo, y cuando sea el caso, el ajuste del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Velar porque todos los empleados del INDEC conozcan y cumplan con el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Velar porque todos los empleados del INDEC realicen todas sus actuaciones de conformidad con las normas anticorrupción aplicables y con lo establecido en el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Velar porque todas las actuaciones del INDEC con Terceros se realicen de conformidad con las normas anticorrupción aplicables y con lo establecido en el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

Consejo de Administración:

- Aprobar la Política de Cumplimiento.
- Aprobar el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Asegurar el suministro de los recursos económicos, humanos y tecnológicos necesarios para la implementación y ajustes del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

- Revisar los informes que presente el oficial de cumplimiento.
- Ordenar las acciones pertinentes contra cualquiera de los empleados del INDEC cuando infrinjan lo previsto en el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Velar por la divulgación y conocimiento eficaz del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) al interior del INDEC y en los Terceros.
- Las demás que se desprendan de lo establecido en el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

Oficial de cumplimiento:

- Velar porque el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) se articule con la Política de Cumplimiento.
- Velar por el cumplimiento efectivo del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) mediante la efectiva dirección, supervisión, monitoreo, y cuando sea el caso, el ajuste del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Hacer el seguimiento a todos los procedimientos establecidos en el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa a la gestión y prevención del riesgo de corrupción o de soborno transnacional.
- Actualizar la matriz de riesgos, y si es del caso del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), según las necesidades propias del INDEC y de conformidad con los lineamientos del Consejo de Administración establecidos en la Política de Cumplimiento.
- Presentar los proyectos de ajuste del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) al Consejo de Administración para su aprobación.
- Las demás que se desprendan de lo establecido en el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

F2) Procedimiento interno de investigación y sanción, que respeta las garantías procesales y las normas laborales o contractuales, para atender las posibles infracciones al PTEE-I cometidas por cualquier agente del INDEC o por un tercero.

El presente programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) es de obligatorio cumplimiento para todos los empleados del INDEC, así como para todos los Terceros.

En el caso de los empleados del INDEC, su incumplimiento podrá ser causal de terminación del contrato por justa causa en los términos del artículo 62 del Código Sustantivo del Trabajo y demás normas que lo complementen o lo modifiquen.

En caso de estar por prestación de servicios también podrá ser causal de terminación del contrato por justa causa.

Según se determine, la sanción puede consistir en desde un llamado de atención hasta la terminación del contrato.

En todos los casos, la decisión se tomará mediante un procedimiento interno de investigación y sanción, que respete las garantías procesales y las normas laborales o contractuales.

De considerarlo necesario y en los casos que aplique, el Oficial de cumplimiento o el Representante Legal, pondrán en conocimiento de las autoridades competentes la situación ocurrida.

Además de los principios que rigen el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), este procedimiento, que se detalla a continuación, se regirá bajo los principios de presunción de inocencia y confidencialidad.

Cuando el investigado sea el Director General el procedimiento lo adelantará el Oficial de Cumplimiento y la decisión la tomará el Consejo de Administración.

Cuando el investigado sea el Oficial de Cumplimiento el procedimiento lo adelantará el Director General y la decisión la tomará el Consejo de Administración.

Cuando el investigado sea un empleado el procedimiento lo adelantará el Jefe de Gestión Humana y la decisión la tomará el director general.

El debido proceso es el siguiente:

-Identificación de la causa: Toda sospecha de incumplimiento al programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) será investigada.

-Recolección de pruebas: Se deben recolectar pruebas suficientes que demuestren la comisión de la conducta.

-Notificación al investigado: Se notificará al trabajador o contratista o investigado, para que presente los descargos correspondientes.

-Recepción de descargos: El investigador y el encargado de sancionar recibirán los descargos del investigado.

-Decisión: El investigador presentará el caso al decisor quien decidirá la sanción.

-Despido o terminación del contrato: Si la decisión es el despido del trabajador, se le comunicará la carta de despido. En la carta indicando claramente las causas y las razones del despido. Acto seguido se procederá a liquidar el contrato y al pago de los salarios y prestaciones a los que haya lugar.

F3) Definición y socialización del canal que permite que cualquier persona informe, de manera confidencial y segura, sobre actividades sospechosas relacionadas con el riesgo de corrupción (C) y soborno transnacional (ST).

El INDEC cuenta con el “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”, que es un canal de anticorrupción como herramienta diseñada para la denuncia y el reporte de eventuales irregularidades, incumplimientos normativos, eventos de corrupción, la opacidad y el fraude (COF) así como el soborno y el soborno transnacional (ST) que sean identificados por una persona interna o externa al INDEC y que involucren a los grupos de interés (internos y externos), tales como: el Estado, el Consejo de Administración, los empleados y su grupo familiar, los pacientes y sus familias, la alianza de usuarios, el grupo voluntariado hospitalario y de salud, la comunidad, el medio ambiente, la academia, la competencia, los clientes y pagadores, las aseguradoras, los proveedores, las empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, instituciones del sector salud, y demás entes de relacionamiento.

El INDEC tiene un canal exclusivo llamado “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción” a través del correo electrónico:

lineadetransparencia@neurologico.org.co Para el reporte de las denuncias de presuntas irregularidades y a continuación se describen unos datos de interés.

¿Quién es el denunciante?

- El denunciante puede ser persona natural, persona jurídica, formar parte de los grupos de interés (internos y externos).
- El denunciante debe actuar de buena fe, con el propósito de hacer lo correcto, con honestidad y ética.

¿Cuáles son los datos que el denunciante debe incluir en el correo electrónico?

El denunciante en el reporte o sospecha debe incluir la siguiente información de ser posible:

- Datos generales: Información amplia, detallada, con nombres completos de los involucrados en caso de tenerlos, y que presuntamente estén actuando de forma inapropiada.
- Descripción: Relato del tiempo, lugar y modo de la acción u omisión relacionada con el hecho.
- Evidencias: Adjuntar soportes, si se cuenta con ellos, de las presuntas acciones u omisiones.
- Datos del denunciante: Nombre completo, correo electrónico, número de teléfono. Si el INDEC no cuenta con dicha información, no se le puede dar respuesta de las acciones tomadas por la denuncia o sospecha, si aplica.
- Siempre se protegerán los datos del denunciante cuando se relacionen.

¿Qué conductas se pueden denunciar o reportar por el “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”?

- Eventos de fraude, opacidad o corrupción.
- Uso inapropiado de los bienes o activos en el INDEC.
- Presunto robo y/o apropiación de bienes o activos del INDEC.
- Uso inadecuado del cargo para beneficios personales.
- Consumo de sustancias psicoactivas al interior del INDEC.
- Conflictos de intereses. Ejemplo: Buscar beneficio personal en una contratación o evaluación de productos o medicamentos.
- Rompimiento de compromisos y acuerdos de confidencialidad.
- Revelación de información confidencial.
- Uso indebido de la información confidencial.
- Sobornos y malversaciones de pagos.
- Sospechas de comportamientos no adecuados por parte de integrantes del Consejo de Administración, de los directores o de los empleados del INDEC.
- Alteración en facturas, soportes y registros contables.
- Discriminación por trato diferente y perjudicial que se da a una persona por motivos de raza, género, ideas políticas, religión.
- La conducta y/o un hecho ilegal.
- La inobservancia o vulneración de las normas internas o externas, el reglamento interno de trabajo del INDEC, el código de ética y de buen gobierno del INDEC, y el código de integridad del INDEC.
- El incumplimiento a la ética y a la transparencia.
- Violaciones a la ética, a la moral, a los valores corporativos, a la política de transparencia, a la política de anticorrupción, antifraude y antisoborno, a la política de cumplimiento.
- Irregularidades, incumplimientos normativos, eventos de corrupción, de opacidad y de fraude (COF) así como de soborno y de soborno transnacional (ST).

- Irregularidades o actividades sospechosas relacionadas con el lavado de activos, la financiación del terrorismo, la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

Entre otros.

*Este canal se maneja con total reserva y confidencialidad de la información suministrada.

¿Quién puede denunciar o reportar una sospecha por el “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”?

Puede ser denunciada o reportada (informada) por cualquier stakeholders (parte interesada) y grupos de interés (internos y externos), tales como:

- El Estado.
 - El Consejo de Administración.
 - Los empleados y su grupo familiar.
 - Los pacientes y sus familias.
 - La alianza de usuarios.
 - El grupo de voluntariado hospitalario y de salud.
 - La comunidad.
 - La academia.
 - La competencia, los clientes y los pagadores.
 - Las aseguradoras.
 - Los proveedores.
 - Las empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos.
 - Las instituciones del sector salud.
- Y demás entes de relacionamiento.

¿Qué casos no debo denunciar o reportar por el “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”?

- Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones asociados a la experiencia del paciente, que se deben hacer a través del Comité de Experiencia del Paciente PQRSDF en el correo electrónico: experiencia.paciente@neurologico.org.co
- Solicitud de información y de servicios.
- Reporte de acoso laboral y de acoso sexual.

¿Quién es el responsable de investigar y gestionar la denuncia o el reporte recibido en el “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”?

El responsable del “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción” es el jefe de control interno y una vez haya recibido la denuncia o el reporte de la sospecha por el correo electrónico, le notificará inmediatamente por el mismo medio a las siguientes personas:

- Dirección General y Dirección Administrativa y Financiera (si el tema es de su área).
- Dirección General y Dirección Médica (si el tema es de área).
- Dirección General, Dirección Administrativa y Financiera y Dirección Médica (si el tema es relevante para todos).
- Si el caso está asociado con alguno de los anteriores 3 cargos, se le notificará a todo el Consejo de Administración.
- Oficial de Cumplimiento (Si la denuncia es de lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, corrupción, opacidad, fraude, soborno y/o soborno trasnacional).

¿Cómo se inicia el proceso de indagaciones e investigaciones?

El jefe de control interno iniciará las indagaciones e investigaciones (si a ello hay lugar) y adicional, estará atento a las directrices de los directivos previamente informados.

¿Cuáles son los aspectos del proceso de indagaciones e investigaciones?

- Asegurar que los procedimientos para llevar a cabo la indagación, la investigación y la preservación de las pruebas, sean manejados con toda la prudencia, respeto, confidencialidad y objetividad; siempre respetando los derechos de los empleados y siempre protegiendo los datos del denunciante.
- Involucrar según la necesidad a otros servicios para la obtención de datos de contraste.
- Garantizar por parte de las directivas y del jefe de control interno la confidencialidad del denunciante, de la investigación y de su contenido, así como la confidencialidad de las personas involucradas en la investigación y también proteger la identidad de los denunciados y su reputación; informando, tan sólo, a las personas estrictamente necesarias en el proceso como son las directivas o el Consejo de Administración, si aplica.

¿Cuáles son las acciones que se pueden derivar de las indagaciones e investigaciones?

Una vez realizadas las indagaciones e investigaciones, se presentará un informe por escrito por el jefe de control interno y se enviará por correo electrónico a las directivas o el Consejo de Administración, según aplique, para que tomen las decisiones pertinentes.

Algunas decisiones de los Directores:

- Si se considera que los hechos denunciados y/o el informe del jefe de control interno, no suponen una infracción a las normas internas y externas; o bien no son contrarias a la ética profesional en el marco de sus funciones, se procederá a desestimar la denuncia, archivando el caso.
- Una denuncia también puede ser desestimada si las pruebas son insuficientes para determinar la falta y no se logran complementar.
- Si como resultado de las indagaciones según el informe del jefe de control interno; las directivas o el Consejo de Administración, consideran que se presentó una falta, procederán a:
 - Tomar las medidas correctivas que se deban establecer.
 - Reportar el caso a gestión humana para continuar con el proceso disciplinario que corresponda y si aplica, determinar las sanciones disciplinarias según lo establecido en los reglamentos del INDEC.

¿Cómo se custodia la información generada por las indagaciones e investigaciones?

Una vez se finalice las indagaciones, el jefe de control interno archivará de forma virtual:

- El correo electrónico recibido de la conducta irregular.
- Los resultados documentados de la indagación e investigación.
- Las medidas correctivas que se deban establecer o las sanciones disciplinarias que correspondieron, en caso de ser informadas al jefe de control interno por los directivos o el Consejo de Administración o el área pertinente.

¿Qué acciones posteriores se pueden presentar al finalizar el caso?

- Recomendaciones, propuestas preventivas o de mejora en el control, supervisión, evaluación. Ejemplo: Actualización del código de ética y de buen gobierno del INDEC, código de integridad del INDEC, política de transparencia, política de anticorrupción,

antifraude y antisoborno, programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), política de cumplimiento, entre otras para evitar su repetición en el futuro.

- Si se conocen los datos reales y veraces del denunciante, se le informará las principales decisiones tomadas en caso de conocerse por el jefe de control interno.
- Si el denunciante que envió el correo electrónico dentro del contenido del mensaje expresa que quiere ser anónimo (por seguridad, entre otros) no se le dará respuesta.

Protección del denunciante.

No se derivará ningún tipo de represalia sobre aquél o aquéllos que hubiesen actuado en su buena fe, realizando consultas, reportes o denuncias a través del “sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”.

F4) Para los riesgos de soborno transnacional (ST), se define un procedimiento de archivo y conservación de documentos relacionados con los negocios, donaciones o transacciones internacionales, en los que esté involucrada o sea beneficiaria el INDEC.

La producción documental del INDEC, está definida y estandarizada a través de instrumentos archivísticos que ayudan al control, disponibilidad, manejo y disposición final de la documentación, tomando como punto de partida cada una de las oficinas y productores de la información de acuerdo con sus funciones.

La Tabla de Retención Documental, es uno de los instrumentos archivísticos que ayuda al INDEC a establecer criterios y estrategias para una adecuada Administración Documental en la entidad, dicho instrumento menciona los documentos que se producen en cada oficina o archivo de gestión independiente de su formato o medio de producción, además, establece qué tiempo deben ser conservados en dichos archivos, hasta que se les dé la disposición final, lo que en palabras archivísticas, sería el ciclo de vida de los documentos.

Por otro lado, es necesario aclarar que el INDEC establece los mismos criterios para los documentos que se producen en ambiente digital y no solo para los documentos en los cuales su soporte es el papel, así la información se encontrará organizada y con un mejor acceso a ella, debido a que, a la hora de consulta, se hará de forma más sencilla al establecerse su ubicación adecuadamente en todas las oficinas del INDEC. Finalmente, cuando los documentos de archivo cumplen su tiempo en el archivo de gestión son transferidos al archivo central de acuerdo con lo establecido en el proceso de organización documental (clasificar, ordenar y describir), de acuerdo con la normatividad vigente.

F5) Mecanismos para la divulgación y seguimiento al programa al interior del INDEC.

Estrategias de comunicación.²¹

Divulgación de la Información.

La información relacionada con el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) estará a disposición de todos los grupos de interés (internos y externos) que deseen saber sobre las buenas prácticas que se realizan en el INDEC de una manera clara y transparente, así como dando el cumplimiento a la normativa vigente. De igual forma, cualquier ente de control y/o de vigilancia que deba revisar este documento, así como la demás información ajena al programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), se encuentra en la total potestad de solicitarla.

Cabe aclarar, que este documento no debe ser distribuido a personas ajenas a la INDEC, salvo que cuente con una previa autorización del director general y del oficial de cumplimiento. Así mismo, toda información que no esté directamente relacionada con el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) debe ser solicitada a la persona y área encargada según los parámetros establecidos en el organigrama del INDEC.

Medios de comunicación.

La información relacionada, se encuentra en el Almera, a disposición de todos los empleados y directivos. Así mismo, se crean estrategias con el área encargada para brindar avisos y/o boletines informativos que sean de fácil acceso y entendimiento para cada uno de los implicados.

Se realizará una capacitación virtual que será incluida en el pensum institucional, la cual deberán realizar todos los nuevos aspirantes dentro del proceso de inducción y todos los empleados al menos una vez al año, esta capacitación estará liderada por el Oficial de Cumplimiento quien también se encuentra a disposición para compartir información en caso de que sea necesario, ayudando siempre con el buen actuar de los empleados y directivos y promoviendo una cultura sana, ética y transparente.

²¹ *Ibid.* (Ibidem) Medida 111.

6. RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.

- Cobertura a todos los niveles del INDEC (todos los rangos deben conocer este programa y procurar implementarlo en cada una de sus áreas).²²
- Mantener la información asociada al programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), actualizada a la última normativa vigente y de acuerdo con cada uno de los parámetros establecidos.
- Hacer un seguimiento íntegro del programa de acuerdo con las funciones que le corresponden a cada una de las áreas implicadas.
- Establecer un vínculo directo entre código de ética y de buen gobierno, el código de integridad y el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), en pro de mantener una cultura ética y de buenas prácticas del INDEC.
- Manifestación expresa de la no tolerancia de situaciones de corrupción, de opacidad y de fraude (COF) así como el soborno y el soborno transnacional (ST).
- Línea de acción contra el conflicto de intereses.
- Línea de acción relacionada con la participación y financiación de campañas políticas.
- Línea de acción contra el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPADM).
- Línea de acción relacionada con gastos para regalos, viajes y entretenimiento.
- Línea de acción contra las donaciones y contribuciones.

²² *Ibid.* (Ibidem) Medida 108.

 Fundación Instituto Neurológico de Colombia	POLÍTICA DE CUMPLIMIENTO
--	---------------------------------

Revisión: 01	Código: RDDEPDg53	Responsable: Control Interno
---------------------	--------------------------	-------------------------------------

La Fundación Instituto Neurológico de Colombia, en adelante INDEC, en su calidad de entidad sin ánimo de lucro (ESAL), implementa el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) que incluye normas internas de auditoría y mecanismos de prevención enfocados a prevenir situaciones, conductas, actos o insinuaciones asociados a la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), así como el soborno y el soborno transnacional (ST) según el artículo 30 de la Ley 1778 de 2016 del Congreso de la República.

El programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) se desarrolla de acuerdo con las características particulares que tiene el INDEC, se rige por el cumplimiento de sus estatutos, sus reglamentos, su direccionamiento estratégico, su código de ética y de buen gobierno, su código de integridad y sus valores corporativos; los cuales están directamente relacionados con las mejores prácticas de transparencia en sus empleados y en sus relaciones con los grupos de interés (internos y externos) de acuerdo al marco de la normatividad jurídica vigente a nivel nacional e internacional y en consonancia con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) a la cual pertenece Colombia.

Página 1 de 1	Elaboró: Jefe Control Interno Revisó: Jefe Control Interno	Aprobó: Consejo de administración	Fecha: 21/06/2024
---------------	---	--------------------------------------	----------------------

 Fundación Instituto Neurológico de Colombia	CONTROL NORMOGRAMA
---	---------------------------

Revisión: 03	Código: RDDEPIg07	Responsable: Jefe de Control Interno
---------------------	--------------------------	---

1. GENERALIDADES

El Normograma es una herramienta que permite delimitar las normas que regulan las actuaciones en el Instituto Neurológico de Colombia en desarrollo con su objeto misional.

Contiene las normas como son las leyes, decretos, acuerdos, circulares, resoluciones que se deben de conocer y aplicar, según el caso en la Institución, y algunas normas internas como son los estatutos y el reglamento interno de trabajo.

Al tener la bitácora y organización de las normas, se obtiene facilidad en la accesibilidad para su estudio y también sirve para evitar incurrir en un riesgo económico por sanciones que puedan afectar el patrimonio de la Institución.

2. OBJETIVO

Estructurar y caracterizar en el normograma la reglamentación jurídica que autorregula a la Institución de manera eficaz, transparente y efectiva.

2.1 OBJETIVO ESPECÍFICO

Constituir el normograma como una herramienta jurídica de apoyo a todas las áreas y de constante actualización.

3. RECURSOS

3.1 TALENTO HUMANO: Los líderes de los diferentes procesos que tiene la Institución.

3.2 EQUIPOS BIOMÉDICOS U OTROS EQUIPOS: Computador, Almera, internet, teléfono.

3.3 MEDICAMENTOS: N/A

3.4 DISPOSITIVOS MÉDICOS Y/O INSUMOS: N/A

4. CONDICIONES ESPECIALES

El normograma es un requisito para cumplir las mejores prácticas organizacionales

Página 1 de 3	Elaboró: Auxiliar de Control Interno. Revisó: Auxiliar de Control Interno.	Aprobó: Control Interno	Fecha: 20/08/2024
---------------	---	-------------------------	----------------------

según las siguientes normas:

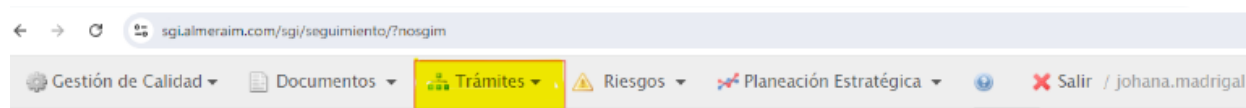
1. Circular 3 mayo 24-2018 Supersalud (107 medidas + 282 literales = 389).
2. Ley 1712 mar 6-2021 Congreso (Sistema de información de transparencia-ITA).
3. Circular 20211700000004-5 sep 15-2021 Supersalud (Código Buen Gobierno, Sistema de Riesgos y sus subsistemas).
4. Circular 20211700000005-5 sep 17-2021 Supersalud (Subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude-SICOF).
5. Estándares de Acreditación y los procesos de habilitación. También complementa los requisitos exigidos en el programa de Responsabilidad Social de Fenalco.

5. ACTIVIDADES

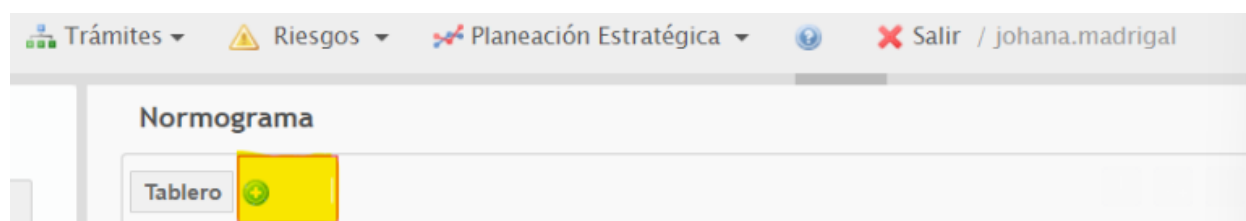
Para actualizar el normograma el líder del proceso debe tener en cuenta:

Paso a paso para su realización en Almera:

1. Ingresar con su respectivo usuario y clave en Almera, en caso de no tener gestionar con el área de sistemas con Camilo Montoya.
2. Seleccionar la opción trámites y clic en Normograma.



3. Dar clic en el botón (+)



4. Empezar a diligenciar la información: entidad que la expide, tipo de norma, número de norma, fecha de expedición (está también se puede ingresar manual), proceso, palabras clave (pueden ser breves en caso tal que se requiera buscar la norma y así sea más fácil la búsqueda), descripción de la norma, adjuntar el archivo con la norma. Luego de ingresada esta información

le dan clic en grabar y registrar norma o en grabar (ambas son válidas).

Normograma

Documento

Usuario: Johana Milena Madrigal Suarez **Estado:** Aplicación de la Norma **Fecha registro:** 2024-08-20

Información general

Entidad que la expide *

Tipo de norma *

Numero de norma *

Fecha de expedición *

Proceso *

Palabras claves *

Descripción de la norma *

Adjunto Sin archivos seleccionados Tamaño máximo: 300 M

- Revisar la vigencia de las normas ya incluidas y ajustar su estado según corresponda (Ejemplo: derogada parcial, derogada total), o complementarlas de ser necesario; y así tener la trazabilidad.
- Incluir las nuevas normas vigentes.
- Informar a Control Interno si identifica una norma que no es de su servicio, pero que puede afectar un proceso; y así proceder a su revisión para discutir el tema con el posible responsable.
- El orden de la inclusión de las normas, se hace teniendo en cuenta la fecha, es decir en orden cronológico. Primero se ingresa la norma más antigua y así sucesivamente, hasta ingresar la fecha de la norma más reciente.

6. RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

- La actualización del normograma es de forma permanente y como mínimo una (1) vez al año.
- El normograma es un referente - tácito - más no es que incluya todas las normas. El Servicio de Jurídica expresa que no es posible conocer qué sanción aplica a cada una de las normas.

 Fundación Instituto Neurológico de Colombia	CÓDIGO DE INTEGRIDAD
---	-----------------------------

Revisión: 02	Código: RDDEPIg08	Responsable: Jefe de Control Interno
---------------------	--------------------------	---

1. GENERALIDADES

La Fundación Instituto Neurológico de Colombia en adelante INDEC, recopila las normas éticas y las mejores prácticas organizacionales para cumplir su misión, mejorar la calidad de su qué hacer, lograr una adecuada administración de sus recursos y aportar al bienestar de la sociedad colombiana y del sector salud.

2. OBJETIVO

Fortalecer de una cultura ética y transparente para todos los grupos de interés (internos y externos), determinando cero tolerancia con cualquier conducta que sea considerada como corrupción, opacidad y fraude (COF), así como el soborno.

3. RECURSOS

3.1. TALENTO HUMANO: Control Interno, Oficial de Cumplimiento.

3.2. EQUIPOS BIOMÉDICOS U OTROS EQUIPOS: Equipo de cómputo.

3.3 MEDICAMENTOS: N/A.

3.4 DISPOSITIVOS MÉDICOS Y/O INSUMOS: N/A.

4. CONDICIONES ESPECIALES

El Código de ética y de buen gobierno del INDEC se complementa con el Código de integridad del INDEC y así dar cumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD Circular externa 20211700000005-5 DE 2021 que indica tener un Código de Integridad acompañado de valores como la Honestidad, el Respeto, el Compromiso, la Diligencia y la Justicia, entre los demás valores que se consideren relevantes en el INDEC.

5. ACTIVIDADES

El INDEC fortalecerá la cultura de la transparencia, la credibilidad, la seguridad y la confianza en todas sus relaciones con los grupos de interés (internos y externos), tales como: el Estado, el Consejo de Administración, los empleados y su grupo familiar, los

Página 1 de 4	Elaboró: Jefe de Control Intern.o Revisó: Dirección General.	Aprobó: Consejo de Admón.	Fecha: 30/05/2024
---------------	---	---------------------------	-------------------

pacientes y sus familias, la alianza de usuarios, el grupo voluntariado hospitalario y de salud, la comunidad, el medio ambiente, la academia, la competencia, los clientes y pagadores, las aseguradoras, los proveedores, las empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, instituciones del sector salud, y demás entes de relacionamiento; a través de hacer explícitos los principios y prácticas de buen manejo, encaminadas a desarrollar conductas íntegras que contribuyan al mejoramiento continuo de la calidad y la sostenibilidad del sector salud.

Para la implementación del Código de Integridad dentro del INDEC es necesario involucrar los siguientes valores en todas las actividades, y así dar cumplimiento a la Circular 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud.

HONESTIDAD

Actuar siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo los deberes con transparencia y rectitud, favoreciendo el interés general. Lo que se debe hacer.

- Decir la verdad, incluso cuando se cometen errores, porque es humano cometerlos, pero no es correcto esconderlos.
- Facilitar el acceso a la información, que sea completa, veraz, oportuna y comprensible a través de los medios destinados para ello.
- Denunciar siempre las faltas, delitos o violaciones de derechos de los que se tenga conocimiento en el ejercicio de un cargo.
- Utilizar el tiempo laboral para realizar las tareas que son propias o pertinentes del cargo.
- Entre otros.

RESPECTO.

Reconocer, valorar y tratar de manera digna a todas las personas con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

Lo que se debe hacer.

- Atender con amabilidad, igualdad y equidad a todas las personas en cualquier situación a través de palabras, gestos y actitudes, sin importar su condición social, económica, religiosa, étnica o de cualquier otro orden.
- Estar abierto al diálogo y a la comprensión a pesar de que existan perspectivas y opiniones distintas.
- Evitar la murmuración y la crítica destructiva.
- Reconocer, aceptar y valorar a los demás con sus cualidades y defectos, con sus similitudes y diferencias.

- Entre otros.

COMPROMISO.

Ser consciente de la importancia del rol como empleado del INDEC y estar en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que existe una relación en las labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

Lo que se debe hacer.

- Entender el contexto, las necesidades y los requerimientos de las demás personas, es el fundamento de la labor del INDEC.
- Trabajar con una actitud positiva.
- Escuchar, atender y orientar a quien necesite cualquier información o guía en algún asunto dentro del INDEC.
- Prestar atención cuando se interactúa con otras personas, sin distracciones de ningún tipo.
- Entre otros.

DILIGENCIA.

Cumplir con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a los cargos de cada empleado, de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del INDEC.

Lo que se debe hacer.

- Usar responsablemente los recursos para cumplir con las obligaciones laborales.
- Cumplir con los tiempos estipulados para el logro de cada obligación laboral.
- Asegurar la calidad, seguridad y confiabilidad en cada uno de los servicios prestados.
- Ser proactivo, comunicando a tiempo las propuestas para mejorar continuamente la labor propia y de los demás empleados del INDEC.
- Entre otros.

JUSTICIA.

Actuar con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

Lo que se debe hacer.

- Tomar decisiones informadas y objetivas basadas en evidencias y datos confiables.
- Reconocer y proteger los derechos de cada persona de acuerdo con sus necesidades.

- Tomar decisiones estableciendo mecanismos de diálogo y concertación con todas las partes.
- Entre otros.

6. RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

- Actualización según necesidad y normas emitidas.
- Se adoptan las normas establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD a través de sus diferentes circulares de Conducta, las cuales se complementan con el presente código y los siguientes lineamientos internos:
- -El Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPADM).
- -El Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE).
- -El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).
- -El Código de ética y de buen gobierno.
- Las actividades del INDEC se regirán por el cumplimiento de sus estatutos, sus reglamentos, su direccionamiento estratégico, su código de ética y de buen gobierno, su código de integridad y sus valores corporativos, aunado al cumplimiento de las normas nacionales.
- Todas las personas vinculadas o que se relacionen con el INDEC deberán conocer su código de ética y de buen gobierno, y su código de integridad, apropiarse de su contenido y comprometerse a cumplirlo en el desempeño de sus funciones o actividades.
- El código estará a disposición de todos los grupos de interés (internos y externos) del INDEC a través de la página web: www.institutoneurologico.org

 Fundación Instituto Neurológico de Colombia	LINEAMIENTOS DE ANTICORRUPCIÓN, ANTIFRAUDE Y ANTISOBORNO (V-A)
---	---

Revisión: 05	Código: RDDEPlg14	Responsable: Control Interno
--------------	-------------------	------------------------------

1. GENERALIDADES

La Fundación Instituto Neurológico de Colombia, en adelante INDEC, se rige por el cumplimiento de sus estatutos, sus reglamentos, su direccionamiento estratégico, su código de ética y de buen gobierno, su código de integridad, su programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) y sus valores corporativos; los cuales están directamente relacionados con las mejores prácticas de transparencia en sus empleados y en sus relaciones con los grupos de interés (internos y externos) de acuerdo al marco de la normatividad jurídica vigente a nivel nacional e internacional y en consonancia con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) a la cual pertenece Colombia.

2. OBJETIVO

Fortalecer el desarrollo de las mejores prácticas de transparencia y ética empresarial para rechazar radicalmente cualquier insinuación o acto de corrupción, de opacidad y de fraude (COF), de soborno y/o de soborno transnacional (ST) en sus procesos y en sus relaciones con los distintos grupos de interés (internos y externos).

3. RECURSOS

3.1 TALENTO HUMANO: Empleados del INDEC.

3.2 EQUIPOS BIOMÉDICOS U OTROS EQUIPOS: Computador.

3.3 MEDICAMENTOS: No aplica.

3.4 DISPOSITIVOS MÉDICOS Y/O INSUMOS: No aplica.

4. CONDICIONES ESPECIALES

Fortalecer el direccionamiento estratégico con sus diferentes políticas y continuar con prácticas transparentes y de ética; que minimicen o eliminen las posibles situaciones de corrupción, de opacidad y de fraude (COF), de soborno y/o de soborno transnacional (ST) en sus procesos y en sus relaciones con los distintos grupos de interés (internos y externos)

4.1 Información:

Corrupción: Abuso del poder encomendado para obtener beneficios particulares, propios o de terceros. Para una mejor comprensión de esta práctica, debe entenderse

Página 1 de 20	Elaboró: Jefe de Control Interno. Revisó: Dirección Administrativa y Financiera.	Aprobó: Dirección Administrativa y Financiera.	Fecha: 21/06/2024
----------------	--	--	----------------------

que la dimensión del concepto inquieres una triada que devela la complejidad del mismo como fenómeno, a saber:

El “mal uso del poder” que da cuenta de un comportamiento que contraviene principios o normas éticas o legales;

Por “poder encomendado” se da a entender que este puede darse tanto en el sector público como en el privado, y que es practicado por personas que tienen incidencia sobre la toma de decisiones y la administración de bienes públicos-privados y, por último;

El “beneficio particular” implica una desviación del beneficio público-privado o colectivo hacia los beneficios personales, tanto para quien hace mal uso del poder como para miembros de su familia, amigos, grupos económicos o partidos políticos¹.

Fraude: Consiste en una acción que resulta contraria a la verdad y a la rectitud, el fraude se comete en perjuicio de una persona u organización, también es considerado como la utilización de una conducta deshonesto o engañosa con el fin de obtener alguna injusta ventaja sobre otra persona u organización.²

Soborno: “Una oferta, promesa, entrega, aceptación o solicitud de una ventaja indebida de cualquier valor (que puede ser de naturaleza financiera o no financiera), directamente o indirectamente, e independiente de su ubicación, en violación de la ley aplicable, como incentivo o recompensa para que una persona actúe o deje de actuar en relación con el desempeño de las obligaciones de esa persona”^{3 4}.

¹ Guía para la gestión de riesgos de corrupción en entidades del sistema de salud colombiano - Agosto de 2019 Versión 2 Página 6.

² La Política Anticorrupción y Antifraude está diseñada bajo el marco de referencia de control interno establecido por el Committee of Sponsoring Organizations (COSO) of the Treadway Commission, con el propósito de facilitar el control y la gestión sobre los eventos de fraude y corrupción.

³ Organización Internacional de Normalización - ISO 37001:2016 Anticorrupción y ética empresarial, para hacer frente al soborno desde las organizaciones, aplica para cualquier tipo de empresa y cualquier sector (pública, privada, pequeña, grande, nacional, multinacional, etc.).
https://www.iso.org/standards/std/37001/iso-37001-sistema-gestion-antisoborno.pdf?utm_campaign=ISO%2037001&utm_medium=email&_hsenc=p2ANqtz-_oYvIh8dnA1qgp2hrUxB8HIDmJfIRZnndH5QE1kY0TKIFCrv4BDTXHkYV89A7fHLD7CyugjUBTMWdGjszqVjRv_L3z5A&_hsmi=72711756&utm_content=72711756&utm_source=hs_automation&hsCtaTracking=b9acd1-e325-42c2-b606-f07946c64e12%7C4f9d758f-324b-41cd-8dac-ed79fe37fb13
Ejemplos emblemáticos: caso de Odebrecht o el de la FIFA.

Explicación:

a. Cuando se hace referencia a la “Oferta, promesa, entrega, aceptación o solicitud”, estamos hablando de conductas...

b. Cuando se habla de “ventaja indebida” se refiere a que el corruptor se está valiendo de una ventaja que posee como persona, para poder acceder a un beneficio. En este caso esa ventaja indebida puede darse en forma de favores, dinero, influencia, olvido (de una determinada acción del pasado), beneficios (viajes, bienes, pagos...), etc. A fin de cuentas, se está llevando a cabo una acción de soborno. Hay diferentes maneras de mencionar el soborno: flagelo, mordida, mascada, coima, etc.

c. Cuando hace referencia “una persona actúe o deje de actuar”. En este caso nos vamos a encontrar con lo que sería la conducta activa o pasiva de una persona para cometer un delito: - Activa quiere decir que ejecuta, es decir que lleva a cabo una determinada acción para obtener una determinada ventaja. - Por su parte, una acción pasiva significa que deja de ejecutar una acción para propiciar esa ventaja indebida. Un ejemplo de esto, sería el de un determinado trabajador que no hace nada cuando una persona viola una norma o límite de la compañía, es decir, permanece pasivo ante la situación, dejando de ejecutar su responsabilidad.

Normas ISO 9001 (para los Sistemas de Gestión de Calidad), 14001 (para los Sistemas de Gestión Medioambiental), ISO 27001 (para los Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información) y 45001 (para los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo), ISO 37001 (para, el soborno).

⁴ Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción, de acuerdo a las directrices dadas por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República de Colombia o la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).
<http://www.anticorruption.gov.co/SiteAssets/Paginas/Publicaciones/guia-empresas-colombia.pdf>

⁵Sin perjuicio de los procesos de riesgo identificados por el Comité de Conducta o los Comités Institucionales, se definen políticas claras para prevenir o controlar los siguientes comportamientos⁶:

- a) Soborno a funcionarios del Estado o particulares delegados para el ejercicio de funciones públicas y/o privadas⁷.
- b) Soborno comercial y otras actividades corruptas adoptadas para el beneficio económico de la Institución o de una persona natural.
- c) Cualquier alteración de registros contables para realizar un fraude, soborno u otros actos indebidos.
- d) Uso de terceras partes, esto es, agentes externos, consultores y otros intermediarios en posibles esquemas de soborno.
- e) Riesgo de corrupción respecto de posibles socios de negocio: Uniones temporales de negocio, consorcios, subsidiarias, fusiones y adquisiciones, entre otros.
- f) Pagos monetarios y/o en especie para agilizar procesos y trámites (pagos de facilitación).
- g) Pagos monetarios y/o en especie por la captación preferente e indebida de pacientes.
- h) Donaciones filantrópicas y contribuciones caritativas que tengan por finalidad realizar fraudes al sistema (como descapitalizarse a evitar embargos, entre otros actos).
- i) Otras áreas de alto riesgo, como contribuciones políticas ilegales, conflictos de interés, compromisos de compensación, el uso de recursos de la seguridad social en salud para otros fines diferentes a ella, y todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del SGSSS.

Soborno Transnacional (ST): Es la conducta establecida en el artículo 30 de la Ley 1778 de 2016, o en la norma que la sustituya: “Artículo 30. Soborno transnacional. El artículo 433 del Código Penal quedará así: El que dé, prometa u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, sumas de dinero, cualquier objeto de valor pecuniario u otro beneficio o 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”.

⁵ Adoptado y adaptado de las medidas 107 que abarca la Circular Externa número 000003 del 24 de Mayo de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud. M. 55.

⁶ Esto, en línea con lo dispuesto en la sección 3.3.1 del documento: Secretaría de Transparencia. (2016). Guía para empresas en Colombia. ¿Cómo y por qué implementar un Programa Empresarial de Cumplimiento Anticorrupción? Bogotá D.C.: Presidencia de la República.

⁷ Por ejemplo, las empresas privadas que hacen visitas a nombre de una entidad de control en virtud de un contrato.

4.1.1 Información requerida:

El INDEC no admite bajo ninguna circunstancia acciones, conductas, faltas, situaciones o insinuaciones de corrupción, de opacidad y de fraude (COF) y tampoco de soborno ni de soborno transnacional (ST) cometidas por sus empleados, proveedores, Consejo de Administración y demás grupos de intereses (internos y externos) que involucren la reputación y el buen nombre del INDEC. Cualquier falta de este tipo se considera grave y podría resultar en acciones disciplinarias o en terminación de las relaciones contractuales a las cuales de lugar.

Así mismo el INDEC ha generado procedimientos y reglas de conducta sobre la aplicación de todos los mecanismos e instrumentos de control del “Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPDAM)” y tiene la obligación legal de reportar a las autoridades competentes cualquier actividad sospechosa y cumple con sus reportes mensuales y periódicos a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) y demás entes de control y vigilancia.

Todos los empleados y contrapartes son responsables de comprender y cumplir con los procedimientos del “Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPDAM)”.

El Consejo de Administración conoce y aplica de forma rigurosa y con los más altos niveles de transparencia, todos los documentos que los rigen, como son los estatutos, sus reglamentos, su direccionamiento estratégico, su código de ética y de buen gobierno, su código de integridad, su programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) y sus valores corporativos al igual que la política de transparencia, la política de aceptación, la política de confidencialidad y la política de conflicto de intereses, entre otros.

4.1.2 Información generada:

Gestión del Riesgo de corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional del INDEC.

4.1.3 Controles de la información:

Se requiere un compromiso sostenido en la adherencia al código de ética y de buen gobierno, el código de integridad, el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) en todos los niveles del INDEC y con los grupos de interés (internos y externos) aunado a las políticas definidas.

5. ACTIVIDADES

5.1 Fortalecimiento del Ambiente de Control

El ambiente de control es la conciencia que asumen todos los empleados y los grupos de interés (internos y externos) del INDEC, y que, a su vez, sirve de fundamento para todos los otros componentes del control interno. Incluye la integridad, los valores éticos y la competencia de la administración en todas sus prácticas.

El ambiente de control incluye una cultura y ambiente de trabajo que promueve la comunicación abierta y el comportamiento ético, el cual debe estar generalizado a través del INDEC, en acciones y palabras que fomentan la honestidad, estándares éticos y actitud para enfrentar problemas de información financiera fraudulenta, uso indebido de los activos y recursos, y posibles prácticas de corrupción, fraude y soborno en caso de presentarse.

El ambiente de control Incluye:

- El código de ética y de buen gobierno.
- El código de integridad.
- El direccionamiento estratégico.
- Política de Cumplimiento.
- Política de Anticorrupción, Antifraude y Antisoborno.
- Política de Transparencia.
- Política SARLAFT-FPADM.
- Política del SICO.
- Política de Riesgo.
- Política de Conflicto de intereses.
- Política de Confidencialidad.
- Política de Protección y Control de los Recursos.
- Política de la Gestión Integrada.
- Política para el Manejo de Efectivo.

- Entre otras.
- El reporte del “Sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción”.
- El Comité de Dirección en el cual Control Interno tiene un espacio para presentar los temas del cargo.
- Estructura Organizacional.
- Capacitación continua (pensum institucional, matriz de formación, inducción, entrenamiento) de los empleados.
- Boletín al día.
- Oficial de Cumplimiento con “Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPDAM)” y Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).
- Normograma.
- Mapa de riesgos.
- Comité Administrativo y Financiero.
- Comité Asistencial.
- Consejo de Administración.
- Entre otros.

5.2 Identificación, análisis y prevención de riesgos de corrupción, fraude y soborno.

Esta etapa consiste en analizar las causas del riesgo de corrupción, de opacidad y de fraude (COF) y de soborno y de soborno transnacional, las cuales se pueden ubicar en los factores externos e internos del INDEC, donde ambos factores son incluyentes. Se realiza la valoración por medio de la identificación de la probabilidad de materialización del riesgo y su consecuencia.

Se trabaja en una gestión integral del riesgo, a través del mapa de riesgos de los procesos, en el cual se caracterizan todos los riesgos y una vez son identificados y analizadas las posibles causas, se generan los planes de acción, responsables y finalmente se evalúa la efectividad de las acciones tomadas.

5.3 Sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción.

La Institución tiene normalizado y sustentado un “Sistema de denuncias anónimas línea de transparencia y anticorrupción” el cual es un canal exclusivo para la denuncia o

sospecha de irregularidades o presuntas violaciones a la ética, a la moral, a los valores, a la política de transparencia, entre otros.

Adicional, en consonancia con la Alta Gerencia decidió adoptar y adaptar la GUIA PARA LA GESTION DE RIESGOS DE CORRUPCION EN ENTIDADES DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO AGOSTO 2019 – Versión 2 Supersalud, Grupo de Educación en Salud Universidad de Antioquia, así:

5.4 Gestión de la corrupción “GUIA PARA LA GESTION DE RIESGOS DE CORRUPCION EN ENTIDADES DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO AGOSTO 2019 – Versión 2 Supersalud, Grupo de Educación en Salud Universidad de Antioquia.

Tabla de contenido

Tabla de contenido.....	7
1. GESTION DE ANTICORRUPCIÓN	9
INTRODUCCION.....	9
1.1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO.....	9
1.2. CONCEPTOS CLAVES.....	10
1.2.1 Agente generador:	10
1.2.2 Consecuencias	10
1.2.3 Controles	10
1.2.4 Factores facilitadores (Causas):	10
1.2.6 Mapa de Riesgos	10
1.2.7 Probabilidad de ocurrencia	10
1.2.8 Proceso	10
1.2.9 Riesgo	10
1.2.10 Riesgo de Corrupción.....	10
1.2.11 Riesgo Inherente	11
1.2.12 Riesgo Residual:	11
1.3 DEFINICION DE CORRUPCION	11
1.4 CONSTRUCCION DE MAPAS DE RIESGO DE CORRUPCION	12
1.5 IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS DE CORRUPCION	12
1.5.1 Identificación de los riesgos de corrupción	12
1.5.1.1 Contexto Externo:.....	12
1.5.1.2 Contexto Interno	13

1.5.2	Construcción de Riesgos de Corrupción	13
1.5.2.1	Caracterización de Procesos.....	13
1.5.2.2	Identificar el nombre del proceso.....	13
1.5.2.3	Las entradas.....	13
1.5.2.4	Las actividades	13
1.5.2.5	El responsable	13
1.5.2.6	Las salidas	13
1.5.2.7	Usuario	13
1.6	Descripción del riesgo y denominación.....	14
1.6.1	Pagar o recibir sobornos	14
1.6.2	Pagar o recibir sobornos negociados	14
1.6.3	Malversación (desviación de activos):	14
1.6.4	Conflicto de Intereses.....	14
1.6.6	Puerta giratoria.....	14
1.6.7	Captura reglamentaria (captura de estados):	14
1.6.8	Trafico de influencias	14
1.7	Identificación de factores facilitadores.....	14
1.8	Definición de consecuencias.....	15
2.	VALORACION DE LOS RIESGOS DE CORRUPCION.....	16
2.1	Criterios para la medición:	16
2.1.1	Procedimiento para la medición:	16
2.1.2	Probabilidad:	16
2.2	MEDICION DE LA PROBABILIDAD DE LOS RIESGOS.....	17
2.3	CUESTIONARIO PARA DETERMINAR EL IMPACTO DE LA MATERIALIZACION DE RIESGOS DE CORRUPCION.....	17
2.4	IMPACTO DE LA MATERIALIZACION DE LOS RIESGOS DE CORRUPCION EN LA CONTRATACION	18
2.5	MATRIZ DE ZONA DE RIESGOS DE CORRUPCION	19
2.5.1	Zona de Riesgo Moderada	19
2.5.2	Zona de Riesgo Alta.....	19
2.5.3	Zona de Riesgo Extrema:.....	19
2.5.4	Zona de Riesgos Catastróficos	19

2.6	CONTROLES:.....	19
2.7	CONTROLES PREVENTIVOS.....	19
2.8	CONTROLES DETECTIVOS	19
2.9	CONTROLES DE PROTECCION.....	19
2.10	CONTROLES CORRECTIVOS.....	19
	BIBLIOGRAFIA.....	20

1. GESTION DE ANTICORRUPCIÓN

INTRODUCCION

La gestión de anticorrupción y el aseguramiento de su eficacia continua requieren un compromiso fuerte y sostenido por parte de la Alta Gerencia, así como el establecimiento de una planificación estratégica para conseguir el compromiso a todos los niveles (Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000, 2018) de prácticas aunadas a los valores corporativos, al código de buen gobierno y de ética, a la normativa relacionada con las mejores prácticas organizacionales (circular 3 de mayo 24 de 2018 Supersalud).

Uno de los principales instrumentos para la gestión preventiva de los riesgos de corrupción es diseñar, identificar, valorar y gestionar los riesgo de corrupción a partir de una matriz de riesgos que se construye de manera participativa al interior de los procesos, con información primaria y/o secundaria.

Es evidente la existencia de un sinnúmero de normas técnica, estatutos y guais que brindan elementos de análisis y referencia para el propósito de la gestión de riesgos y de manera puntual relacionados con corrupción desde el estatuto anticorrupción (Ley 1474 de 2011) se establece en el artículo 73 que todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal deben elaborar **un Plan Anticorrupción** y de Atención al Ciudadano ("PAAC" Plan Anual de Adquisiciones y Contrataciones) para, entre otros aspectos, mitigar los riesgos de corrupción y fortalecer los mecanismos de prevención y de atención al ciudadano.

El **Sector Salud** es vulnerable a la corrupción, que maneja gran cantidad de recursos y está conformado por multiplicidad y diversidad de actores que llevan a cabo un sinnúmero de transacciones e interacciones y toma de decisión que ameritan un análisis particular en materia de gestión de riesgos de corrupción.

La gestión del Riesgo es un ciclo que comprende 5 fases, que son:

Dirección y compromiso, Construcción de mapas de riesgos de corrupción, socialización, monitoreo y revisión y mejoramiento continuo.

1.1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO

El **sistema de salud** presenta gran vulnerabilidad a la corrupción, debido a ciertas particularidades como las asimetrías de información, la información imperfecta, el alto grado de discrecionalidad otorgada a los proveedores de los servicios, la baja productividad a la que es propenso un sistema con provisión publica cuando está totalmente aislado de la competencia, y la descentralización e individualización de los servicios, dificultando el seguimiento de la prestación y adquisición de bienes y servicios.

Se denomina riesgo, como la posibilidad de ocurrencia de un hecho o evento que afecte negativamente el cumplimiento de los objetivos del **sistema de salud** o sus procesos, generando perjuicios en términos económicos, del estado de salud o incluso de pérdida de vidas.

La gestión de riesgos ha adquirido importancia especialmente por las crisis mundiales, a partir de las cuales se han generado desarrollos como: el Estándar Australiano de Administración de Riesgos, AS/NZS 4360:2009, los principios del Comité de Basilea, el modelo de control canadiense (Canadian Criteria of Control Committee COCO), el modelo de control de los Estados Unidos (Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission COSO), el Enterprise Risk Management Framework y la Ley

Sarbanes Oxley de Estados Unidos en 2002, emitidas como resultado de grandes escándalos internacionales de fraude y corrupción.

De tal forma que en Colombia, la gestión de riesgos toma como referencia en Estándar Australiano, adaptado mediante Norma Técnica de Gestión del Riesgo (NTC 5254:2004) del Icontec, reemplazada por la Norma Colombiana para Gestión del Riesgo (Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000, 2018) y para el caso particular de la gestión de riesgos de corrupción, estas normas se ven reforzadas para la gestión pública por los esfuerzos enmarcados en la perspectiva del Buen Gobierno, por la expedición del Estatuto Anticorrupción (Ley 1474 de 2001), “la Política Pública Integral Anticorrupción”

1.2. CONCEPTOS CLAVES

- 1.2.1 Agente generador:** Cosas, eventos, personas, acciones o circunstancias que tienen la capacidad de originar un riesgo. Para el caso de corrupción el agente generador estará asociado a las actuaciones, decisiones u omisiones de una persona natural o jurídica.
- 1.2.2 Consecuencias:** Efectos generados por la materialización del riesgo y que afecta el cumplimiento de sus objetivos. Puede darse en: imagen Institucional deteriorada, daño a los recursos públicos, pérdidas económicas, pérdida de información, muerte o lesiones personales y desconfianza ciudadana, entre otros.
- 1.2.3 Controles:** Acciones o mecanismos que se adoptan para mitigar el impacto y/o reducir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos; se realizan una vez valorado el riesgo inherente asociado a cada uno de los riesgos identificados.
- 1.2.4 Factores facilitadores (Causas):** Los escenarios, condiciones, actuaciones u omisiones que pueden favorecer la actuación corrupta. En el modelo estándar de gestión de riesgos se habla de causa para referirse al motivo o a la razón por la que se materializa el riesgo. Sin embargo, para el caso de la corrupción, la materialización es el resultado de una acción u omisión internacional por parte de una o varias personas, de modo que, que la causa en una conducta, se propone el término de factores facilitadores para referirse a.
- 1.2.5 Impacto:** La medición de las consecuencias o efectos que se generan con la materialización de los riesgos de corrupción en la entidad.
- 1.2.6 Mapa de Riesgos:** Herramienta que permite organizar la información sobre la caracterización de los riesgos, probabilidad de ocurrencia y magnitudes de impacto, con el fin de establecer las estrategias adecuadas para la gestión de los riesgos.
- 1.2.7 Probabilidad de ocurrencia:** Medida de la oportunidad de ocurrencia de un evento de riesgo, este o no definido, medido o determinado objetivamente y descrito utilizando términos generales o matemáticas (como la probabilidad numérica o la frecuencia en un periodo de tiempo determinado) (Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000, 2018).
- 1.2.8 Proceso:** Es una secuencia de actividades humanas que transforman un conjunto de insumos o saberes para el desarrollo de un producto o servicio.
- 1.2.9 Riesgo:** Incertidumbre producto de la deficiencia en la información relacionada, sobre la posibilidad de ocurrencia de un hecho o evento que afecte el cumplimiento de los objetivos de la entidad de salud o sus procesos, generando afectaciones en términos económicos, reputaciones, legales, de mercado, de estados de salud o incluso de pérdida de vidas.
- 1.2.10 Riesgo de Corrupción:** Es la posibilidad de que, por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad o del sistema de salud, y en consecuencia del Estado, para la obtención de un beneficio particular.

*1.2.11 **Riesgo Inherente:** El riesgo que existe antes de establecer controles, como si no se hubiesen adoptado acciones para alterar el impacto o la probabilidad de ocurrencia del riesgo.*

*1.2.12 **Riesgo Residual:** Nivel de riesgo que permanece luego de establecer controles o de tomar medidas de tratamiento.*

1.3 DEFINICION DE CORRUPCION

“Abuso del poder encomendado para obtener beneficios particulares, propios o de terceros. Para una mejor comprensión de esta práctica, debe entenderse que la dimensión del concepto inquieriere una triada que devela la complejidad del mismo como fenómeno, a saber:

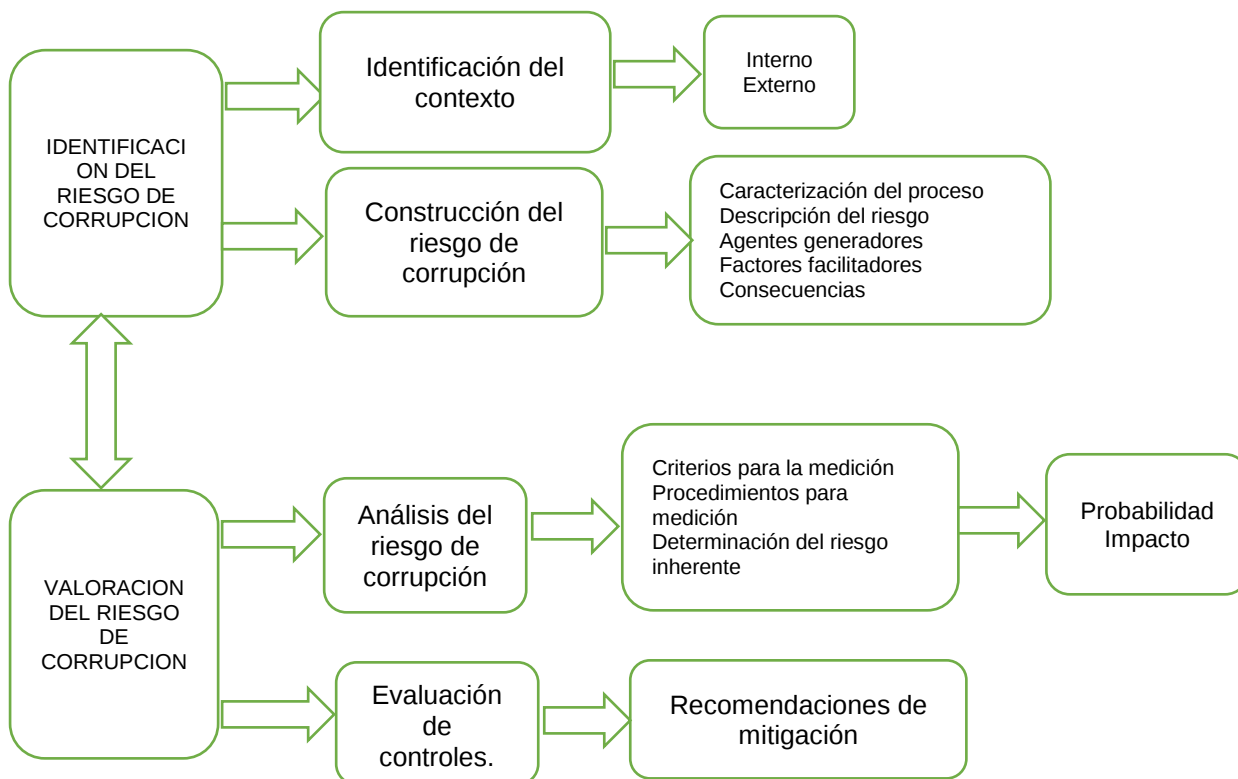
*el “**mal uso del poder**” que da cuenta de un comportamiento que contraviene principios o normas éticas o legales;*

*por “**poder encomendado**” se da a entender que este puede darse tanto en el sector público como en el privado, y que es practicado por personas que tienen incidencias sobre la toma de decisiones y la administración de bienes públicos y, por último;*

*el “**beneficio particular**” implica una desviación del beneficio público o colectivo hacia los beneficios personales, tanto para quien hace mal uso del poder como para miembros de su familia, amigos, grupos económicos o partidos políticos”.*

1.4 CONSTRUCCION DE MAPAS DE RIESGO DE CORRUPCION

La construcción del mapa de riesgos es una de las fases más importantes del ciclo de gestión de riesgos de corrupción, ya que a partir de esta herramienta es posible la identificación de los riesgos y la valoración de los mismo lo cual permitirá prevenir, controlar o mitigar los mismo de manera eficaz.



1.5 IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS DE CORRUPCION

La identificación de riesgo se concreta o expresa en los factores facilitadores, las fuentes del riesgo (de donde emana, que para el caso será la decisión u omisión de un agente) y los eventos con base en el análisis del contexto interno y externo de la entidad o el proceso, que pueden tener impacto en el logro de los objetivos identificados (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018, p18; Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000, 2018). Para esto “existen muchas formas de identificar riesgos tantas o más cuantas disciplinas han abordado el tema”.

Entre los riesgos de corrupción que afectan a las entidades se encuentran; la puerta giratoria, el clientismo, la insuficiente gestión de la presión tecnológica para la entrada de nuevas tecnológicas en salud (ACTUE Colombia, 2015), la ineficiencia en la supervisión de los contratos (PNUD, 2013) y los riesgos presentes en los procesos de suscripción de contratos, facturación y pago (PNUD, 2014).

1.5.1 Identificación de los riesgos de corrupción

Para el análisis de contexto es necesario reconocer los elementos internos y externos que influyen la operatividad y que generan situaciones positivas o negativas que pueden beneficiar o afectar el cumplimiento del objetivo misional.

1.5.1.1 Contexto Externo: Determina las características del entorno donde opera la entidad, teniendo en cuenta factores como: económicos (liquidez, desempleo,

etc.), normativos (leyes, decretos, etc.), ambientales (catástrofes naturales, desarrollo sostenibles, etc.), tecnológicos (sistemas de información, Avances tecnológicos, etc.), sociales y culturales (demografía, orden público, etc.), que involucran partes externas o que describen la interrelación entre los diferentes procesos de la entidad y del sistema.

1.5.1.2 Contexto Interno: Determina las características del ambiente interno mediante el cual la entidad busca alcanzar sus objetivos; contempla la dirección, los actores involucrados, las interrelaciones entre los procesos de la entidad, las actividades identificadas y la producción de información en la entidad o el sistema.

1.5.2 Construcción de Riesgos de Corrupción

Son las actividades esenciales para la construcción de los riesgos de corrupción, los pasos a seguir son:

1.5.2.1 Caracterización de Procesos: Se deben definir los procesos misionales, estratégicos, de apoyo y de evaluación y control, de manera que se cumpla el ciclo PHVA (Planear-Hacer-Verificar-Actuar).

1.5.2.2 Identificar el nombre del proceso que se va a caracterizar, con su respectivo objetivo y actor relaciona con el conjunto de actividades que comprende el proceso en cada una de las etapas del ciclo PHVA.

1.5.2.3 Las entradas deben definir los requerimientos iniciales para el desarrollo de una actividad, y estas pueden provenir de la salida de una actividad o proceso previo.

1.5.2.4 Las actividades son los pasos secuenciales que en conjunto conforman el proceso.

1.5.2.5 El responsable es el encargado de la actividad.

1.5.2.6 Las salidas son los productos o resultados del desarrollo de la actividad, las cuales pueden a su vez ser entradas de otra actividad o proceso.

1.5.2.7 Usuario es quien recibe el elemento resultante de la actividad.

PLANEAR					
ACTOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	USUARIO
IPS	Normativa y Estatutos de la Entidad	Definir las diferentes formas de contratación	Encargado de la contratación en la Entidad	Parámetros para la contratación	Todas las dependencias de la Entidad
HACER					
ACTOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	USUARIO
IPS	Parámetros de contratación Servicios a contratar	Solicitar cotizaciones o propuestas para los servicios a contratar	Encargado de la contratación en la Entidad	Propuestas o cotizaciones recibidas	Unidad de contratación
VERIFICAR					
ACTOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	USUARIO
IPS	Contrato	Supervisión o interventoría y seguimiento de las obligaciones contractuales	Supervisor o interventor del contrato	Informe de supervisión o interventoría del contrato	La alta dirección de la Entidad
ACTUAR					
ACTOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	USUARIO
IPS	Informe de supervisión o interventoría del contrato	Tomar acciones correctivas con base en el informe de supervisión o interventoría	Unidad de contratación	Acciones correctivas	La alta dirección de la Entidad

1.6 Descripción del riesgo y denominación: Para el caso de los riesgos de corrupción, la European Commission (2013) propone ocho tipos de riesgos, haciendo claridad aquí que esta lista puede ser no exclusiva:

1.6.1 Pagar o recibir sobornos: Promesa, ofrendada o donación de una ventaja indebida a cualquier persona, para la propia persona o para otra persona o entidad (Dinero, descuento, préstamo, donación, regalos o entretenimiento, información, trato preferencial, ofertas de empleo).

1.6.2 Pagar o recibir sobornos negociados: Sobornos negociados en el que se paga una comisión al sobornador como una contraprestación por los servicios prestados, o como forma de alentar a la otra parte para cooperar en el esquema ilegal. Ejemplo: Vendedor que envía una factura fraudulenta o inflada (a menudo para bien o servicio que no eran necesarios, de calidad inferior, o ambos), con un empleado de la compañía víctima ayudando a asegurar el pago, el individuo recibe algún tipo de pago (efectivo, bienes, servicios) o favor (la contratación de un familiar, empleado, etc.).

1.6.3 Malversación (desviación de activos): Robo directo de los fondos públicos. Apropriación indebida de la propiedad o fondos legalmente encomendada a alguien donde su posición formal como un empleado público.

1.6.4 Conflicto de Intereses: Cuando un individuo u organización está involucrado en intereses múltiples, uno de los cuales podría corromper la motivación para un acto del otro. La corrupción relacionada con conflictos de intereses puede estar motivada por ganancias financieras, pero también por objetivos no financieros como el deseo de progreso profesional y deseo de favorecer a la familia y amigos.

1.6.5 Clientismo, favoritismo y nepotismo: Relación informal entre personas de diferente estatus social y económico: un "jefe" y sus "clientes" (dependientes, seguidores, protegidos). La relación incluye un intercambio mutuo pero desigual de favores, que pueden ser corruptos.

1.6.6 Puerta giratoria: Movimiento de personal entre papeles como legisladores y reguladores y las industrias afectadas por la legislación y la regulación.

1.6.7 Captura reglamentaria (captura de estados): Un burócrata puede extorsionar o sobornar individuos o empresas sin poder. O el robo de activos del estado por parte de los mismos políticos.

1.6.8 Trafico de influencias: Cuando una persona hace un uso indebido de su influencia sobre el proceso de toma de decisiones de un tercero (persona, institución u gobierno) a cambio de su lealtad, dinero o cualquier otra ventaja material o inmaterial indebida.

1.7 Identificación de factores facilitadores: Esta se asocia con el análisis de contexto y varía entre factores internos y externos.

1.8

PRINCIPALES FACTORES QUE PUEDEN FACILITAR LA OCURRENCIA	FACILITADORES ESPECIFICOS
NORMATIVIDAD	Exceso de normas
	Vacíos o ambigüedades la norma
	Normatividad cambiante
	Desconocimiento de las normas
	Norma no aplicable al contexto
	Otro
ORGANIZACIÓN INTERNA	Concentración de poder
	Excesiva discrecionalidad
	Desconocimiento de procesos y procedimientos
	Ausencia o mal diseño de procesos y procedimientos
	Ausencia o debilidad de canales de comunicación
	Cultura organizacional
RECURSO HUMANO	Otro
	Tercerización
	Insuficiencia de personal
	Inadecuada selección y evaluación del personal
	Falta de personal cualificado
	Falta de formación en ética
INFORMACION	Capacitación deficiente o insuficiente
	Otro
	Sistemas de información vulnerables
	Debilidad de los sistemas de información
	Sistemas de información desactualizados
	Falta de políticas de seguridad informática
CONTROL Y VIGILANCIA	Fallas en sistema de PQRS
	Cultura de la información
	Otro
	Falta de controles
	Deficiencias en los organismos de control y vigilancia
	Deficiencias en auditorías e interventorías
CONTEXTO SOCIAL Y POLITICO	Exceso de controles
	Mecanismos de sanción débiles o no creíbles
	Precariedad del control social o vigilancia ciudadana
	Otro
	Presiones políticas
	Intercambio de favores entre servidores y políticos
	Intimidaciones o presión violenta de terceros
	Presiones de sectores o grupo económicos
	Amiguismo, nepotismo y otros tipos de favoritismo
	Otro

1.9 **Definición de consecuencias:** Dadas las interrelaciones del sistema de salud, la materialización de un riesgo en una IPS pública o privada puede generar consecuencias sobre el pagador o viceversa, así mismo un riesgo materializado en el proceso de contratación. Podrá generar sus consecuencias en el logro de los objetivos del proceso de tesorería. En este sentido, una mayor claridad en la caracterización del riesgo permitirá a su vez una mejor definición de las consecuencias a mitigar o reducir.

2. VALORACION DE LOS RIESGOS DE CORRUPCION

La valoración de los riesgos es una etapa comprendida por el análisis y la evaluación, siendo el análisis un aspecto en el que se ponen en consideración los factores facilitadores y las fuentes de los riesgos, sus consecuencias positivas y negativas, y la probabilidad de que las consecuencias se materialicen.

2.1 Criterios para la medición: La probabilidad de ocurrencia de un riesgo se mide en términos de frecuencia o factibilidad. Donde la frecuencia implica el análisis del número de eventos de riesgo materializados en un periodo de tiempo (número de veces de la ocurrencia del riesgo). Mientras que la factibilidad implica analizar la presencia de factores interno o externos que pueden hacer que el riesgo se presente (Departamento Administrativo de la Función Pública 2018 p35). Así en el caso de la frecuencia se parte de la ocurrencia dada y en la factibilidad en la prospectiva de que pase.

2.1.1 Procedimiento para la medición: Existen diferentes métodos para establecer la calificación de los riesgos: métodos cualitativos, semicualitativos y cuantitativos. Los métodos **cualitativos** se utilizan cuando no se tiene información sobre la ocurrencia de los riesgos y los costos de obtenerla son mayores que el beneficio. Se destacan: el método de Delphi, la lluvia de ideas, el método de entrevistas estructuradas y semiestructuradas, el de lista de verificación, el de Bowtie, Swiftt, etc. Por su parte, los métodos **cuantitativos** se caracterizan por el uso de modelos matemáticos y requieren información histórica conocida, una frecuencia y variabilidad que permita establecer predicciones, entre ellos se encuentran las cadenas de Markov, la matriz de consecuencias y probabilidad, el análisis costo-beneficio, el método de Monte Carlo, etc. Por último, los métodos **semicuantitativos** se emplean cuando se tiene algo de información o los costos de obtenerla son menores que los beneficios. Para la consecución de información se pueden utilizar diferentes fuentes como la realización de entrevistas, reuniones de grupos interdisciplinarios, revisión de registros históricos, experiencias significativas, prácticas identificadas en el sector y literatura pública.

2.1.2 Probabilidad: A partir de los riesgos identificados y sus características se definen los niveles de la probabilidad, donde: si se cuenta con los datos de frecuencia, simplemente acorde se asigna el puntaje respectivos. En caso de ser necesario recurrir a la factibilidad, se puede recurrir a la aplicación de una pregunta directa a actores claves de la entidad, sobre los factores interno y externos que podrían ocasionar la materialización del riesgo y de acuerdo con el número de factores y el análisis de los encargados se designa una puntuación.

A continuación, se definen algunos rangos para determinar el grado de afectación de los riesgos a la entidad.

2.2 MEDICION DE LA PROBABILIDAD DE LOS RIESGOS

DESCRIPTOR	DESCRIPCION	FRECUENCIA	PUNTAJE
Muy poco probable	Ocurre en circunstancias excepcionales	>20%	1
Poco probable	Puede ocurrir	21%-40%	2
Probable	Es posible que suceda	41%-60%	3
Muy probable	Ocurre en la mayoría de los casos	61%-80%	4
Casi seguro	Es muy posible que se presente	81%-100%	5

2.3 CUESTIONARIO PARA DETERMINAR EL IMPACTO DE LA MATERIALIZACION DE RIESGOS DE CORRUPCION

N°	PREGUNTA: Si el riesgo de corrupción se materializa podría	RESPUESTA		EN QUE MEDIDA? DEFINA DEL 1% AL 100%
		SI	NO	
1	¿Afecta al grupo de funcionarios del proceso?			
2	¿Afectar el cumplimiento de metas y objetivos de la dependencia			
3	¿Afectar el cumplimiento de la misión de la entidad?			
4	¿Afectar el cumplimiento de la misión del sector al que pertenece la entidad?			
5	¿Generar pérdida de confianza de la entidad, afectando su reputación?			
6	¿Generar pérdidas de recursos económicos?			
7	¿Afectar la generación de los productos o la prestación de servicios?			
8	¿Dar lugar al detrimento de la calidad de vida de la comunidad por la pérdida del bien, servicio o los recursos públicos?			
9	¿Generar pérdida de la información de la entidad?			
10	¿Generar intervención de los órganos de control, de la fiscalía u otro ente?			
11	¿Dar lugar a procesos sancionatorios?			
12	¿Dar lugar a procesos disciplinarios?			
13	¿Dar lugar a procesos fiscales?			
14	¿Da lugar a procesos penales?			
15	¿Generar pérdida de credibilidad del sector?			
16	¿Afectar la imagen regional?			
17	¿Afectar la imagen nacional?			
18	¿Generar daño ambiental?			
19	¿Ocasionar lesiones físicas o pérdida de vidas humanas?			

2.4 IMPACTO DE LA MATERIALIZACION DE LOS RIESGOS DE CORRUPCION EN LA CONTRATACION

CONSECUENCIAS	CUENTIONAMIENTO	INDICADOR
Incumplimiento del contratista	¿Cuánto ha reducido la disponibilidad de insumos o servicios contratados?	Del 1% al 20% Muy baja
		Del 21% al 40% Baja
		Del 41% al 60% Moderado
		Del 61% al 80% Alto
		Del 81% al 100% Catastrófico
Mayor costo de los insumos o servicios contratados	¿Cuál es la proporción sobre costo respecto al presupuesto de la entidad o el sistema?	Del 1% al 20% Muy baja
		Del 21% al 40% Baja
		Del 41% al 60% Moderado
		Del 61% al 80% Alto
		Del 81% al 100% Catastrófico
Menor calidad en los insumos o servicios contratados	¿Cuántas quejas o demandas se presentan a la semana en relación con los insumos entregados o los servicios pactados	Entre 1 y 5 quejas semanales o una demanda, Muy baja
		Entre 6 y 10 quejas semanales o una demanda, baja
		Entre 11 y 15 quejas semanales o una demanda, Moderado
		Entre 16 y 30 quejas semanales o entre 2 y 10 demandas, Alto
		Más de 31 quejas semanales o más de 10 demandas, Catastrófico
	¿Cuál es la proporción de duración de los bienes contratados respecto a otros bienes similares	Entre 5% y 10% menos duración, Muy baja
		Entre 11% y 15% menos duración, Baja
		Entre 16% y 20% menos duración, Moderado
		Entre 21% y 30% menos duración, Alto
		Más de 31% menos de duración, Catastrófico
Pacientes agravados o muertos	¿Cuántos pacientes se han agravado o muerto por retrasos en la atención o entrega de bienes?	Entre 1 y 3 pacientes que desmejora su estado de salud, Muy baja
		Entre 4 y 8 pacientes que desmejora su estado de salud, Baja
		Entre 8 y 15 pacientes que desmejora su estado de salud, Alto
		Más de 15 pacientes que desmejora su estado de salud o paciente muerto, Catastrófico

2.5 MATRIZ DE ZONA DE RIESGOS DE CORRUPCION

PROBABILIDAD	PUNTAJE	ZONA DE RIESGO DE CORRUPCION				
Casi seguro	5	25 Alta	50 Extrema	75 Extrema	100 Catastrófica	125 Catastrófica
Muy probable	4	20 Alta	40 Alta	60 Extrema	80 Extrema	100 Catastrófica
Probable	3	15 Moderada	30 Alta	45 Alta	60 Extrema	75 Extrema
Poco probable	2	10 Moderada	20 Alta	30 Alta	40 Alta	50 Extrema
Muy poco probable	1	5 Moderada	10 Moderada	15 Moderada	20 Alta	20 Alta
PUNTAJE		5	10	15	20	25
IMPACTO		Muy baja	Baja	Moderado	Alto	Catastrófica

Para el caso de corrupción no es aceptable el concepto de apetito al riesgo (magnitud y tipo de riesgo que una organización está dispuesta a tolerar o retener), por lo que no se tienen zonas en las que no se esté dispuesto a intervenir o controlar, y para todos los riesgos se realizan o controles y el seguimiento pertinente. A continuación, se describen cada una de las zonas de los mapas de calor:

- 2.5.1 **Zona de Riesgo Moderada:** puntaje de 5 a 15 puntos, probabilidad muy poco probable, poco probable o probable, impacto Muy baja, baja o moderado.
 - 2.5.2 **Zona de Riesgo Alta:** puntaje de 20 a 45 puntos, probabilidad muy probable o casi seguro, impacto muy baja, baja, moderado, alto o catastrófico.
 - 2.5.3 **Zona de Riesgo Extrema:** puntaje de 50 a 80 puntos, probabilidad poco probable, probable, muy probable o casi seguro.
 - 2.5.4 **Zona de Riesgos Catastróficos:** puntaje de 100 a 125 puntos, probabilidad muy probable o casi seguro, impacto alto o catastrófica.
- 2.6 **CONTROLES:** Los controles en una entidad pueden ser voluntario, los cuales se diseñan para mejorar los procesos de manera continua y eficaz, obligatorios, al ser impuestos por los órganos de control.
 - 2.7 **CONTROLES PREVENTIVOS:** Están orientados a eliminar los factores facilitadores del riesgo, para prevenir su ocurrencia o materialización, y constituye la primera línea de defensa contra los riesgos, y a su vez son acciones para disminuir las intervenciones de los agentes generadores de riesgos.
 - 2.8 **CONTROLES DETECTIVOS:** Se diseñan para descubrir un evento, irregularidad o un resultado no previsto; estos son los que alertan sobre la presencia de los riesgos y permiten la toma de decisiones inmediatamente. Estos controles a su vez ofrecen otra barrera frente a los riesgos, ya que pueden informar y registrar la ocurrencia de los hechos no deseados, accionar alarmas, bloquear la operación de un sistema, monitorear, o alertar a los funcionarios.
 - 2.9 **CONTROLES DE PROTECCION:** Son usados para neutralizar los efectos de los eventos no deseados y el alcance de los daños, el propósito es mitigar o eliminar el riesgo. Pueden ser activos, cuando requieren para su funcionamiento de la actuación del servidor público, bien en su activación o en su operación, o pasivos, si no la requieren. Son más costosos que los preventivos y requieren refuerzo en capacitación.
 - 2.10 **CONTROLES CORRECTIVOS:** Estos combaten o eliminan los factores facilitadores del riesgo, permitiendo el restablecimiento de la actividad después de ser detectado el evento indeseable o

las acciones que propician la ocurrencia. Este tipo de controles solo se establecen cuando los controles preventivos no operan, ya que posibilitan mejorar las deficiencias, actuando de algún modo como los controles detectivos, pero estos implican reprocesos y son más costosos porque actúan cuando ya se han presentado hechos que implican pérdidas para la entidad. La mayoría son de tipo administrativo y requieren políticas o procedimientos para su ejecución.

BIBLIOGRAFIA

- *GUÍA PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN EN ENTIDADES DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO AGOSTO 2019 – Versión 2 Supersalud, Grupo de Educación en Salud Universidad de Antioquia.*
- *RECOMENDACIONES DE POLÍTICA: EN BUSCA DE UNA MAYOR INTEGRIDAD Y TRANSPARENCIA EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO – “ES POSIBLE VIVIR SIN CORRUPCIÓN” Supersalud, Minsalud, Grupo de Educación en Salud Universidad de Antioquia, FIIAPP, Actue, Unión Europea”.*

6. RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD:

El Consejo de Administración y la Alta Dirección son los responsables de promover una cultura y un comportamiento ético, comunicando la importancia y responsabilidad, que tienen todos los Empleados, Proveedores, Clientes y demás grupos de interés (internos y externos) en el proceso de prevención y detección de eventos de corrupción, de opacidad, de fraude (COF) y de soborno y de soborno transnacional (ST), garantizando los recursos necesarios para asegurar el cumplimiento ético y transparente.

Además, son responsables de intervenir de forma inmediata las acciones que pueden constituir un evento de corrupción, de opacidad, de fraude (COF) y de soborno y de soborno transnacional (ST), de ejecutar los controles a su cargo, reportar los incidentes sospechosos a través del canal establecido y cooperar con las investigaciones que de allí se puedan derivar.

Cualquier omisión de reporte y/o de cooperación con las investigaciones constituirá una falta frente al cumplimiento la política de anticorrupción, antifraude y antisoborno, el código de ética y de buen gobierno, el código de integridad y el programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

Contenido

1.	GENERALIDADES.....	6
2.	OBJETIVO	6
3.	RECURSOS.....	6
4.	CONDICIONES ESPECIALES	6
5.	ACTIVIDADES	7
	DEFINICIONES:	7
	“SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)”	10
	CAPÍTULO I “LINEAMIENTOS GENERALES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)”	10
	SEGMENTACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS	15
a)	Metodologías para la segmentación de los factores de riesgos.	15
b)	Errores frecuentes en la segmentación de los factores de riesgos.	16
i.	CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS	17
c)	Identificación de riesgos:	17
d)	Evaluación y medición de riesgos:	18
e)	Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos:	19
f)	Seguimiento y monitoreo:	21
ii.	POLÍTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS	22
	Aspectos de las “Políticas de Gestión de Riesgos”:.....	22
iii.	PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS	28
	TIPOS DE RIESGO:	28
i.	RIESGO ACOSO LABORAL:	28
ii.	RIESGO ACTUARIAL:	28
iv.	RIESGO DE CRÉDITO (SARC):.....	29
v.	RIESGO FALLAS DE MERCADO:.....	29
vi.	RIESGO DE GRUPO:	29
vii.	RIESGO DE LIQUIDEZ (SARL):	30
viii.	RIESGO DE MERCADO DE CAPITAL:	30
ix.	RIESGO ECONÓMICO:.....	30

x.	RIESGO ESTRATÉGICO:	30
xi.	RIESGO LEGAL:.....	30
xii.	RIESGO EN SALUD:	31
xiii.	RIESGO OPERACIONAL (SARO):.....	33
xiv.	RIESGO REPUTACIONAL:	34
xv.	RIESGO SARLAFT-FPADM de Contagio:	34
xvi.	RIESGO SARLAFT-FPADM Legal:.....	34
xvii.	RIESGO SARLAFT-FPADM Operativo:.....	34
xix.	RIESGO SICOF Corrupción:.....	35
xx.	RIESGO SICOF Opacidad:.....	35
xxi.	RIESGO SICOF Fraude:.....	35
xxii.	RIESGO PTEE-I Soborno:.....	35
xxiii.	RIESGO DE GOBIERNO CORPORATIVO:	35
xxiv.	RIESGO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:	36
xxv.	RIESGO DE INFRAESTRUCTURA TÉCNICA Y LOCATIVA:	36
xxvi.	RIESGO POBLACION:.....	37
xxvii.	RIESGO SATISFACCIÓN:	37
iv.	DOCUMENTACIÓN PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS	37
v.	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	40
	Representante Legal:	40
	Área de Control Interno responsable de la Gestión de Riesgos:.....	41
vi.	INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	43
vii.	DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CAPACITACIONES	44
	CAPÍTULO II “LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS”.....	45
	“SUBSISTEMAS DE RIESGOS”.....	45
	UNO. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN SALUD.	45
	Ciclo general de la gestión del Riesgo en Salud.....	45
a)	Identificación del Riesgo en Salud:	45
b)	Evaluación y medición del Riesgo en Salud:	46
c)	Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo en Salud:	47
d)	Seguimiento y monitoreo del Riesgo en Salud:	48
	Límites de exposición del Riesgo en Salud.....	48

DOS. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL (SARO)..... 51

Ciclo general de la gestión del Riesgo Operacional (SARO).....	51
a) Identificación del Riesgo Operacional (SARO):	51
b) Evaluación y medición del Riesgo Operacional (SARO):.....	53
c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo Operacional (SARO):.....	53
d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo Operacional (SARO):.....	54
Acreditación con soportes de todas las operaciones, negocios y contratos.....	54
Límites de exposición del Riesgo Operacional (SARO).	54

TRES. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL. 56

Ciclo general de la gestión del Riesgo Actuarial.	56
a) Identificación del Riesgo Actuarial:	56
b) Evaluación y medición del Riesgo Actuarial:.....	57
c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo Actuarial:	58
d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo Actuarial:.....	59
Límites de exposición del Riesgo Actuarial.	59

CUATRO. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO (SARC)..... 60

Ciclo general de la gestión del Riesgo de Crédito (SARC).	60
a) Identificación del Riesgo de Crédito (SARC):	60
b) Evaluación y medición del Riesgo de Crédito (SARC):.....	60
i) En el caso de los deudores / cuentas por cobrar:	61
ii) En el caso de los instrumentos financieros:	61
c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Crédito (SARC):.....	61
Límites de exposición crediticia y de pérdida tolerada:	61
Deterioro de los activos:	61
Capital expuesto al riesgo:	62
Recuperación de cartera:	62
d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Crédito (SARC):.....	62
Límites de exposición del Riesgo de Crédito (SARC).	63

CINCO. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ (SARL)..... 64

Ciclo general de la gestión del Riesgo de Liquidez (SARL).....	64
a) Identificación del Riesgo de Liquidez (SARL):	64
Activos:	64
Pasivos:	65
b) Evaluación y medición del Riesgo de Liquidez (SARL):.....	65
c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Liquidez (SARL):	65
d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Liquidez (SARL):.....	66
Límites de exposición del Riesgo de Liquidez (SARL).	66
SEIS. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES.....	67
Ciclo general de la gestión del Riesgo de Mercado de Capitales.	67
a) Identificación del Riesgo de Mercado de Capitales:.....	67
b) Evaluación y medición del Riesgo de Mercado de Capitales:	67
c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Mercado de Capitales:	68
d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Mercado de Capitales:.....	69
Límites de exposición del Riesgo de Mercado de Capitales.	69
SIETE. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE GRUPO.	70
OCHO. OTROS RIESGOS: GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO FALLAS DE MERCADO.....	71
Ciclo general de la gestión del Riesgo de Fallas de Mercado.	71
a) Identificación del Riesgo de Fallas de Mercado:	71
b) Evaluación y medición del Riesgo de Fallas de Mercado:	72
c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Fallas de Mercado:	72
d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Fallas de Mercado:	73
Límites de exposición del Riesgo de Fallas de Mercado.....	73
OCHO.UNO OTROS RIESGOS: GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO REPUTACIONAL.....	74
Ciclo general de la gestión del Riesgo Reputacional.	74
a) Identificación del Riesgo Reputacional:	74
b) Evaluación y medición del Riesgo Reputacional:.....	74

c)	Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo Reputacional:	75
d)	Seguimiento y monitoreo del Riesgo Reputacional:.....	76
	Límites de exposición del Riesgo Reputacional.	76
NUEVE. RIESGO DE GOBIERNO CORPORATIVO.		77
	Ciclo general de la gestión del Riesgo de Gobierno Corporativo.....	77
a)	Identificación del Riesgo de Gobierno Corporativo:	77
b)	Evaluación y medición del Riesgo de Gobierno Corporativo:	77
c)	Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Gobierno Corporativo:.....	77
d)	Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Gobierno Corporativo:	78
	Límites de exposición del Riesgo de Gobierno Corporativo.	78
DIEZ. RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT-FPADM).		79
ONCE. RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE (SICOF).		79
DOCE. RIESGO DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I). Incluye la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST).		79
TRECE. RIESGO TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.		79
6. RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD		80

1. GENERALIDADES

La Fundación Instituto Neurológico de Colombia, de acuerdo a su estructura organizacional y a su objeto misional determina la implementación y la ejecución de mejores prácticas organizacionales mediante el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.

2. OBJETIVO

Desarrollar cada uno de los lineamientos planteados por la Superintendencia Nacional de Salud Supersalud en la circular 20211700000004-5 de 2021, mediante la estructuración eficiente, efectiva y oportuna del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” para identificar, evaluar, medir, controlar y monitorear cada uno de los riesgo prioritarios planteados por dicho ente y asociados a la Institución.

3. RECURSOS

3.1 TALENTO HUMANO: Jefe de control interno y persona de apoyo.

3.2 EQUIPOS BIOMÉDICOS U OTROS EQUIPOS: Computador.

3.3 MEDICAMENTOS: No aplica.

3.4 DISPOSITIVOS MÉDICOS Y/O INSUMOS: No aplica

4. CONDICIONES ESPECIALES

Definir y aplicar los lineamientos y políticas claras asociados al “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.

4.1 Información

Elementos del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.

4.1.1 Información requerida

Direccionamiento Estratégico.

4.1.2 Información generada

Gestión integral de los riesgos.

4.1.3 Controles de la información

Metodología COSO.

Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos.

Seguimiento y monitoreo.

5. ACTIVIDADES

DEFINICIONES: ¹

Apetito al riesgo: El apetito al riesgo es la cantidad de riesgo que una organización está dispuesta a asumir para alcanzar sus objetivos estratégicos.

Atención en salud: Servicios o tecnologías en salud suministrados a los individuos y a la comunidad para promover, mantener, monitorizar o restaurar el estado de salud.

Categorías de riesgos prioritarios o Subsistemas de Riesgo: Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión definidos por la Supersalud. Cabe resaltar que la Institución debe gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, y dependerá de la discrecionalidad que se le dé para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes “Subsistemas de Riesgo” y así cumplir con los requisitos de la Supersalud, Gobernación de Antioquia, Clientes, entre otros.²:

Ciclo general de gestión de riesgo: Son las etapas que incorpora un “Subsistema de Riesgos” para cada uno de los tipos o categorías de riesgo identificadas.

Controles: Medidas prudenciales, preventivas y correctivas que ayudan a contrarrestar la exposición a los diferentes riesgos. Entre estas se encuentra la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras estrategias de gestión.

Factores de riesgo (agente generador): Fuentes generadoras de eventos tanto internos como externos 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.

Falla de mercado: Una situación en la que un mercado no asigna eficientemente los recursos por sí solo.

Gestión de riesgo: Es un enfoque estructurado y estratégico liderado por la Alta Gerencia acorde con las políticas de gobierno organizacional, en donde se busca implementar un conjunto de acciones y actividades coordinadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia o mitigar el impacto de un evento de riesgo potencial (incertidumbre) que pueda afectar los resultados y, por ende, el logro de los objetivos, o sus obligaciones. Dentro de este conjunto de acciones se incluye, entre otros, el “Ciclo General de Gestión de Riesgos”.

¹ Circular 20211700000004-5 sep 15-2021 Supersalud (Código Buen Gobierno, Sistema de Riesgos y sus subsistemas) - Definiciones.

² Circular 20211700000004-5 sep 15-2021 Supersalud (Código Buen Gobierno, Sistema de Riesgos y sus subsistemas) página 8 de 60

Grupos de riesgo: Conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios.

Gobierno organizacional: Es el conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables, mediante los cuales se dirige y se tiene como objeto la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión se realice bajo los principios de transparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario; además proporciona herramientas técnicas y jurídicas que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión.

Límite de exposición al riesgo: Los límites de exposición al riesgo o límites de riesgo son aquellos indicadores de tolerancia máxima ó mínima que la Institución está dispuesta a asumir en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse de forma adversa, existen un conjunto de acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable por la naturaleza de las operaciones la Institución.

Metodología COSO: El Comité de Organizaciones Patrocinadores de la Comisión Treadway (COSO) (Comité de organizaciones patrocinadoras del Treadway) es un marco de control interno que fue constituido en los años 90 para proporcionar liderazgo organizacional en tres frentes: gestión del riesgo empresarial (ERM), control interno, y disuasión del fraude. Precisamente, este marco fue diseñado por representantes de cinco organizaciones del sector privado de los Estados Unidos, tras una crisis de fraude internacional para evitar malas prácticas empresariales.

De acuerdo con el modelo, el Control Interno es un proceso que se gestiona por la dirección y el resto del personal de una organización, diseñado con el objeto de proporcionar seguridad en la eficacia y eficiencia de las operaciones, confiabilidad de la información financiera y cumplimiento de la normativa para garantizar el logro de objetivos.

Este marco aborda temas trascendentales en una correcta gestión de riesgos como apetito y tolerancia de riesgos, así como una visión de riesgos desde todas sus perspectivas, impactos y probabilidades.

Nivel de riesgo: Probabilidad de que un evento pueda ocurrir y el impacto que ocasione.

Pérdidas: Cuantificación económica que representa la materialización de un evento de Riesgo Operacional, donde se incluyen los gastos derivados de su atención.

Perfil de riesgo: Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesto la Institución.

Principio de autocontrol: Es la capacidad de todos y cada uno de los empleados de la Institución, independientemente de su nivel jerárquico para evaluar y controlar su trabajo,

orientarlo a la satisfacción del derecho a la salud de los usuarios, detectar desviaciones y efectuar correctivos en el ejercicio y cumplimiento de sus funciones, así como para mejorar sus tareas y responsabilidades.

Principio de autorregulación: Se refiere a la capacidad de la Institución para desarrollar y aplicar métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y mejoramiento del Sistema de Control Interno (SCI), dentro del marco de las disposiciones aplicables.

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

Basado en los principios mencionados, el Sistema de Control Interno (SCI) establece las acciones, los métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, de control, de evaluación y de mejoramiento continuo de la entidad que le permiten tener una seguridad razonable acerca de la consecución de sus objetivos, cumpliendo las normas que la regulan.³

Riesgo: Posibilidad que ocurra un evento que pueda afectar negativamente el cumplimiento de la operación.

Riesgo absoluto (inherente): Nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control.

Riesgo neto o residual: Nivel de riesgo que resulta luego de la aplicación de las medidas de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.

Riesgo neto global: Resultado de la combinación de cada uno de los riesgos residuales, teniendo en cuenta la importancia relativa que a cada categoría de riesgo le haya asignado la Institución.

Tolerancia al riesgo: Se refiere a lo que una empresa se puede permitir al gestionar riesgos y que, en caso de aparecer, tiene que ser capaz de soportar. También sirve como una alerta para evitar llegar a la capacidad de riesgo.

³ Circular Externa 000003 de 24 de mayo de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud. medida 56

“SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)”

CAPÍTULO I “LINEAMIENTOS GENERALES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)”

“SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)”

La Institución en el desarrollo de su objeto social tiene actividades y operaciones diarias donde se ve expuesta a diversos riesgos inherentes que deben ser identificados y administrados en un “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, que promueva los principios del autocontrol, la autorregulación y la autogestión, de manera que permita generar alertas tempranas al interior de la misma; y adicionalmente dar cumplimiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” y los “Subsistemas de Riesgos” deben contar con los siguientes elementos como mínimo que se describen a continuación:

Y

“SUBSISTEMAS DE RIESGOS”

Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión definidos por la Superintendencia Nacional de la Salud Supersalud⁴, la Gobernación de Antioquia, los clientes, entre otros. Cabe resaltar que la Institución debe gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, y dependerá de la discrecionalidad que se le dé para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes “Subsistemas de Riesgo” que se enuncian más adelante y que son requisitos de la Supersalud.

⁴ Los tipos de riesgos del 1 al 8 corresponden a la Circular 20211700000004-5 sep 15-2021 Supersalud (Código Buen Gobierno, Sistema de Riesgos y sus subsistemas).

El tipo de riesgo Gobierno Corporativo corresponde a la exigencia de la Supersalud (187 preguntas).

El tipo riesgo SARLAFT-FPADM y SICOF corresponden a la Circular 20211700000005-5 sep 17-2021 Supersalud.

El tipo de riesgo PTEE corresponden a la Circular 20221510000053-5 ago 5-2022 Supersalud.

Ley 1010 de 2006 - Gestor Normativo. (s/f). Gov.co. Recuperado el 18 de agosto de 2022, de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=18843>

RESUMEN “ELEMENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)”

- Segmentación de los Factores de Riesgos. (M. 50.1 Cir 5-5/2021)
- i) Ciclo General de Gestión de Riesgos. (Cir 4-5/2021)
- Límites de Exposición de Riesgos. (Cir 4-5/2021)
- ii) Políticas de Gestión de Riesgos. (Cir 4-5/2021)
- iii) Procesos y Procedimientos para la Gestión de Riesgos. (Cir 4-5/2021)
- iv) Documentación para la Gestión de Riesgos. (Cir 4-5/2021)
- v) Estructura Organizacional. (Cir 4-5/2021)
- vi) Infraestructura Tecnológica. (Cir 4-5/2021)
- vii) Divulgación de la Información y Capacitaciones. (Cir 4-5/2021)

ELEMENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)

-Segmentación de los Factores de Riesgos. (M. 50.1 Cir 5-5/2021)

i) Ciclo General de Gestión de Riesgos: (Cir 4-5/2021)

a) Identificación de riesgos.

Descripción del riesgo.
Identificación de factores de riesgo (agente generador).
Identificación de los efectos.
Causas.

b) Evaluación y medición de riesgos.

Frecuencia (Probabilidad) de ocurrencia del riesgo
"X (por)"
Impacto (Severidad) de pérdida que puede causar en caso de su materialización
"= (igual)"
Evaluación de riesgo (Zona de Riesgo): Bajo, Moderado, Alto, Extremo

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos.

CONTROL DEL RIESGO: Evitar / Eliminar la actividad que lo genera.
CONTROL DEL RIESGO: Prevenir el riesgo.
CONTROL DEL RIESGO: Proteger la empresa.
FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Transferir a un tercero.
FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Aceptar el riesgo.
FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Retener las pérdidas.

d) Seguimiento y monitoreo.

Comparar el riesgo absoluto con el riesgo residual.
Generar indicadores.
Proponer planes de acción.
Sistema de alertas tempranas.
Entre otros seguimientos y monitoreo que aplique.

-Límites de Exposición de Riesgos. (Cir 4-5/2021) (M. 50.1 Cir 5-5/2021)

ii) Políticas de Gestión de Riesgos. (Cir 4-5/2021)

iii) Procesos y Procedimientos para la Gestión de Riesgos. (Cir 4-5/2021)

iv) Documentación para la Gestión de Riesgos. (Cir 4-5/2021)

v) Estructura Organizacional. (Cir 4-5/2021)

vi) Infraestructura Tecnológica. (Cir 4-5/2021)

vii) Divulgación de la Información y Capacitaciones. (Cir 4-5/2021)

SUBSISTEMAS DE RIESGOS

1. Subsistema de Gestión del riesgo en salud.
2. Subsistema de Gestión del riesgo operacional (SARO).
3. Subsistema de Gestión del riesgo actuarial.
4. Subsistema de Gestión del riesgo de crédito (SARC).
5. Subsistema de Gestión del riesgo de liquidez (SARL).
6. Subsistema de Gestión del riesgo de mercado de capitales.
7. Subsistema de Gestión del riesgo de grupo (No aplica para la Institución).
8. Otros riesgos: Subsistema de Gestión del riesgo de fallas de mercado.
- 8.1 Otros riesgos: Subsistema de Gestión del riesgo reputacional.
9. Subsistema de Gestión de riesgo de gobierno corporativo.
10. Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPADM).
11. Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF).
12. Programa de Transparencia y Ética Empresarial Integral (PTEE-I): Incluye la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST).
13. Tratamiento Protección de Datos Personales.

TIPOS DE RIESGOS

- I. RIESGO ACOSO LABORAL.
- II. RIESGO ACTUARIAL.
- III. RIESGO AMBIENTAL.
- IV. RIESGO DE CRÉDITO (SARC).
- V. RIESGO FALLAS DE MERCADO.
- VI. RIESGO DE GRUPO (No aplica)
- VII. RIESGO DE LIQUIDEZ (SARL).
- VIII. RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES.
- IX. RIESGO ECONÓMICO.
- X. RIESGO ESTRATÉGICO.
- XI. RIESGO LEGAL.
- XII. RIESGO EN SALUD.
- XIII. RIESGO OPERACIONAL (SARO).
- XIV. RIESGO REPUTACIONAL.
- XV. RIESGO SARLAFT-FPADM de Contagio.
- XVI. RIESGO SARLAFT-FPADM Legal.
- XVII. RIESGO SARLAFT-FPADM Operativo.
- XVIII. RIESGO SARLAFT-FPADM: Reputacional.
- XIX. RIESGO SICOF Corrupción.
- XX. RIESGO SICOF Opacidad.
- XXI. RIESGO SICOF Fraude.
- XXII. RIESGO PTEE-I Soborno.
- XXIII. RIESGO DE GOBIERNO CORPORATIVO.
- XXIV. RIESGO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
- XXV. RIESGO DE INFRAESTRUCTURA TÉCNICA Y LOCATIVA.
- XXVI. RIESGO POBLACION.
- XXVII. RIESGO SATISFACCIÓN.

SEGMENTACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGOS

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).

El proceso de “**segmentación de los factores de riesgo**” debe garantizar que, una vez finalizado el proceso de identificación de los segmentos, estos tengan características que los hagan diferentes, al comparar un segmento con los demás (heterogeneidad), y que al analizar los individuos que componen un mismo segmento, estos tengan características que los hagan similares (homogeneidad) al comparar la distribución en sus variables de segmentación.

Heterogéneo: Diferente. Ejemplo: A la fiesta asistió un grupo heterogéneo de artistas, políticos y arribistas sociales.

Homogéneo: Está compuesto por elementos muy similares o de igual naturaleza.

La Institución de acuerdo a su tamaño, a los riesgos y a la necesidad, determinará la implementación de la “**segmentación de los factores de riesgo**”, ya que es un tema amplio y requiere dedicación de diferentes recursos.

a) Metodologías para la segmentación de los factores de riesgos.

Teniendo en cuenta los criterios de homogeneidad y heterogeneidad que deben cumplirse en el proceso de “segmentación de los factores de riesgo”, surge la inquietud de cuál es la técnica que se debería utilizar en la definición de dicho proceso, y que garantice la adecuada gestión y administración de los factores de riesgo.

Segmentación basada en Clustering (Conglomerados).

Los modelos de conglomerados se centran en la identificación de grupos (Clúster) de registros similares y en el etiquetado de registros según el grupo al que pertenecen. Los métodos de conglomerado se basan en la medición de distancias entre registros y entre conglomerados. Los registros se asignan a los grupos de un modo que tiende a disminuir la distancia entre los registros pertenecientes al mismo conglomerado (Clúster).

Segmentación basada en Árboles de Clasificación.

Son métodos de aprendizaje inductivos que utilizan la estructura de un árbol para llegar a una decisión específica mediante la aplicación de reglas. Una de las ventajas de utilizar este tipo de técnica en el proceso de segmentación de los factores de riesgo, consiste en que la caracterización de los segmentos está dada por la aplicación de cada una de las reglas del árbol.

Segmentación basada en el Criterio de Expertos.

Uno de los métodos más conocidos es la Metodología Delphi. Si bien es una técnica bastante utilizada al tener un componente alto de subjetividad, puede cumplir o no con los

criterios de homogeneidad y heterogeneidad, al no hacer uso de métodos estadísticos. Esta técnica, más que llevar a cabo el proceso completo de segmentación de factores de riesgo, puede aportar, por ejemplo, en el proceso de definición de variables a utilizar en el mismo.

¿Qué hacer después de la segmentación?

Aplicar las etapas de:

- *Identificación de riesgos.
- *Evaluación y medición de riesgos.
- *Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos.
- *Seguimiento y monitoreo.

De esta manera se tendrían identificados y gestionados riesgos específicos que pueden ser aplicables a cada segmento.

Determinar las características usuales o parámetros de normalidad de las transacciones. Al utilizar variables del orden transaccional, es posible identificar el “comportamiento usual” de cada uno de los segmentos.

Generar operaciones inusuales basadas en el criterio del comportamiento transaccional de cada segmento. Una vez determinados los parámetros de normalidad de las transacciones de cada uno de los segmentos, la Institución debe estar en capacidad de identificar aquellos casos en los cuales dicho comportamiento se sale de los parámetros de normalidad de acuerdo a lo establecido.

b) Errores frecuentes en la segmentación de los factores de riesgos.

Uno de los errores más comunes es llegar a pensar en que este es un proceso que está diseñado para detectar posibles operaciones de lavado de activos o financiación del terrorismo; o que es un proceso mediante el cual se mide la probabilidad que tiene cada segmento de materializar un riesgo determinado.

La **segmentación de los factores de riesgo** es el punto de partida para que la Institución pueda aplicar las etapas de gestión de riesgo:

- Identificación de riesgos.
- Evaluación y medición de riesgos.
- Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos.
- Seguimiento y monitoreo.

Una vez terminado el proceso de segmentación, este debe ser actualizado de manera periódica de acuerdo con la dinámica de la Institución y al giro ordinario del negocio.

I. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS

La Institución se encarga de diseñar el “Ciclo General de Gestión de Riesgos”, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear cada uno de los riesgos, mediante un respectivo análisis previo de la información y relacionándola con la situación actual.

La revisión del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” se debe realizar de **manera anual**, con el fin de poder definir y actualizar su información. Determinando qué tan eficaz ha sido el manejo de los controles y planes de acción que se han llevado a cabo para la disminución de los riesgos y establecer nuevos controles necesarios, si aplica.

c) Identificación de riesgos:

Es una de las etapas más importantes en el proceso de administrar los riesgos. Permite a la Institución poner al descubierto situaciones y tomar conciencia de las posibilidades y peligros que pueden enfrentar en su actuar. En esta primera etapa, se debe permitir reconocer, explorar y documentar todos los riesgos internos y externos que podrían afectar tanto a los objetivos estratégicos de la Institución como la salud de los usuarios a los que se les presta el servicio.

Para la correcta identificación de cada uno de los riesgos, es importante establecer métodos de identificación como entrevistas, comités, indicadores, lluvia de ideas, literatura, técnicas de escenarios, entre otros, y así desarrollar de forma eficaz, eficiente y efectiva el “Ciclo General de Gestión de Riesgos”.

Este sería el punto de partida en donde se hace énfasis en discriminar cada uno de los lineamientos a tratar con el fin de definir cuáles son los riesgos asociados a la Institución que podrían materializarse y que acciones se deben implementar para el correcto manejo de la gestión de riesgos.

Se tienen en cuenta la descripción del riesgo, identificación de factores de riesgo (agente generador), identificación de los efectos y causas.

Descripción del riesgo: Se describe en qué consiste cada uno, es decir, la forma como se considera podría presentarse.

Identificación factores de riesgo (agente generador): Son circunstancias o características que implican una mayor probabilidad de operaciones sospechosas asociadas al riesgo.

Identificación de los efectos: Los efectos representan las pérdidas que la ocurrencia de los riesgos le acarrea a la Institución, al verse afectado el cumplimiento de sus objetivos. Los más representativos: Pérdidas económicas, pérdida de información, pérdida de bienes, interrupción de los servicios, daño del ambiente, deterioro de la imagen, pérdida de mercado y muerte o lesiones de las personas. En la práctica suelen confundirse los riesgos con sus efectos.

Causas: Las causas siempre están relacionadas con los agentes generadores. Incrementan la posibilidad de ocurrencia del riesgo. Se recomienda, al momento de

identificar las causas de los riesgos, orientar el análisis sobre las causas que son producidas al interior o al exterior de la Institución y que puede controlarse. Las que no pueden controlarse sólo sirven de información general, porque la Institución no puede incidir sobre ellas. Se recomienda utilizar las palabras: falta de, ausencia de, fallas en, exceso de, carencia, deficiencia, descuido, entre otras.

d) Evaluación y medición de riesgos:

Una vez se han identificado los riesgos, es necesario determinar su magnitud, es decir, establecer qué tan representativos son en la Institución. Para ello se realizan dos análisis sobre:

Evaluación y medición de riesgos:

Frecuencia (Probabilidad) de ocurrencia del riesgo

“X (por)”

Impacto (Severidad) de pérdida que puede causar en caso de su materialización

“= (igual)”

Evaluación de riesgo (Zona de Riesgo): Bajo

Moderado

Alto

Extremo

La zona de riesgo (calificación del riesgo) se obtiene al multiplicar el valor asignado a la Frecuencia (Probabilidad) por el Impacto (Severidad), basándose en las causas y efecto que están ligadas con la identificación del riesgo. Así genera el resultado de la zona de riesgo y por ende, se puede comenzar a emplear las medidas necesarias para la correcta disminución o eliminación de los riesgos que detecta la Institución.⁵

Para ponderar la Frecuencia (Probabilidad) por el Impacto (Severidad), se utilizan tablas y tienen asignado un nombre, un valor y la descripción del significado del nombre. Los valores asignados a los niveles de la frecuencia se incrementan en forma lineal, de uno a uno, y los del impacto se incrementan en forma geométrica, dando un valor mayor a cada nivel subsiguiente de la tabla; esto con el fin de asignar un peso más representativo a los valores del impacto, porque ésta es la variable que afecta primordialmente cuando se materializa un riesgo.

Representación gráfica en la siguiente matriz Evaluación del Riesgo:

⁵ La Matriz de Riesgo, se encuentra asociada a un software, el cual está a disposición de la Institución y de los entes de control que lo requieran.

FRECUENCIA (PROBABILIDAD)	Constante					
	Frecuente					
	Moderado		2023-08-0344			
	Ocasional					
	Remoto					
		Leve	Moderado	Critico	Severo	Catastrófico
IMPACTO (SEVERIDAD)						

0 - 0,0%	Bajo	1 - 100,0%	Moderado	0 - 0,0%	Alto	0 - 0,0%	Extremo
Total escenarios: 1							

e) Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos:

Una vez identificados y evaluados los riesgos, se deciden las medidas con las cuales se van a manejar⁶, complementado con los “Límites de exposición al riesgo” (tolerancia) aprobados por la Institución y en coherencia con la política de riesgos y aunado al cumplimiento de las normas.

Se deben determinar las acciones tendientes a gestionar los riesgos a los que se ve expuesto la Institución, de acuerdo con los niveles de riesgo determinados y las tolerancias al riesgo definidas.

Tratamiento del Riesgo:

CONTROL DEL RIESGO: Evitar / Eliminar la actividad que lo genera.

CONTROL DEL RIESGO: Prevenir el riesgo.

CONTROL DEL RIESGO: Proteger la empresa.

FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Transferir a un tercero.

FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Aceptar el riesgo.

FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Retener las pérdidas.

CONTROL DEL RIESGO: Evitar / Eliminar la actividad que lo genera: Para evitar un riesgo se parte del principio de que su probabilidad es alta y representa un alto peligro para la Institución, porque podría traer consecuencias serias en caso de que ocurriera. Algunas formas de evitar un riesgo es no emprendiendo un nuevo proyecto evaluado como no viable, eliminando la actividad que genera un riesgo o sustituyéndola por otra que no sea tan peligrosa o que no produzca tantas pérdidas, como la suspensión de alguna línea

⁶ Libro Administración de Riesgos un enfoque empresarial (Rubi Consuelo Mejía Quijan) (Mejía, 2006), p. 51.

de producción, negocio, mercado objetivo, canal de distribución o medio de transporte entre otros. (Mejía, 2006), p. 52.

CONTROL DEL RIESGO: Prevenir el riesgo: Prevenir significa anticiparse, actuar antes de que ocurra algo. En el caso de la prevención de los riesgos, se toman medidas para que su probabilidad de ocurrencia disminuya. Estas medidas son las más conocidas y usadas en el medio, y las más efectivas, pues implican menores costos de tratamiento al evitar las pérdidas que pudiera acarrear la materialización de los riesgos. Algunas medidas de prevención tienen que ver con el diseño de procedimientos, las políticas de selección, capacitación y entrenamiento del personal. La prevención actúa sobre las causas de los riesgos. (Mejía, 2006), p. 52.

CONTROL DEL RIESGO: Proteger la empresa: Proteger significa defender una persona o cosa de un perjuicio o peligro, poniéndole algo encima, rodeándole. Desde el punto de vista de los riesgos, al proteger se diseñan medidas que deben actuar sobre los recursos amenazados (personas, materiales, información, imagen, entre otros) para evitar pérdidas en el evento de ocurrir un riesgo. Estas medidas pueden ser tan sencillas como un casco protector de uso diario según la actividad, hasta la elaboración de un plan de manejo de crisis. La protección actúa sobre los efectos de los riesgos. (Mejía, 2006), p. 52.

FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Transferir a un tercero: Consiste en trasladar las pérdidas a otras empresas, a través de la elaboración de arreglos contractuales o de la suscripción de contratos de seguro, en los cuales por el pago de una cuota llamada prima, el asegurador se hace responsable de las pérdidas que ocasionen los riesgos representados.

Otro tipo de mecanismo para transferir parte del riesgo se da con los contratos a riesgo compartido, que consisten en una distribución tanto de ganancias como de pérdidas entre las partes que lo celebran. Si el negocio objeto del contrato acarrea pérdidas, estas son asumidas en la proporción pactada por las partes en el contrato.

Otro ejemplo de transparencia de riesgos, puede darse mediante la contratación de las actividades o servicios de alto riesgo y la concertación de condiciones que regulen la responsabilidad ante ellos: servicios de transporte de fondos, transporte de mercancías, vigilancia, descontaminación, leasing, entre otros. (Mejía, 2004, p. 81) (Mejía, 2006), p. 52.

FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Aceptar el riesgo: Aceptar significa asumir, hacerse cargo o responsabilizarse de algo. Cuando se acepta un riesgo se asumen las consecuencias en el momento que se presente. Los riesgos se aceptan cuando su frecuencia es baja y su impacto es leve, y no ponen en peligro la estabilidad de la Institución.

La decisión de aceptar un riesgo debe ser estudiada. No debe responder a una acción inconsciente, fruto del desconocimiento o fallas en la identificación o evaluación del riesgo. En ocasiones se hace necesario aceptar riesgos obligatoriamente por no disponer en el mercado de medidas de control o transferencia que permitan adoptar una acción diferente a la aceptación del mismo. (Mejía, 2006), p. 53.

FINANCIAMIENTO DEL RIESGO: Retener las pérdidas: Significa conservar, guardar con cuidado. En el caso de los riesgos, éstos se retienen cuando se afrontan en forma planeada a través de la creación de un fondo, de una cuenta de gasto, de una provisión contable, de la destinación de una línea de crédito preestablecida, de la creación de empresas aseguradoras propias (cautivas), entre otros, con las cuales se responde ante las pérdidas causadas por su ocurrencia. (Mejía, 2006), p. 53.

f) Seguimiento y monitoreo:

En este último apartado, la Institución hace seguimiento y monitoreo a las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.

Comparar el riesgo absoluto con el riesgo residual: Analizar la evolución del riesgo y determinar si es necesario volver a intervenir en una etapa anterior, con la finalidad de replantear, el impacto y frecuencia del riesgo y sus posibles controles; este análisis se realiza de manera periódica y como mínimo una vez al año.

Generar indicadores: Tener trazabilidad histórica de la información con el fin de implementar correcciones y re ajustar o crear nuevas medidas de control, que ayuden a disminuir el impacto y la frecuencia con la que se presente los riesgos que afecten el cumplimiento de la meta, en caso de aplicar.

Proponer planes de acción: Medir los tiempos con los que se efectúan los controles y mantener un seguimiento constante de los avances que se generan en beneficio de la implementación de acciones correctivas que permitan mitigar y/o evitar los posibles riesgos.

Sistema de alertas tempranas: Tener herramientas que ayudan a detectar anticipadamente situaciones atípicas que pueden llegar a convertirse en un riesgo para la Institución, de manera que ayudan a prevenir ocasionalmente que el riesgo logre materializarse, evitando a su vez la posibilidad de que se genere un impacto negativo y posibles pérdidas dentro de la Institución.

Entre otros seguimientos y monitoreo que aplique.

ii. POLÍTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS

La Institución define las “Políticas de Gestión de Riesgos”, que contribuyen al desarrollo del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, priorizando cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.

De acuerdo a la Circular 20211700000004-5 sep 15-2021 de la Supersalud página 11 de 60:

“...Estas “Políticas de Gestión de Riesgos” deberán ser adoptadas por el Consejo de Administración, las cuales deben establecer los mecanismos y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de dichas políticas y de las normas que le son aplicables al proceso de gestión de cada riesgo inherente.

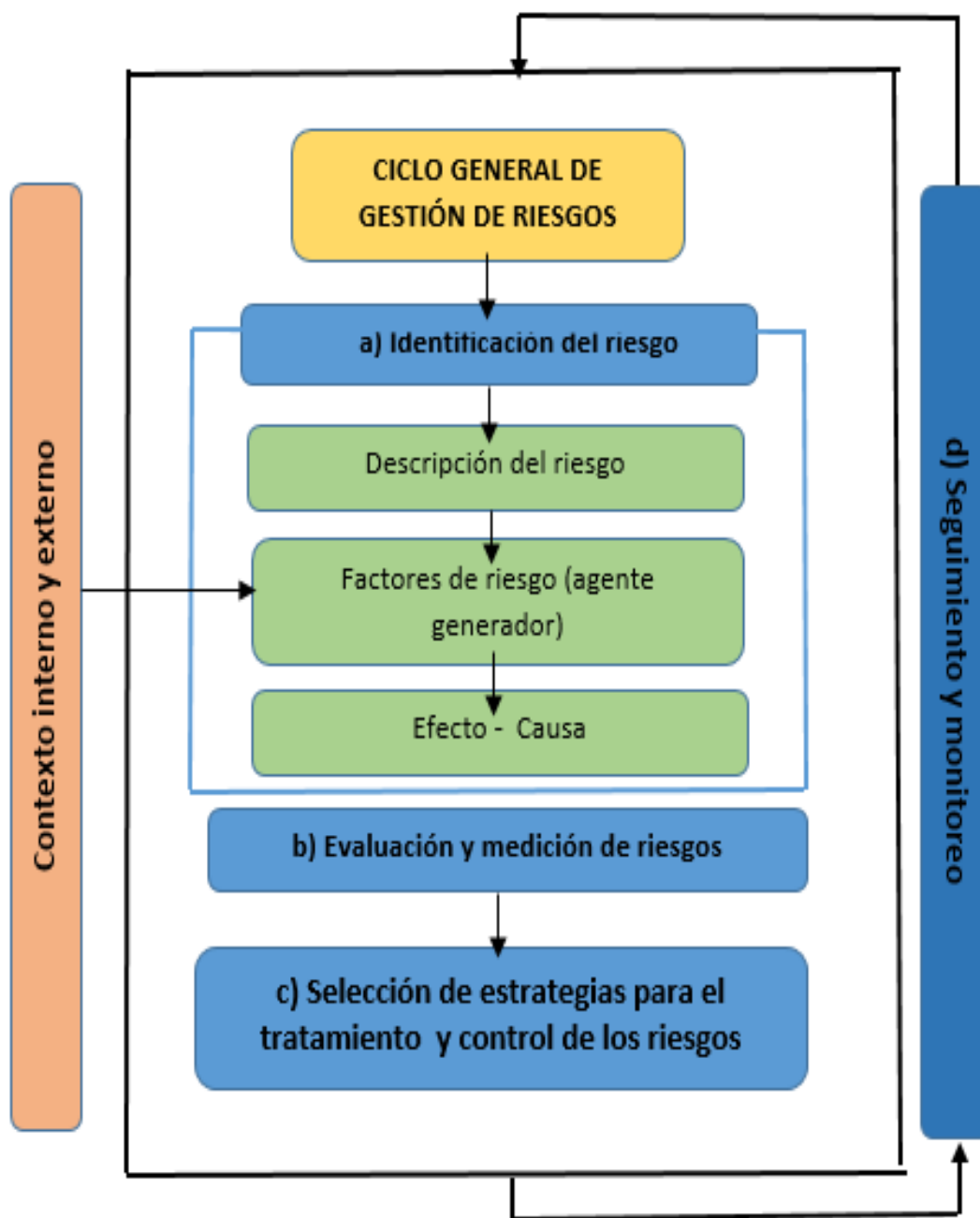
Las “Políticas de Gestión de Riesgos” deben ser revisadas como mínimo una vez al año, con el fin de actualizarlas a las condiciones particulares de la Institución y a las del mercado en general. Tanto la aprobación como las modificaciones que se efectúen a dichas políticas, deben tener constancia en acta del Consejo de Administración”.

Aunado a esto, la Institución debe promover el conocimiento de las presentes políticas y las que se desarrollen de acuerdo a los “Subsistemas de Riesgo” a todos los empleados, con el fin de promover su importancia y generar conciencia organizacional.

Aspectos de las “Políticas de Gestión de Riesgos”:

- a) Alineación de la planeación estratégica con la gestión de los diversos riesgos:**
Se establece el Direccionamiento Estratégico, el Código de ética y de buen gobierno, el Código de integridad, el Reglamento Interno de Trabajo, documentación, socialización, inducción y capacitación de los procesos, entre otros elementos, para contribuir con el logro de la planeación estratégica y el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.
- b) Cultura de autocontrol, autorregulación, autogestión y mejoramiento continuo:**
El Consejo de Administración determina y lidera una cultura de autocontrol, autorregulación, autogestión y mejoramiento continuo que oriente el desarrollo de las competencias en la gestión de riesgos a todos los niveles de la Institución.
- c) Comunicar la política de gestión de riesgos:** Se debe comunicar a todos los empleados las políticas del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” mediante capacitaciones, boletín interno, correos electrónicos u otras técnicas.

- d) Lineamientos de ética y conducta:** El Consejo de Administración promueve el actuar ético y transparente de sus empleados y todas las partes interesadas, para el efectivo funcionamiento del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”. Adicionalmente, en el “Código de ética y de buen gobierno” y en el “Código de Integridad” se tienen establecidos los lineamientos de confidencialidad de la información, manejo de información privilegiada y conflictos de interés para contribuir a las mejores prácticas organizacionales.
- e) Documentación interna y externa:** Se genera la documentación necesaria para sustentar la adecuada implementación del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, soportado en informes, instructivos, manuales, intranet, web, registros de capacitaciones, entre otros.
- f) Factores de riesgo (agentes generadores):** Deben ser identificados los agentes (usuarios, clientes y/o contrapartes, empleados, proveedores, entre otros) que puedan afectar los objetivos de una adecuada implementación del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.
- g) Criterios de las etapas del ciclo de gestión de riesgo:** Adherirse a cada una de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” en cada riesgo identificado, previamente descritos en el ítem uno (1) del presente documento y resumidos en el siguiente cuadro.



- h) Directriz en materia de exposición y nivel de tolerancia máximo:** La Institución determina que para cada uno de los “Subsistemas de Riesgo” un nivel de tolerancia máximo y límites de exposición, según las características que estos posean.
- i) Límites frente a posibles pérdidas:** La Institución determina la exposición y los límites máximos frente a los distintos tipos de riesgos, el cual es complementario al “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.

- j) **Mecanismos de seguimiento y monitoreo en caso de desviaciones:** La Institución establece diferentes comités, indicadores, planes de acción, entre otros mecanismos, para hacer seguimiento y monitoreo a los casos donde se presenten cambios significativos en el perfil de riesgo, ejemplo:
- Comportamientos aislados.
 - Desviados.
 - Se sobrepasan los límites.
 - Se presenta el incumplimiento de alguna política y/o meta.
 - Se enfrenta a cambios fuertes e inesperados.
 - Entre otros.
- k) **Acciones oportunas en respuesta a cambios en el perfil de riesgo:** En caso de variaciones en el perfil de riesgo⁷, la Institución inicia las acciones necesarias y oportunas en respuesta a los cambios; generando un plan de acción que permita mejorar y minimizar las variables asociadas al perfil de riesgo; si bien, es aceptable llegar hasta perfiles altos, sin generar pérdidas representativas, al ser una Institución sin ánimo de lucro, un nivel de riesgo alto no es fácil de controlar, por lo que se debe evaluar los niveles de tolerancia.
- l) **Revisión de las “Políticas de Gestión de Riesgos”:** Las políticas deben ser revisadas y aprobadas por el Consejo de Administración mínimo una vez al año, sin embargo, se deben ajustar cada que sea necesario según las necesidades particulares de la Institución y del sector salud.
- m) **Monitoreo periódico:** La Institución hace monitoreo periódico a través de comités semanales y/o quincenales, presentación trimestral de los planes de acción, seguimiento a indicadores, entre otros; que permite llevar un monitoreo del cumplimiento de los lineamientos y/o metas de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo” y/o de los riesgos prioritarios.
- n) **Sistemas de información y manejo de bases de datos:** La Institución establece políticas con criterios de seguridad y de calidad en su información, en las bases de datos y en cada una de sus operaciones, así como de la información remitida y respuestas a los requerimientos exigidos por los entes reguladores. Aunado al Código de ética y de buen gobierno, Reglamento Interno de Trabajo, Direccionamiento Estratégico donde se precisa el manejo de la información de forma transparente y su confidencialidad cuando aplique.
- o) **Información para la cuantificación:** A medida que se implementen más estrategias para la identificación, evaluación, control y monitoreo de los riesgos asociados, se

⁷ “Resultado consolidado de la medición de los riesgos a los que se ve expuesta una entidad”. (D. DEFINICIONES- Circular Externa 20211700000004-5 de 2021.

genera información histórica que le permite a la Institución una vez establecidas las metodologías, medir los riesgos de manera cuantitativa. De igual forma, será aplicable a los límites, niveles de tolerancia y demás variables (si así lo requiere), que puedan afectar los procesos de la Institución en relación con los “Subsistemas de Riesgo”.

- p) Documentar cambios:** Se determina que al momento de implementar los métodos de análisis cuantitativos a los riesgos, la Institución debe garantizar que en caso de utilizar un método diferente al establecido inicialmente, se debe actualizar la respectiva documentación con dichos cambios de manera adecuada.
- q) Lineamientos del sistema de control interno:** Los lineamientos del Sistema de Control Interno (SCI) se encuentran en el “REGLAMENTO INTERNO DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN” y se complementan con el Código de ética y de buen gobierno, el Código de integridad, Reglamento Interno de Trabajo, Direccionamiento Estratégico, entre otros documentos Institucionales.
- r) Reportes gerenciales:** La Institución establece los criterios y los tipos de reportes gerenciales y de monitoreo tanto internos como externos, así como la forma y frecuencia de la presentación de los resultados de la administración de los diferentes riesgos; algunos ejemplos:
- Informe de gestión - Anual.
 - Reuniones del Consejo de Administración - Ordinariamente cada 2 meses.
 - Comité de Dirección - Semanal.
 - Comité Asistencial - Quincenal.
 - Comité Administrativo - Quincenal.
 - Comités de Riesgos - Quincenal.
 - Seguimiento al plan de acción - Trimestral.
 - Estados Financieros - Mensual.
 - Entre otros.
- s) Infraestructura tecnológica:** La Institución cuenta con un software que le permite desarrollar el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” y adicional tiene el recurso humano para el adecuado funcionamiento.
- t) Usuarios y proveedores de insumos y medicamentos:** La Institución determina las mejores prácticas con altos estándares éticos, de transparencia, de seguridad, de calidad y con humanización en el relacionamiento con todos sus usuarios y los proveedores de insumos y medicamentos.

De acuerdo a su portafolio de servicios de salud presta una atención integral según las necesidades neurológicas y neuroquirúrgicas de los pacientes (usuarios), contando con servicios de cirugía, programas especiales y docencia, así como también consulta especializada, ayudas diagnósticas, apoyo terapéutico, urgencias y hospitalización e investigación.

- u) Subcomité de Riesgos:** El Consejo de Administración cuenta con un sub comité de riesgos establecido en el “REGLAMENTO INTERNO DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN” con sus respectivas funciones de acuerdo a Circular 003 de 2018 y Circular 4-5 de 2021 de la Supersalud.

Adicionalmente, la Institución también tiene conformado de manera formal un comité de riesgo integrados con la Alta Gerencia y Control Interno con reuniones periódicas y soportadas con las respectivas actas.

- v) Área especializada en la gestión de riesgos:** La Institución dispone del área de Control Interno para desarrollar el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” de acuerdo a los lineamientos de la normatividad y del Consejo de Administración, aunado con la Alta Gerencia, líderes de proceso, entre otros.

iii. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

La Institución tiene estructurados los “Procesos y Procedimientos para la Gestión de Riesgos” que instrumentan sus “Políticas de Gestión de Riesgos” y que son aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.

Los procesos y procedimientos deben cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Implementar las diferentes etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y los elementos específicos de los diferentes “Subsistemas de Riesgo”.
- b) Garantizar el efectivo y oportuno funcionamiento de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”, de modo que se puedan adoptar oportunamente los correctivos necesarios.
- c) Definir las acciones a seguir en caso de incumplimiento de los límites fijados y los casos en los cuales se deban solicitar autorizaciones especiales.
- d) Generar informes internos y externos, que permitan la toma de decisiones de manera oportuna en todas las instancias de la Institución.
- e) Garantizar como mínimo que las actividades de control del cumplimiento de los límites de los riesgos económicos y financieros sean llevadas a cabo por un área funcional diferente al área de tesorería.

El resultado de lo anterior, contribuye a tener procesos y procedimientos mediante documentos controlados.

Adicionalmente, es complementario tener claridad en las definiciones de los tipos de riesgo según los “Subsistemas de Riesgo”.

TIPOS DE RIESGO:

“Subsistemas de Riesgo”

i. RIESGO ACOSO LABORAL:

Conducta persistente y demostrable, ejercida sobre un empleado, trabajador por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror y angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo, o inducir la renuncia del mismo.

ii. RIESGO ACTUARIAL:

Se entiende por riesgo actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global Prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron.

Otra definición complementaria, es la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a la ocurrencia de diferentes sucesos futuros e inciertos, por ejemplo:

Riesgo de concentración y hechos catastróficos: la probabilidad de pérdida como consecuencia de una concentración de los riesgos (género, franjas de edades, regiones, patologías, por la ocurrencia de hechos catastróficos) que afecten un número elevado de afiliados.

Riesgo de incrementos inesperados en los índices de morbilidad y en los costos de atención: probabilidad de pérdida de un periodo contable que se genera como consecuencia de diferencias apreciables entre las condiciones de morbilidad con incrementos inesperados en los costos de atención.

Riesgos de cambios permanentes en las condiciones de salud o cambios tecnológicos: probabilidad de que ocurran cambios permanentes en las condiciones de salud de la población objeto o derivados de la disponibilidad e incorporación al plan de beneficios de nuevas tecnologías, que requieran ajustes en la financiación de este plan de beneficios.

iii. RIESGO AMBIENTAL:

Es un riesgo ambiental la posibilidad que por forma natural o por acción humana se produzca daño en el medio ambiente. Se trata de peligros relacionados con las condiciones cambiantes del clima, cada vez más impredecible y extremo. Desafortunadamente, en su mayoría son riesgos que están fuera del control directo, se pueden prevenir, implementar planes de acción y de emergencia frente a temperaturas y precipitaciones extremas, niveles peligrosos de ruido o contaminación atmosférica.

iv. RIESGO DE CRÉDITO (SARC):

El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones.

v. RIESGO FALLAS DE MERCADO:

El Riesgo de Fallas de Mercado corresponde a la posibilidad que la estructura del mercado de salud genere pérdidas en el bienestar y beneficios de la entidad. Ejemplos: mercado monopólico u oligopólico; prácticas de competencia desleal (como lo son la selección de riesgo, barreras de acceso a los servicios, entre otros).

vi. RIESGO DE GRUPO:

El Riesgo de Grupo corresponde a la posibilidad de pérdida que surge como resultado de participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial. Este se deriva de la exposición a fuentes de riesgo adicionales a las propias del negocio de la entidad, dentro de las que se encuentran, por ejemplo: i) riesgo de contagio financiero, ii) detrimentos patrimoniales por filtración de flujos o concentración de pasivos y/o; iii) posibles conflictos de intereses, que generen condiciones desfavorables en las transacciones de la entidad. La exposición a las fuentes de riesgo

puede ser directa, mediante exposición financiera u operativa, o indirecta, mediante daño a la reputación.

vii. RIESGO DE LIQUIDEZ (SARL):

El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).

viii. RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES:

El Riesgo de Mercado de Capitales corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas de un incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en los parámetros del mercado tales como la tasa de interés, la tasa de cambio o cualquier otra variable de referencia que afecte los precios del mercado financiero y asimismo los estados financieros de la entidad.

ix. RIESGO ECONÓMICO:

Hace referencia a la incertidumbre producida en el rendimiento de la inversión debida a los cambios producidos en la situación económica del sector en el que opera la empresa. Así, a modo de ejemplo, dicho riesgo puede provenir de: la política de gestión de la empresa, la política de distribución de productos o servicios, la aparición de nuevos competidores, la alteración en los gustos de los consumidores, etcétera⁸.

x. RIESGO ESTRATÉGICO:

Se define como el impacto actual y futuro en los ingresos y el capital que podría surgir de las decisiones adversas de negocios, la aplicación indebida de las decisiones, o la falta de capacidad de respuesta a los cambios de la industria⁹.

xi. RIESGO LEGAL:

Financiero. Incumplimiento de leyes, normativas y regulaciones de diferente tipo que son emitidas por los gobiernos de cada país y por otras entidades, por ejemplo, las superintendencias que regulan y controlan el funcionamiento de las empresas. Este puede presentarse tanto por el desconocimiento de una ley o normativa en particular como por la omisión intencional de esta. Igualmente, tiene que ver con el incumplimiento de contratos y acuerdos comerciales con terceras partes. En ambos escenarios, la materialización de este riesgo puede significar multas y sanciones, es decir, pérdidas económicas que pueden llegar incluso a poner en riesgo la continuidad del negocio¹⁰.

⁸ Económico, R., & Mascareñas, J. (s/f). Riesgos Económico y Financiero. Gacetafinanciera.com. Recuperado el 18 de agosto de 2022, de <http://www.gacetafinanciera.com/REF.pdf>

⁹ El riesgo estratégico: La importancia de prevenirlo y transformarlo en oportunidad. (2019, mayo 31). Interseguridad. <https://interseguridad.org/el-riesgo-estrategico-la-importancia-de-prevenirlo-y-transformarlo-en-oportunidad/>

¹⁰ Jiménez, M. M. (s/f). Gestión del riesgo legal en las organizaciones. Piranirisk.com. Recuperado el 18 de agosto de 2022, de <https://www.piranirisk.com/es/blog/gestion-del-riesgo-legal-y-recomendaciones>

xii. RIESGO EN SALUD:

Se entiende por Riesgo en Salud la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, que puede ser evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos. De esta manera, se incluyen el marco institucional y el ciclo de gestión de riesgo en salud. Asimismo, lo dispuesto en el presente numeral se entiende sin perjuicio de los requisitos establecidos que deben acreditar las entidades por normas superiores de las autoridades competentes que regulen la materia.

QUE ES EL EVENTO: Es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución desfavorable, y sus causas son los diferentes factores asociados.

QUE ES UN EFECTO: Es una desviación de lo esperado.

TIPOS DE EFECTO:

- Negativos
- Positivos

QUE ES LA SINIESTRALIDAD: Es la materialización del riesgo.

COMO SE EXPRESA EL RIESGO: Combinación de consecuencia y probabilidades.

QUE ES UN GRUPO DE RIESGO EN SALUD: Es un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios

COMO SE CONFORMA UN GRUPO DE RIESGO: se conforman teniendo en cuenta

- Grupos sociales de riesgo
- Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad
- Enfermedades prioritarias en salud pública
- Enfermedades con tratamientos de alto costo
- Condiciones intolerables para la sociedad
- Enfermedades de alto costo

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO EN SALUD:

Puede clasificarse como:

Riesgo Primario: si se refiere a la probabilidad de aparición de nueva morbilidad (incidencia),

Riesgo técnico: alude a la probabilidad de “ocurrencia de eventos derivados de fallas de atención en los servicios de salud y de la mayor carga de enfermedad por mortalidad evitable y discapacidad”
(Resolución 1841 de 2013, p. 147).

La persona, la familia y los cuidadores son responsables:

Autocuidado, el cuidado de la familia, la comunidad y de los entornos donde viven, estudian, trabajan o se recrean.

Para tal fin se deben generar condiciones que involucren a las personas en todos los niveles del sistema de salud, comenzando por el fortalecimiento del autocuidado y la participación en las decisiones de la atención en salud requerida.

FACTORES EXTERNOS (GENERADOS EN EL ENTORNO)

POLÍTICOS: Políticas de gobierno, políticas fiscales, modificaciones en los tratados comerciales.

ECONÓMICOS: Políticas económicas del gobierno, tipos de interés, factores macroeconómicos propios de cada país, tipos de cambio, nivel de inflación.

SOCIOCULTURALES: Cambios en los gustos o en las modas, que repercutan en el nivel de consumo, cambios en el nivel de ingresos, cambios en el nivel poblacional

TECNOLÓGICOS: Cambios tecnológicos, desarrollos tecnológicos

MEDIO AMBIENTE: Leyes de protección ambiental, regulación sobre el consumo de energía y el reciclaje de residuos, preocupación por el calentamiento global.

LEGALES: Leyes y normas regulatorias.

FACTORES INTERNOS (GENERADOS EN LA ORGANIZACIÓN)

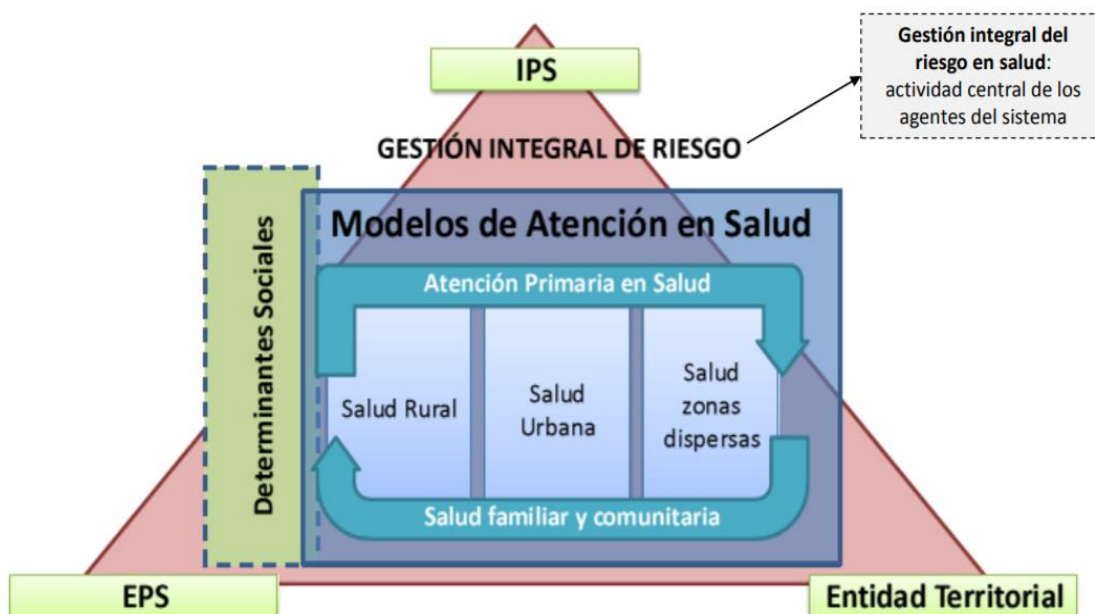
POLÍTICOS.

INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y TECNOLÓGICA.

FINANCIEROS.

TALENTO HUMANO.

PROCESOS.



Fuente: Bases Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, DNP



¿QUÉ ES LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD?: Capacidad de Anticiparse a los eventos de interés en salud pública, las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, su evolución y consecuencias sean lo menos severas posibles

¿CÓMO SE LOGRA?:

- Mediante la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en la aparición y desenlace de la enfermedad, las cuales son individuales, colectivas y del entorno donde se vive, trabaja o deambula.
- La clasificación de las personas según se vean afectadas por las circunstancias y condiciones detectadas que puedan afectar su salud.
- El diseño y puesta en marcha de acciones para eliminar, disminuir o mitigar esas circunstancias y condiciones.

¿CUÁLES SON LAS METAS?:

- Mejor nivel de salud.
- Mejor experiencia en la atención en salud.
- Costos acordes a los beneficios recibidos.

xiii. RIESGO OPERACIONAL (SARO):

El Riesgo Operacional corresponde a la probabilidad que la Institución presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia por deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por corrupción, opacidad y fraude (COF), así como por soborno y el soborno transnacional (ST), ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

Es importante resaltar que, la anterior definición incluye una amplia variedad de factores de riesgo que pueden afectar los objetivos, y que pueden materializarse como resultado

de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshonestidad, prácticas inseguras y catástrofes naturales, entre otras causas, que afectan diferentes procesos, según las características propias de la Institución.

xiv. RIESGO REPUTACIONAL:

El Riesgo Reputacional corresponde a la posibilidad de toda acción propia o de terceros, evento o situación que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de la Institución, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la entidad. Tal publicidad negativa, ya sea verdadera o no, puede disminuir la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, a una disminución de su base de usuarios, clientes, negocios o los ingresos, entre otros.

También se relaciona con la percepción agregada que tienen los agentes relacionados con la Institución, sean estos clientes, grupos de interés, partes vinculadas o público en general, la cual tiene el potencial de afectar la confianza, influenciando su volumen de negocios, y su situación general. Esta puede variar por factores tales como el desempeño, escándalos, menciones en prensa, entre otros.

xv. RIESGO SARLAFT-FPADM de Contagio:

En el marco del SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT-FPADM) de contagio, es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad directa o indirectamente, por acción de una persona natural o jurídica que posee vínculos con la entidad.

xvi. RIESGO SARLAFT-FPADM Legal:

En el marco del SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT-FPADM) legal, es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad al ser sancionada, multada u obligada a indemnizar daños como resultado del incumplimiento de normas o regulaciones, obligaciones contractuales, fallas en los contratos y transacciones, derivadas de actuaciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones.

xvii. RIESGO SARLAFT-FPADM Operativo:

En el marco del SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT-FPADM) operativo, es la probabilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad al incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, por fraude y corrupción, o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

xviii. RIESGO SARLAFT-FPADM: Reputacional:

En el marco del SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT-FPADM) reputacional, es la posibilidad de pérdida en que incurre una entidad por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, verdadera o no, respecto de la Institución y sus prácticas de negocios, que cause una disminución de su base de clientes, disminución de los negocios o ingresos, o incurrir en procesos judiciales.

xix. RIESGO SICOF Corrupción:

En el SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF) 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.

xx. RIESGO SICOF Opacidad:

En el SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF) opacidad, falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.

xxi. RIESGO SICOF Fraude:

En el SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF) 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.

xxii. RIESGO PTEE-I Soborno:

En el PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I) se compilan de manera integral todas las normas internas en materia de prevención y mitigación de los Riesgos de corrupción, opacidad y fraude (COF), así como el soborno y el soborno transnacional (ST), adicional los principios y valores éticos que cada entidad considere apropiados, para llevar a cabo su operación de manera ética, transparente y honesta. En consecuencia, cualquier modificación al PTEE-I deberá incorporarse en forma detallada y rigurosa en el documento correspondiente. Este debe estar aprobado por la Junta Directiva o quien haga sus veces.

xxiii. RIESGO DE GOBIERNO CORPORATIVO:

El Gobierno Corporativo es el conjunto de normas, principios y procedimientos que regulan la estructura y el funcionamiento de los órganos de gobierno de una empresa. En concreto, establece las relaciones entre la junta directiva, el consejo de administración, los accionistas y el resto de partes interesadas, y estipula las reglas por las que se rige el proceso de toma de decisiones sobre la compañía para la generación de valor.

xxiv. RIESGO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:

El Riesgo en Seguridad y Salud en el Trabajo corresponde a los peligros existentes en una profesión y tarea profesional concreta, así como en el entorno o lugar de trabajo, susceptibles de originar accidentes o cualquier tipo de siniestros que puedan provocar algún daño o problema de salud tanto físico como psicológico.

Peligros biológicos: La exposición a sustancias peligrosas, a enfermedades asociadas al trabajo con los pacientes, a agentes vegetales infecciosos e incluso, el trabajo al aire libre, pueden ser factores de riesgo. Ejemplo. Tuberculosis (TB), hepatitis, VIH / SIDA, Síndrome respiratorio agudo grave (SARS), ébola.

Peligros químicos: La exposición a pesticidas, líquidos peligrosos, solventes o gases inflamables, son los ejemplos recurrentes en este rango de amenazas de seguridad ocupacional, donde los trabajadores pueden sufrir enfermedades, irritación de la piel o problemas respiratorios. Ejemplo. Glutaraldehído, óxido de etileno, látex.

Riesgos físicos: Ruido, radiación, resbalones, tropezones y caídas.

Riesgos ergonómicos: Los riesgos ergonómicos ocurren cuando el tipo de trabajo, las posturas para llevarlo a cabo o las condiciones de trabajo afectan la salud de las personas. Se relacionan con el uso continuo y prolongado de herramientas o equipamiento de trabajo, como sillas, mesas, utensilios y otros instrumentos necesarios para la ejecución del trabajo. Este tipo de riesgos no evidencian su impacto negativo a corto plazo. Por eso son difíciles de identificar. De ahí la importancia de ejercer una supervisión constante e implementar procesos que garanticen la adaptabilidad entre trabajador y entorno de trabajo.

Riesgos Psicosociales: La estructura de la organización puede generar estrés, depresión, ansiedad y otras patologías nocivas para el trabajador. La sobrecarga de trabajo o la escasez de ella producen estrés y tensión. La violencia en el trabajo, el acoso laboral, la invasión a la intimidad e, incluso, el trabajo en condiciones de aislamiento son factores que pueden derivar en riesgos psicosociales.

xxv. RIESGO DE INFRAESTRUCTURA TÉCNICA Y LOCATIVA:

El Riesgo en Infraestructura Técnica y Locativa corresponde a una situación con potencial de daño presente en los lugares de trabajo, que bajo circunstancias no adecuadas pueden ocasionar accidentes o incidentes de trabajo o pérdidas para la empresa. Infraestructura diseñada y construida para soportar unos requisitos de espacio predeterminados; cualquier variación implica modificaciones, que si no se ejecutan se vuelven inadecuadas.

Ejemplo: Condiciones inadecuadas de las redes de distribución de los servicios públicos, aires acondicionados, capacidad energética.

Instalaciones con incumplimientos normativos para el adecuado almacenamiento y conservación de la estructura tecnológica, los acervos documentales, los insumos, los dispositivos médicos, las plantas de tratamiento.

Áreas de circulación con objetos que restringen la movilidad adecuada.

xxvi. RIESGO POBLACION:

El riesgo atribuible poblacional (RAP) es una medida que indica la cantidad de eventos de salud que se podría evitar en una población si se eliminara un factor de riesgo.

El riesgo poblacional es la proporción de personas de una población que tienen un trastorno o portan un gen específico. También se le conoce como riesgo basal.

El riesgo poblacional se utiliza en el asesoramiento genético para comparar el riesgo de un paciente con el de la población general.

El riesgo poblacional también puede referirse al riesgo atribuible poblacional (RAP), que es una medida de la cantidad de eventos de salud que se podría evitar si las condiciones de la población fueran similares a las de la población con mejor condición socioeconómica.

El RAP se calcula restando la incidencia de los no expuestos de la incidencia de la población general.

xxvii. RIESGO SATISFACCIÓN:

La satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario". La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.

Si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad, la evaluación de la satisfacción en los usuarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo estamos y que falta para llegar a cumplimentar las expectativas de unos y de otros.

La satisfacción puede referirse como mínimo a tres aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente y otros); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población; y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado.

iv. DOCUMENTACIÓN PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

La Institución tiene estructurada, normalizada y controlada la "Documentación para la Gestión de Riesgos" garantizando la integridad, oportunidad, trazabilidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida.

Los procesos y procedimientos tienen claridad en sus objetivos y están claramente definidas las funciones, responsabilidades y atribuciones específicas para cada uno de los

empleados responsables de los diferentes órganos de dirección, administración y control involucrados en la administración de los diversos riesgos.

Dentro de su estructura, tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Las “Políticas de Gestión de Riesgos” para la administración de cada uno de los riesgos.
- b) Las metodologías y procedimientos para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos identificados. A su vez, el establecimiento de los niveles de aceptación y límites de exposición.
- c) La estructura organizacional que garantice el desarrollo de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo” y que, a su vez, fortalezca el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.
- d) Los roles y responsabilidades de quienes participan en la gestión de los diversos riesgos identificados, especialmente los prioritarios.
- e) Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las “Políticas de Gestión de Riesgos” y objetivos de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.
- f) Roles, responsabilidades y acciones del órgano de control interno frente a cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.
- g) Las estrategias de capacitación y divulgación de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.

Asimismo, la Institución mantiene a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud y demás entes de control, la documentación e información, previendo como mínimo lo siguiente:

- a) Las actas del Consejo de Administración donde conste la aprobación de las “Políticas de Gestión de Riesgos” para cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”, así como las actas correspondientes a la aprobación de los ajustes o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.
- b) Los instructivos o manuales que contengan los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas aprobadas para cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”. Estos documentos deberán ser firmados por el Representante Legal y ser de fácil consulta y aplicación al interior de la Institución.
- c) El Código de ética y de buen gobierno.
- d) El Código de integridad.
- e) Los informes presentados por el Consejo de Administración, el Representante Legal, el Subcomité de riesgos del consejo de administración, el Comité de riesgos institucional, en el caso que aplique. Entre estos debe encontrarse un reporte sobre el cumplimiento de los límites y del nivel de exposición de los diferentes riesgos establecidos por la Institución, particularmente los prioritarios.
- f) Los informes presentados por los órganos de control, como el Revisor Fiscal, sobre el funcionamiento y resultados de la implementación de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.
- g) Las actas del Consejo de Administración en donde conste la presentación del informe del Subcomité de riesgos del consejo de administración y/o el Comité de

riesgos institucional y del Revisor Fiscal, en los casos que aplique.

- h) Las actas del Subcomité de riesgos del consejo de administración y/o del Comité de riesgos institucional, y los reportes al Consejo de Administración y al Representante Legal, en los casos que aplique.
- i) Las constancias de las capacitaciones impartidas al Consejo de Administración, Directivos, todos los empleados y cualquier otra persona que tenga vinculación con la Institución sobre el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, con el fin de asegurar que sean entendidas e implementadas en todos los niveles de la organización.
- j) Los documentos y registros que evidencien el funcionamiento oportuno, efectivo y eficiente de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.
- k) Las metodologías, parámetros, fuentes de información y demás elementos utilizados para la medición de cada uno de los riesgos.
- l) El procedimiento a seguir en caso de incumplimiento a los límites preestablecidos en cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.
- m) Disponer de un respaldo físico o en medio magnético de la documentación mencionada en este numeral.
- n) Establecer requisitos de seguridad, de forma tal, que se permita la consulta a información sensible, únicamente por parte de los empleados autorizados.
- o) Determinar criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de la información.

V. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La Institución su “Estructura organizacional” se encuentra soportada con todos los componentes legales, administrativos, contables, asistenciales, entre otros para el cumplimiento de su objeto social y para el diseño y adopción de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”. Cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y órganos internos aplicables, mediante los cuales se dirige la adopción de mejores prácticas para garantizar que la gestión se realice bajo los principios de transparencia, eficiencia, equidad, y propender por la calidad en la prestación de los servicios de salud centrados en el usuario.

Estructura organizacional:

Estatutos de la Fundación.

Consejo de Administración.

Alta gerencia: Dirección General (Representante Legal), Dirección Administrativa y Financiera y Dirección Médica.

Direccionamiento Estratégico.

Código de ética y de buen gobierno.

Reglamento Interno de Trabajo.

Organigrama.

Estados Financieros.

Procesos y estructura documental.

Órganos de control interno y Revisoría Fiscal.

Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud.

Entre otros.

Representante Legal:

Dentro de la implementación del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” y para dar cumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud según la circular 20211700000004-5 de 2021 (5.1. Representante Legal), la Institución incluye las siguientes funciones a cargo del Representante Legal y están estipuladas en el “MANUAL DE PERFILES DE CARGOS”:

- a) Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por el Consejo de Administración.
- b) Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de riesgos institucional, en los casos que aplique, y mantener informado al Consejo de Administración.
- c) Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.
- d) Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el Comité de riesgos institucional sobre el grado de exposición de riesgos asumidos por la Institución y los controles realizados, además de los informes presentados

por la Revisoría Fiscal. Lo anterior debe plasmarse en un informe al Consejo de Administración y hacer énfasis cuando se presenten situaciones anormales como mínimo en algún riesgo prioritario o existan graves incumplimientos a las políticas, procesos y procedimientos para cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”.

- e) Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno.
- f) Velar porque se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de ética y de buen gobierno de la Institución en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tengan relación con el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.
- g) Vigilar cuidadosamente las relaciones de todas las personas que hacen parte de la Institución tanto interna como externamente, para identificar y controlar de manera eficiente los posibles conflictos de interés que puedan presentarse.
- h) Informar de manera oportuna mediante oficio a la Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud, acerca de cualquier situación excepcional que se presente o prevea que pueda presentarse como mínimo en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se propone poner en marcha por parte de la Institución para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.

Área de Control Interno responsable de la Gestión de Riesgos:

El área de Control Interno es responsable de la Gestión de Riesgos y tiene características de independencia y sin sesgos de las áreas misionales de la Institución relacionadas con la prestación de servicios de salud (atención en servicios ambulatorios, atención en urgencias, atención hospitalaria y quirúrgica, entre otras), las áreas encargadas de las negociaciones como son compras, tesorería, entre otros.

Complementado a ello, y como la Institución no cuenta con un área exclusiva únicamente a la Gestión de Riesgos, se otorgan funciones de gestión de riesgos en cada uno de los procesos (especialmente los más significativos y sensibles para el funcionamiento) a los empleados de diferentes áreas de manera transversal dentro de la Institución. Sin embargo, los responsables de estas áreas deberán pertenecer al segundo nivel jerárquico (dependen directamente de la Gerencia y/o Dirección Administrativa y Financiera y/o Dirección Médica) con poder de decisión que le permita cumplir de manera adecuada con sus funciones, atendiendo la naturaleza y estructura propia de la Institución.

Dentro de la implementación del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” y para dar cumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud según la circular 20211700000004-5 de 2021 (5.2. Área de Gestión de Riesgos), la Institución incluye las siguientes funciones a cargo del Jefe de Control Interno y están estipuladas en el “MANUAL DE PERFILES DE CARGOS”:

- a) Apoyar en el diseño de las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la Institución, para mitigar su impacto.
- b) Sugerir al Comité de riesgos institucional, en los casos que aplique, los ajustes o

modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes “Subsistemas de Riesgos”.

- c) Proponer al Comité de riesgos institucional, en los casos que aplique, el manual de procesos y procedimientos, a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes “Subsistemas de Riesgos”. Asimismo, velar por su actualización, divulgación y apropiación en todos los niveles de la organización y su operatividad.
- d) Velar por el adecuado diseño e implementación de los controles a los diferentes riesgos para mitigar su impacto, en todos los niveles de la organización y su operatividad.
- e) Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- f) Apoyar a las áreas en la identificación y evaluación de los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar al Comité de riesgos institucional, en los casos que aplique, las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes.
- g) Monitorear las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la Institución, de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019 o las normas que la sustituyan o modifiquen.
- h) Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” de la Institución.
- i) Participar en el diseño y desarrollo como mínimo de los programas de capacitación sobre los riesgos identificados y velar por su cumplimiento. Incluir por lo menos los riesgos de los “Subsistemas de Riesgos”.
- j) Analizar los informes presentados por el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.
- k) Monitorear e informar al Comité de riesgos institucional, en los casos que aplique, el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”.

vi. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

La Institución cuenta con la “Infraestructura Tecnológica” y los sistemas necesarios para garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, los cuales generan informes confiables y tienen un soporte tecnológico según las necesidades.

Además, se cuenta con los procesos que permitan realizar un control adecuado del cumplimiento de las políticas y límites establecidos, además de contar con un plan de conservación, custodia y seguridad de la información tanto documental como electrónica.

Los parámetros utilizados en los aplicativos informáticos para cada uno de los “Subsistemas de Riesgos” que componen el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” se revisan periódicamente.

De acuerdo con el instructivo “IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES INFORMÁTICAS”, cada que se requiera implementar una nueva solución informática bien sea por desarrollos internos o externas, se debe presentar al área encargada, la cual, dependiendo del requerimiento, identifica cuál es la mejor manera de implementar lo solicitado dentro de los parámetros establecidos.

En el instructivo “ACTUALIZACIÓN DE SOFTWARE”, se asegura mantener actualizado el software utilizado para el manejo de la información dentro de la Institución. De esta manera, se asegura que el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” se aplique las actualizaciones y acoples necesarios dentro del software utilizado.

El área de Sistemas según el instructivo “COPIA DE SEGURIDAD (BACKUP)” genera las copias de seguridad correspondientes, preservando la duración de la información en el tiempo mediante diferentes estrategias

Para la implementación de las metodologías usadas para el “Ciclo General de Gestión de Riesgos”, la Institución busca unificar la información dentro del Software que está dispuesto para el desarrollo de los riesgos, su evaluación y controles entre otras funciones. Dentro de este mismo software habilitado, se pueden construir indicadores que permiten medir el comportamiento de los riesgos, así como diferentes funciones habilitadas para el manejo de la información.

vii. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y**CAPACITACIONES**

Para la Institución la “Divulgación de la información y capacitaciones” es uno de los pilares fundamentales para transmitir el conocimiento a los empleados, se cuenta con una capacitación y prueba de conocimiento para el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” dirigido a los integrantes del Consejo de Administración, Alta Gerencia y demás empleados de forma anual; también en el proceso de inducción a los nuevos empleados se les capacita en el tema, dejando evidencia de la prueba de los temas expuestos y el registro de asistentes.

Adicionalmente, mediante los boletines institucionales se complementa la información asociada al “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” de forma periódica; y así generar una cultura con la gestión integral del riesgo en la Institución.

Complementario a lo anterior, la Institución tiene un sistema de información efectivo, veraz, eficiente y oportuno capaz de generar reportes, tanto internos como externos, que garantice el funcionamiento de cada uno de los “Subsistemas de Riesgo”, teniendo en cuenta los procesos y procedimientos establecidos para cada uno.

Los sistemas de información cumplen con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad) y cumplimiento, para lo cual se establecen controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo.

Divulgación de la Información Interna y Externa

Los informes tanto internos como externos que se generan en la Institución adicional de otros temas también relevantes, involucran el monitoreo y control de los “Subsistemas de Riesgo” que permiten generar planes de acción según la priorización de los riesgos.

CAPÍTULO II “LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS”.

De acuerdo a la Circular 20211700000004-5 septiembre 15-2021 de la Supersalud desde la página 19 hasta la página 60, la Institución debe estipular los lineamientos específicos de los “Subsistemas de Riesgo” para cada uno de los riesgos prioritarios que se desarrollan a continuación, así:

“SUBSISTEMAS DE RIESGOS”.

Agrupadores de distintos tipos de riesgos en torno a un elemento común, prioritarios para fines de supervisión definidos por la Superintendencia Nacional de la Salud - Supersalud. Cabe resaltar que la Institución debe gestionar todos los riesgos que se presenten dentro de su operación, y dependerá de la discrecionalidad que se le dé para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes “Subsistemas de Riesgo” y así cumplir con los requisitos de la Supersalud.

UNO. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EN SALUD.

“Se entiende por Riesgo en Salud la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento, es la ocurrencia de la enfermedad, traumatismos o su evolución negativa, desfavorable o complicaciones de esta; y las causas, son los diferentes factores asociados a los eventos.”¹¹

Ciclo general de la gestión del Riesgo en Salud.

Para la gestión del Riesgo en Salud inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos en salud complementarios.

a) Identificación del Riesgo en Salud:

La identificación del Riesgo en Salud comprende, como mínimo lo siguiente:

a. La Institución se acoge a la información suministrada por la Secretaría Seccional de Salud de la Gobernación de Antioquia, Aseguradores, información interna como bases de datos, perfil epidemiológico o demás instancias referente situación de salud del departamento o a nivel nacional, señalando características particulares del perfil de salud-enfermedad de la población y cuáles son las necesidades y prioridades que permite dar

¹¹ Circular Externa 20211700000004-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud. Capítulo II-II: LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS. 1.GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD. Página 19 de 60.

un acercamiento importante a la situación del sector, teniendo en cuenta los enfoques diferenciales de la población que se trata dentro de la Institución.

b. La Institución cuenta con diferentes servicios con un enfoque primordial en patologías neurológicas y neuroquirúrgicas, tiene su portafolio de servicios, los certificados de habilitación donde se especifican las modalidades por cada uno de los servicios y así como la capacidad instalada de la Institución. La mayoría de los pacientes atendidos pertenecen en su mayoría al régimen contributivo y subsidiado representando.

Es importante entender que la capacidad instalada cumple con los requisitos de habilitación que están establecidos, así como la capacidad de oferta del talento humano que va acorde con el crecimiento de la Institución y se adapta a los cambios en el contexto externo de acuerdo a las diferentes modalidades de contratación que se puedan generar.

c. La caracterización de los servicios teniendo en cuenta los enfoques diferenciales según el perfil epidemiológico.

d. Se tiene establecido un sistema de reporte voluntario de eventos relacionados con la seguridad del paciente donde cualquier empleado puede realizar un reporte de un evento adverso que se presente dentro de su servicio.

Además de esto, se capacita al personal asistencial con el fin de aprender a identificar y evaluar en forma oportuna los incidentes y/o eventos adversos, pues de esta forma se pueden adoptar las medidas para prevenir su materialización y así contribuir con la protección de los usuarios.

De igual manera, se cuenta con indicadores para cada uno de los riesgos prioritarios relacionados con el riesgo en salud, de esta manera se puede llevar un control y un cumplimiento de acuerdo a lo solicitado por las normativas.

También existen listas de chequeo de rondas de seguridad del paciente para llevar el control y la seguridad de los pacientes, así como la prevención de eventos adversos que se puedan presentar en su permanencia dentro de la Institución.

Se cuenta con la política de seguridad del paciente junto con las demás informaciones del cuidado del paciente y sus familiares.

e. La Institución tiene identificados sus riesgos en salud con sus respectivos controles y así generar adecuadas prácticas a utilizar para prevenir posibles eventos adversos para los pacientes, conservando la disponibilidad y confiabilidad de la información acerca de la exposición al riesgo.

b) Evaluación y medición del Riesgo en Salud:

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo en Salud:

a. La probabilidad de ocurrencia y el impacto sobre la salud de los pacientes es determinado para cada uno de los servicios, se miden los posibles eventos adversos que se presentan y cuáles son las prioridades que tienen estos dentro de la Institución de acuerdo a sus causas y efectos, y cuáles son las medidas correspondientes para

controlarlos.

b. La Institución de forma sistemática realiza un seguimiento a la facturación, recaudo, contratación con aseguradoras y glosas, donde se analizan los posibles sobre costos causados por devoluciones y glosas sea por insuficiencia de soportes documentales y autorizaciones, falta de claridad en la contratación, estancias prolongadas, falta de registros asistenciales y administrativos, entre otros y que pueden afectar la calidad en la atención del paciente, la operación, los procesos y disminuir el patrimonio institucional. El seguimiento se complementa con indicadores, seguimiento a tareas y el plan de acción de cada proceso.

c. En este momento la Institución cuenta con una matriz de priorización de riesgos de salud que se presentan en los diferentes servicios, las causas, los efectos, la frecuencia, la severidad, entre otros. Y de acuerdo a esta información y los resultados que la metodología arroje se generan unos controles que puedan prevenir, mitigar y/o eliminar dicho evento adverso.

d. La Institución tiene definidos los límites de exposición al riesgo en salud, las metas establecidas, seguimientos sistemáticos, entre otros para mantener los niveles dentro de estos rangos y procurar mitigar los riesgos, de manera que se promueva la cultura del cuidado y la seguridad del paciente dentro de la Institución.

e. Una vez identificados y evaluados todos los riesgos de salud, el destino de los recursos va principalmente a los riesgos de mayor importancia y así cumplir con los estándares de habilitación. De igual manera, es importante señalar que no se dejan de vigilar los otros riesgos en salud, dado que el objetivo principal siempre será la mitigación y/o eliminación de los riesgos de la Institución.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo en Salud:

El tratamiento y control del Riesgo en Salud establece acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas para impactar positivamente en sus resultados:

a. La Institución cuenta con diferentes documentos e indicadores que se desarrollan a lo largo de los periodos, para determinar los avances y progresos en materia de salud, como el Informe de Gestión, participación en congresos, grupos de educación en salud (GES), investigaciones, entre otros y así transmitir datos relevantes del progreso y cobertura de los riesgos en salud.

b. Dentro de cada uno de los procesos misionales, se cuenta con los indicadores respectivos para disminuir los eventos adversos que pueden presentarse, generando unos controles más estrictos que permitan mitigar su impacto y/o frecuencia.

c. Los controles para los riesgos prioritarios de salud cuentan con acciones de capacitaciones, comunicación y revisión de los resultados de forma sistemática y así revisar los niveles de tolerancia definidos e implementar nuevas estrategias para mejorar

el resultado, si aplica.

d. Se realiza la contratación y pagos a sus proveedores orientados a la obtención de mejores resultados en salud, obteniendo insumos de excelente calidad bajo costos eficientes y articulados con el modelo de atención en salud.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo en Salud:

Se hace seguimiento y monitoreo al Riesgo en Salud a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

- a. Caracterización de todos los procesos lo que facilita su articulación para garantizar el acceso y las calidad de los servicios ofertados.
- b. Capacitación continúa a sus empleados, haciendo énfasis en la adherencia a las guías, protocolos y demás instrumentos clínicos que benefician la seguridad y salud de los pacientes.
- c. Seguimiento y monitoreo a los diferentes indicadores asistenciales a través de los comités institucionales, incluyendo alertas tempranas y planes de acción cuando aplique.

Límites de exposición del Riesgo en Salud.

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo en Salud se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesto a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así contribuir a la prestación de los servicios con calidad, eficiencia y seguridad.

ESCALAS DE VALORACION DE CRITICIDAD-RIESGOS ASOCIADOS A LA ATENCION	
Nº	IMPACTO (SEVERIDAD)
5	MUERTE
4	DISCAPACIDAD Y SECUELAS
3	HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA
2	TRATAMIENTO ADICIONAL
1	INCIDENTE

ESCALAS DE VALORACION DE CRITICIDAD-RIESGOS ASOCIADOS A LA ATENCION	
Nº	FRECUENCIA (PROBABILIDAD)
5	> o igual a 21 casos por mes
4	16-20 Casos por mes
3	11-15 Casos por mes
2	6-10 casos por mes
1	0-5 Casos por mes

EXPLICACIÓN:

La columna de **IMPACTO (SEVERIDAD)** no tiene correlación con la columna de **FRECUENCIA (PROBABILIDAD)**, es decir, son independientes a la hora de aplicar “LA ESCALA DE VALORACIÓN DE CRITICIDAD - RIESGOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN”.

Para clasificar “LA ESCALA DE VALORACIÓN DE CRITICIDAD - RIESGOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN” en un caso particular, se clasifica a partir de la columna de **IMPACTO (SEVERIDAD)**. Si por el contrario voy a aplicar “LA ESCALA DE VALORACIÓN DE CRITICIDAD - RIESGOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN” a un servicio, lo evaluó a través de la **FRECUENCIA (PROBABILIDAD)**.

Ejemplo: CASO PARA ILUSTRAR EL CUADRO DE “LA ESCALA DE VALORACIÓN DE CRITICIDAD - RIESGOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN”:

- EVALUACIÓN DE UN CASO INDIVIDUAL - **IMPACTO (SEVERIDAD)** DE LA ATENCIÓN EN SALUD)

Paciente ingresa a la Institución para una Terapia Endovascular, presenta complicaciones posterior al procedimiento, dejando SECUELAS MOTORAS en el paciente, por lo cual se clasificaría en un NIVEL DE CRITICIDAD 4 asociado a la atención en salud.

- EVALUACIÓN DE UN SERVICIO EN UN PERIODO DE TIEMPO (1 MES) - **FRECUENCIA (PROBABILIDAD)**

Durante el mes de enero de 20xx se presentaron 6 reportes de eventos adversos asociados a la atención en el Servicio de Urgencias, luego del análisis de cada uno de los casos, todos los casos se consideraron EVENTOS ADVERSOS, por lo anterior, al clasificar la criticidad del riesgo en la atención en el Servicio de Urgencias en este periodo fue de NIVEL DE CRITICIDAD 2 asociados a la atención en salud.

Dentro de la Institución, para el Riesgo en Salud los límites de exposición al riesgo no se definen en términos monetarios. Estos límites se determinan por casos (frecuencia) y las repercusiones que pueda tener sobre los pacientes (severidad).

Es importante mencionar que, aunque los límites no sean definidos en valores monetarios, estos pueden representar pérdidas económicas para la Institución, las cuales de igual manera deben ser gestionadas.

**DOS. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN
DEL RIESGO OPERACIONAL (SARO).**

“Se entiende por Riesgo Operacional a la probabilidad que la Institución presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por fraude, corrupción y opacidad, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros. Es importante resaltar que, la anterior definición incluye una amplia variedad de factores de riesgo que pueden afectar los objetivos, y que pueden materializarse como resultado de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshonestidad, prácticas inseguras y catástrofes naturales, entre otras causas, que afectan diferentes procesos, según las características propias de la Institución.”

Ciclo general de la gestión del Riesgo Operacional (SARO).

Para la gestión del Riesgo Operacional (SARO) inherente a la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo Operacional (SARO):

La identificación del Riesgo Operacional (SARO) comprende, como mínimo lo siguiente:

a. La Institución elabora la documentación soportada en el mapa de procesos, y prioriza los siguientes:

- Atención ambulatoria
- Atención hospitalaria y quirúrgica
- Atención de Urgencias
- Atención de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
- Referencia y Contrarreferencia
- Sistemas de información en salud
- Calidad
- Gestión del talento humano
- Gestión Financiera.
- Gestión administrativa y legal

b. La Institución a través de los jefes de proceso y/o con un grupo interdisciplinario identifica los eventos de riesgo operacional, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos.

De acuerdo a las funciones que se desarrollen en cada uno de los procesos, el riesgo operacional varía según las repercusiones que este genere, la mayoría de veces se puede presentar por una posible falla en el desarrollo de una actividad que de acuerdo a su

gravedad genera reprocesos, de esta manera los jefes o personas encargadas del proceso deben identificar las causas principales y establecer la información dentro de los parámetros establecidos por la Institución.

c. Los procesos jurídicos en los que se encuentra la Institución están a cargo de una firma reconocida de abogados. Una vez se presente un nuevo caso, se detalla en el documento y se lleva un registro. Aunado a esto, cuenta con un área jurídica donde se identifican principalmente los procesos judiciales, los cuales, en caso de su desarrollo, se remiten a una firma jurídica para iniciar el proceso de ser necesarios.

d. Dentro del funcionamiento de los procesos misionales, existe la posibilidad que se presenten fallas, las cuales pueden ocasionar incidentes adversos (no generan daño) o eventos adversos (sí generan daño), generando un registro, la gestión y tratamiento del mismo a través del programa de seguridad del paciente, complementado con otras herramientas.

e. La Institución a través del entorno externo e interno, determina potenciales pérdidas financieras causadas por los eventos de riesgo operacional identificados.

f. Dentro de todos los procesos existen determinadas pérdidas que se generan por riesgos operacionales que se presenten, esta información se analiza a la luz de las metas y los límites de exposición al riesgo.

También es importante mencionar, que de acuerdo a la Circular 20211700000005-5 de 2021 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud, la Institución maneja el riesgo de corrupción, opacidad y fraude como un Subsistema (SICOF) único que puede afectar a cualquier funcionamiento.

De igual forma, dando cumplimiento a la Circular 20211700000004-5 establecida por la Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud, si la situación lo amerita y se presentan eventos que puedan generar pérdidas representativas para la Institución por fallas en el funcionamiento operativo, se implementó un “REGISTRO DE EVENTO RIESGO OPERACIONAL MATERIALIZADO, el cual se encuentra en el Almera donde se incluyen todas las variables de la mencionada circular en la página 24/60.

REGISTRO DE EVENTO RIESGO OPERACIONAL MATERIALIZADO

RIESGO OPERACIONAL (SARO): “Se entiende por Riesgo Operacional a la probabilidad que la Institución presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia por deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, por corrupción, opacidad y fraude (COF), así como por soborno y el soborno transnacional (ST), ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

Es importante resaltar que, la anterior definición incluye una amplia variedad de factores de riesgo que pueden afectar los objetivos, y que pueden materializarse como resultado de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshonestidad, prácticas inseguras y catástrofes naturales, entre otras causas, que afectan diferentes procesos, según las características propias de la Institución.”

REGISTRO DE EVENTO RIESGO OPERACIONAL MATERIALIZADO (Datos mínimos Supersalud circular 20211700000004-5 DE 2021 15-09-2021 páginas 23 y 24):

Referencia: *

Código interno que relacione el evento en forma secuencial.

Área o Dependencia: *

Área de la Institución en la cual se detecta el evento.

Proceso: *

Identificación del proceso donde se produjo el evento de riesgo o se vio afectado.

Fecha de descubrimiento:

Fecha en que se detecta el evento *

Fecha de inicio:

Fecha en la que el evento tiene su inicio *

Fecha de finalización:

Fecha en que finaliza el evento *

b) Evaluación y medición del Riesgo Operacional (SARO):

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo Operacional (SARO):

a. La medición de los riesgos operacionales varía dentro de cada uno de los procesos, de acuerdo a su relevancia con la misión Institucional, su frecuencia de ocurrencia y el impacto de pérdida causado por su materialización.

b. La Institución se soporta para la evaluación con todos los procesos, indicadores, informes, recursos (físicos, humanos, técnicos y financieros) entre otros, pero adicional se complementa con el “Plan de contingencia” y el “Plan de continuidad de negocio” que son necesarios frente a la exposición al riesgo operacional bajo cualquier eventualidad.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo Operacional (SARO):

El tratamiento y control del Riesgo Operacional (SARO) establece acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas para impactar positivamente en sus resultados:

a. Los riesgos en los diferentes procesos se gestionan a través del software Institucional, donde se definen los controles para mitigar el riesgo inherente, ya sea mediante su probabilidad de ocurrencia, impacto o ambos.

b. La Institución establece desde el Direccionamiento estratégico todas las políticas, procesos y demás documentos normalizados que contribuyen como controles para afrontar los riesgos y ajustarlos de acuerdo a su dinámica.

c. El “Plan de continuidad de negocio” es aprobado por el Consejo de Administración en el primer trimestre del año 2024 y permite determinar una pautas de gestión frente a la materialización de riesgos en situaciones de emergencia o desastre.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo Operacional (SARO):

La Institución hace seguimiento y monitoreo al Riesgo Operacional (SARO) a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

a. Caracterización de todos los procesos, socialización y ajustes periódicos de ser necesarios, lo que facilita su articulación con los demás servicios institucionales, y así disminuir la materialización del riesgo.

b. Capacitación continua a los empleados, haciendo énfasis en la adherencia a los procesos, guías, protocolos y demás instrumentos que benefician la seguridad y salud de los pacientes, el adecuado manejo de los recursos institucionales y el desarrollo administrativo y asistencial con prácticas éticas y transparentes.

c. Seguimiento y monitoreo a los diferentes indicadores a través de los comités institucionales, incluyendo alertas tempranas y planes de acción cuando aplique.

Acreditación con soportes de todas las operaciones, negocios y contratos.

Todas las operaciones, transacciones económicas, contratos, negociaciones, entre otros, están obligatoriamente registradas en los libros de contabilidad (si aplica); aunado a ello, todas las actividades financieras están justificadas y/o respaldadas con los documentos necesarios para cada una.

Cada servicio encargado de realizar operaciones, negocios y contratos se encuentra en la obligación de cumplir a cabalidad con la información requerida por la contraparte dentro del contexto legal; así como exigir la información de cada una de las contrapartes que se encuentren implicadas. La Institución no permite realizar operaciones, negocios y/o contratos sin haber realizado las respectivas revisiones de la contraparte. De igual forma, para todos los involucrados y/o que tengan relación con la Institución se les debe entregar los requerimientos que exijan para tener una relación contractual libre de posibles riesgos, con prácticas transparentes y permitiendo cero tolerancia a la corrupción, fraude y/o soborno según las políticas para evitar el Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPADM), el Riesgo de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF) y contribuir al Programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).

Límites de exposición del Riesgo Operacional (SARO).

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo Operacional (SARO) se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesta a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y

para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así contribuir a la sostenibilidad financiera con calidad, eficiencia y seguridad en la administración de los inventarios, activos fijos, presupuesto, entre otros.

TRES. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL.

“Se entiende por Riesgo Actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a no estimar adecuadamente el valor de los contratos según los diferentes tipos de contratos (cápita, evento, Grupo Relacionado de Diagnóstico, Pago Global Prospectivo entre otros) por venta de servicios, de tal manera que estos resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que se acordaron. Estas estimaciones deben realizarse teniendo en cuenta algunos eventos futuros e inciertos que podrían ocurrir como:

- a. Desconocimiento de la demanda efectiva de servicios que van a atender, de la situación en salud de la población y de las frecuencias de uso.*
- b. Concentración poblacional, con un enfoque diferencial de género, étnico, grupos etarios, regiones, grupo de riesgo, curso de vida, entre otros.*
- c. Atención en zonas de difícil acceso y alta dispersión de la población.*
- d. Hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de la población incluida en los contratos.*
- e. Variaciones en las condiciones de morbi mortalidad de la población incluida en los contratos.*
- f. Incrementos inesperados en los costos de proveedores.*
- g. Incorporación de tecnología nueva que requiera recursos de inversión considerables.”*

Ciclo general de la gestión del Riesgo Actuarial.

Para la gestión del Riesgo Actuarial inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo Actuarial:

La identificación del Riesgo Actuarial comprende, como mínimo lo siguiente:

- a. La Institución define las características y el conocimiento de la población (pacientes) de acuerdo a los servicios que ofrece, teniendo en cuenta los aspectos geográficos, etarios¹², demográficos, la situación de morbi mortalidad¹³, entre otros, complementarios con el perfil epidemiológico y las bases de datos internas o externas.
- b. De acuerdo con la información asociada la Institución solo cuenta con la modalidad de pago por evento, la cual está establecido dentro de los contratos con las aseguradoras y demás clientes. Dentro de esta modalidad de contratación, se generan registros históricos con la información asociada a los servicios ofrecidos, actividades, insumos y

¹² Etarios: Los sectores etarios están determinados por la edad y la pertenencia a una etapa específica del ciclo vital humano.

¹³ La morbilidad es el número de personas que enferman en una población y período determinados, mientras que la mortalidad, además de la cualidad de mortal, es el número de defunciones en una población y período determinados.

medicamentos incluidos, entre otros. Todos estos detalles se precisan en el área de Contratación, quienes es el encargado de analizar estos requerimientos, con el fin de ajustar los contratos de pago por evento de manera precisa y minimizando al máximo las pérdidas que puedan generarse por la valoración de los mismos.

c. Dentro del sector salud la escasez de medicamentos e insumos y la alta demanda de los mismos se refleja en un posible incremento y desabastecimiento, a lo cual la Institución se provisiona a través de los stock de seguridad y de forma periódica se están ajustando según las variables internas y externas.

d. Se realizan evaluaciones acerca de la variabilidad de los ingresos y costos, así como del uso de los insumos para dar cumplimiento a los contratos, siempre con calidad y seguridad en el tratamiento del paciente con un costo efectivo para el sostenimiento viable de la Institución.

b) Evaluación y medición del Riesgo Actuarial:

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo Actuarial:

a. Para la Institución es un reto anticipar incrementos inesperados de acuerdo con los índices de morbi mortalidad, debido a que existen situaciones que son difícil de prever y que de una u otra forma generan pérdidas significativas, ya que no se encuentran evaluadas dentro de los contratos; sin embargo, es importante que dado el caso se puedan generar acuerdo a re negociaciones con las Aseguradoras para mitigar las pérdidas.

b. La Institución realiza construcción de diferentes escenarios que incluyen los posibles impactos y la ocurrencia de los factores de riesgo asociados a la concentración, hechos catastróficos, incrementos en los costos de nueva tecnología y el cambio del perfil sociodemográfico¹⁴ de la población de su área de influencia, que pueden tener efectos sobre la frecuencia y características de la demanda de servicios de salud.

La relevancia de estos factores de riesgo se presenta principalmente sobre el impacto que pueden generar en la Institución y no tanto por su frecuencia. Esto, debido a que son situaciones que no se presentan con una constancia significativa, pero que si de una u otra forma llegan a materializarse podrían causar afectaciones económicas importantes.

Los hechos catastróficos no son situaciones que se presenten con cotidianidad, sin embargo, de acuerdo con su magnitud se pueden generar de una u otra forma pérdidas significativas para las operaciones de la Institución, ya que son situaciones que no son tenidas en cuenta a la hora de definir los contratos.

¹⁴ Perfil sociodemográfico: Es un instrumento creado para reconocer cuáles son las características de la población trabajadora que se tienen en un área de influencia. Esta información debe incluir datos sobre: sexo, edad, escolaridad, convivencia en pareja, número de personas a cargo, ocupación, área de trabajo, cargo, tiempo de antigüedad en el cargo; y sirve de base para realizar un análisis epidemiológico.

También se entiende que debido a factores externos que son ajenos al sector, los posibles incrementos que se presenten en los costos de nuevas tecnologías en salud, generan pérdidas si no se presupuestan de manera adecuada y se pueden afectar por variables macroeconómicas como aumentos en el dólar o tasas de interés, entre otros.

De esta manera, es importante plantear las diferentes situaciones que se presentan en una matriz de riesgos, con el fin de generar estrategias que mitiguen estos impactos que se generan en la Institución, así como permitirse reestructurar la evaluación del costo de los contratos, evitando así las mayores pérdidas posibles.

c. La Institución realiza provisiones de forma periódica y las ajusta a necesidad, con el fin de tener un respaldo en las diferentes operaciones y variables económicas. En otros casos, estas se mantendrán guardadas mediante instrumentos financieros o por la misma Institución según lo convenga el Director Administrativo y Financiero.

De igual forma es importante revisar los parámetros de acuerdo al tipo de contrato que tenga la Institución con cada Aseguradora y con cada contraparte, para monitorizar los posibles riesgos.

d. De acuerdo con la información interna y externa previo análisis de los riesgos, se determina la probabilidad de ocurrencia de un evento (materialización del riesgo) en la unidad de tiempo (frecuencia). De esta manera, se puede determinar los niveles de riesgo en los que se encuentra la Institución y posibilitar la generación de estrategias que permitan mitigar las pérdidas y en temas puntuales evitar la materialización de los riesgos. Ejemplo: Contratos con las Aseguradoras que se deben monitorear de forma periódica Frecuencia (Probabilidad) de ocurrencia del riesgo.

e. Teniendo en cuenta la información interna y externa previo análisis de los riesgos, se analiza la distribución de pérdida que mejor defina la cuantía de la pérdida (severidad), con el fin de revisar las posibles amenazas y poder generar estrategias para mitigar las pérdidas con referencia al riesgo.

f. Según los límites de riesgo determinados en un periodo específico para la contratación y sus posibles riesgos, la Institución intenta establecer las medidas necesarias para que el nivel máximo pueda ser controlado y en lo posible evitar sobrepasar los límites de exposición al riesgo.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo Actuarial:

El tratamiento y control del Riesgo Actuarial permite A la Institución tomar medidas adecuadas para controlar su materialización o el menor impacto posible, así:

a. La Institución establece las estimaciones actuariales según los tipos de contrato que adquiere, adicional, se monitoriza el entorno en el sector salud y las nuevas modalidades contractuales o por orden normativa y así analizar preventivamente los riesgos.

b. La Institución de forma sistemática y periódica a través de los diferentes comités, indicadores, informes, entre otros, puede detectar aspectos que requieren mejora y por ende efectúa recomendaciones para su mejora.

c. Se efectúan análisis desde el área de contratación del modelo actuarial establecido según el contrato, con el fin de observar su efectividad para la Institución o hacer los ajustes correspondientes.

d. Los controles de calidad a los sistemas de información de la Institución, se encuentran a cargo del área de sistemas, los cuales procuran mantener actualizada la información y con los máximos niveles de seguridad.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo Actuarial:

La Institución hace seguimiento y monitoreo al Riesgo en Actuarial a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

Caracterización de todo el proceso de contratación, con su socialización y ajustes periódicos de ser necesarios, lo que facilita su articulación con los demás servicios institucionales, y así disminuir la materialización del riesgo.

Límites de exposición del Riesgo Actuarial.

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo Actuarial se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesta a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así contribuir a la sostenibilidad financiera con calidad, eficiencia y seguridad en la administración de los contratos.

Sin embargo, el sector salud presenta la posibilidad de incurrir en falta de flujo de caja por recuperación insuficiente de cartera para cubrir las obligaciones económicas.

**CUATRO. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE
ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO (SARC).**

“El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones.”

Ciclo general de la gestión del Riesgo de Crédito (SARC).

Para la gestión del Riesgo de Crédito inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo de Crédito (SARC):

La identificación del Riesgo de Crédito (SARC) comprende, como mínimo lo siguiente:

- a. La Institución tiene relación con la banca a través de cuentas de ahorros y cuentas corrientes; y dependiendo de la situación económica puede hacer otros tipos de inversiones en CDT u otra modalidad.
- b. La Institución no dispone de instrumentos inscritos en el Mercado de Valores
- c. Las inversiones de la Institución están supeditadas al crecimiento económico y líquido por la prestación de servicios de salud; y en caso de excedentes financieros se harán los respectivos análisis de las inversiones en títulos.

b) Evaluación y medición del Riesgo de Crédito (SARC):

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo de Crédito (SARC), donde se debe evaluar las pérdidas estimadas como resultado del incumplimiento de sus contrapartes, así:

- a. La correcta evaluación del riesgo asociado a la probabilidad de incumplimiento de los deudores dentro de un periodo de tiempo de doce (12) meses, se plantea dentro del mapa de riesgos de cartera, con el fin de determinar cuál es el impacto que causa para la Institución dicho incumplimiento. Desde el área encargada de verificar los pagos realizados por las contrapartes, es necesario llevar un registro histórico de los incumplimientos que se hayan presentado en los últimos años, con el fin de definir estrategias que permitan ya sea reevaluar el contrato o dado el caso, desde la Dirección Administrativa y Financiera, definir unas provisiones que soporten el impacto que puedan generar ciertas contrapartes al incumplir con las fechas de pago establecidas.
- b. De acuerdo a los diferentes contratos que se tienen con las contrapartes, se pueden presentar unos factores de riesgo que la Institución debe tener en cuenta. Es importante resaltar que no se tienen establecidos los mismos parámetros para cada una de las contrapartes, de esta manera, se generan unas categorías de calidad, permitiendo emitir controles más efectivos sobre unos deudores que sobre otros.
- c. La Institución cuenta con un documento “Cálculo de deterioro” que le permite revisar una posible estimación de las pérdidas esperadas en las que se incurren por los contratos

que se tienen con las contrapartes. Dentro de este documento, se encuentran los análisis de los deudores frente a sus saldos por pagar, así como la tasa de recuperación estimada.

i) En el caso de los deudores / cuentas por cobrar:

- a. La Institución a través del área de Cartera realiza análisis históricos de las cuentas por cobrar y el cumplimiento de los deudores según los plazos, determinando de esta manera cuales son las contrapartes que puedan generar pérdidas más significativas en caso de incumplimiento.
- b. Se cuenta con el Manual de procedimientos de Cartera y plantea como la Institución cuenta con una provisión establecida para los principales deudores, la calidad del deudor y el plazo de la cartera (a mayor concentración de las deudas de mayor plazo, mayor el riesgo asociado al deudor) y con ello le permite mitigar riesgos asociados ya que se hace un seguimiento constante que se realiza de forma periódica.
- c. De igual manera, la Institución realiza un análisis individual por deudor y el concepto generador de la obligación, mediante el análisis de las devoluciones y glosas presentadas por la contraparte.
- d. La Institución define provisiones de acuerdo a las posibles pérdidas que resulten de incumplimientos frente al pago, sea por servicios prestados por fuera de los establecido en los contratos, que de acuerdo con la idoneidad de las garantías puede ser efectuado o en su defecto rechazado y sume a la estimación de pérdidas económicas para la Institución.

ii) En el caso de los instrumentos financieros:

- a. La Institución no cuenta con instrumentos financieros inscritos en el Mercado de Valores de Colombia.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Crédito (SARC):

El tratamiento y control del Riesgo de Crédito (SARC), establece acciones coordinadas, articuladas y continuas, de acuerdo con las políticas de gestión de riesgo que esté dispuesto a asumir la Institución.

Límites de exposición crediticia y de pérdida tolerada:

Desde la Dirección Administrativa y Financiera se establecen unos límites de exposición al riesgo de crédito (cartera) en donde se plantea el nivel de pérdida que está dispuesto la Institución a soportar.

Deterioro de los activos:

La Institución tiene definido un sistema de provisiones el cual cubre diferentes riesgos que se puedan presentar por pérdidas, dentro de este se encuentran asociadas unas provisiones al riesgo de crédito, las cuales cubren las pérdidas en caso de incumplimiento en los pagos por parte de las contrapartes.

Capital expuesto al riesgo:

La Institución considera que existe un capital expuesto al riesgo de crédito según el nivel de patrimonio comprometido por las pérdidas no esperadas debido al incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores, el cual se le hace seguimiento a través del recaudo, pero que acerca a la Institución a una zona riesgo crítica o severa a medida que aumentan sus cuentas por cobrar y los días de rotación de la misma.

Recuperación de cartera:

Se establecen las políticas que permitan tomar las medidas oportunas con el fin de asumir los incumplimientos de pago y minimizar las pérdidas según las políticas de cartera, donde se desarrollan principalmente los lineamientos asociados a la recuperación de cartera. De igual manera, desde esta misma área se lleva a cabo el correcto seguimiento y control de las pérdidas que puedan generarse, con el fin de revisar la efectividad de las políticas desarrolladas y la necesidad de mejorar y/o actualizar el plan a trabajar en caso de su ineficiencia.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Crédito (SARC):

La Institución hace seguimiento y monitoreo del Riesgo de Crédito (SARC), a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

Definición y actualización a necesidad de las políticas y procedimientos que permitan tomar medidas oportunamente para enfrentar incumplimientos con el objeto de minimizar las pérdidas.

Trazabilidad de la base histórica de recuperaciones y las variables críticas que determinen la minimización de las pérdidas o castigos a la cartera.

Socialización sobre las políticas para el afinamiento de los modelos desarrollados para el seguimiento y estimación de pérdidas, así como para alimentar las proyecciones de flujos de caja que permiten gestionar a su vez, el riesgo de liquidez.

El reconocimiento del deterioro de cartera es una parte importante de la contabilidad financiera. Es importante que la Institución siga los pasos correctos para reconocer el deterioro de cartera de manera adecuada y reflejar con precisión su situación financiera. Por lo anterior, se debe tener en cuenta:

- Realizar un análisis periódico del riesgo de crédito de los clientes:
- Evaluar la capacidad financiera de los clientes para pagar sus deudas.
- Monitorear los cambios en la situación financiera de los clientes.
- Actualizar la información sobre el riesgo de crédito de los clientes de manera regular.
- Mantener una provisión para cuentas de dudoso recaudo adecuada:

- Ajustar la provisión para cuentas de dudoso recaudo de acuerdo con el riesgo de crédito de los clientes.
- Considerar el uso de modelos de estimación para determinar el monto adecuado de la provisión.
- Evaluar la suficiencia de la provisión de manera regular.
- Implementar políticas y procedimientos para la gestión del deterioro de cartera:
- Definir una política para la identificación de los indicios de deterioro.
- Establecer un proceso para la estimación del valor del deterioro.
- Capacitar al personal sobre el reconocimiento del deterioro de cartera:
- Asegurar que el personal comprenda los conceptos y principios del deterioro de cartera.
- Brindar capacitación sobre la metodología utilizada para estimar el deterioro.
- Mantener al personal actualizado sobre las normas y regulaciones aplicables.

Límites de exposición del Riesgo de Crédito (SARC).

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo de Crédito (SARC) se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesta a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así contribuir a la sostenibilidad financiera, mediante el seguimiento minucioso para tratar de contener las pérdidas por falta de recuperación en la cartera.

**CINCO. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN
DEL RIESGO DE LIQUIDEZ (SARL).**

“El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).”



Ciclo general de la gestión del Riesgo de Liquidez (SARL).

Para la gestión del Riesgo en Liquidez (SARL) inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo de Liquidez (SARL):

La identificación del Riesgo en Liquidez (SARL) comprende, como mínimo lo siguiente:

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir definir e identificar el riesgo de liquidez al que está expuesta la Institución en función de los flujos de ingresos y egresos de efectivo y equivalentes de efectivo, de acuerdo con las operaciones autorizadas.

Activos:

La Institución identifica los activos considerados como líquidos: el disponible que está consignado en bancos y las inversiones que no tengan restricciones para el retiro inmediato de recursos (sin pacto de permanencia) en caso de contar con ellas.

Se hacen reuniones periódicas con los diferentes jefes de áreas donde se analizan los diferentes rubros asociados a la liquidez Institucional entre los cuales se tiene en cuenta el comportamiento histórico de cartera vencida para aplicar factores de descuento o de castigo, plazos de recuperación de cartera, el aprovechamiento de descuentos por pronto pago, entre otros.

Se identifican los ingresos causados y recibidos por prestación de servicios de salud.

La Dirección Administrativa y Financiera en caso de tener liquidez que no requiera de forma inmediata, analiza inversiones que puedan generar la entrada de recursos y que sean de bajo riesgo para proteger el capital. Una vez tomada la decisión, desde el área

de tesorería y en conjunto con otras áreas se ejecuta el proceso para validar la inversión y se lleva un control de las proyecciones futuras.

Pasivos:

La Institución clasifica sus cuentas por pagar de acuerdo a las obligaciones financieras, proveedores, impuestos, nómina y otros pasivos como ingresos recibidos para terceros que representan la entrada de servicios que aún no se ha prestado o no se ha facturado y que generan la prestación de servicio dentro del mismo mes o en meses diferentes, lo cual puede afectar la liquidez institucional.

La Institución identifica el valor causado y pagado de los costos y gastos de la operación.

b) Evaluación y medición del Riesgo de Liquidez (SARL):

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo de Liquidez (SARL):

La Institución cuantifica los niveles de efectivo o equivalentes de efectivo con los que cuenta para cumplir con sus obligaciones de pago de forma sistemática y se le hace monitoreo al recaudo de forma diaria.

Para medir la liquidez de la Institución, se realizan reuniones periódicas con el área de Cartera, Facturación, Contratación, Tesorería, entre otras áreas, donde se estudian los diferentes escenarios para el pago de las obligaciones según la recolección de ingresos por parte de los clientes y permite anticipar posibles riesgos de liquidez.

La Institución cuenta con diferentes indicadores como la “prueba de acidez” que permite visualizar cómo se encuentran sus activos corrientes menos el inventario frente a sus pasivos corrientes. De esta manera, se revisan desde la Dirección los indicadores y se toman las decisiones de acuerdo a la capacidad de liquidez que se presenta en la Institución.

Desde la Dirección Administrativa y Financiera y en conjunto con el área de Costos y Presupuestos, se revisa el comportamiento del presupuesto de ingresos y de egresos determinando de esta manera, cuáles son los posibles horizontes de la Institución en un escenario óptimo, moderado o bajo.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Liquidez (SARL):

El tratamiento y control del Riesgo de Liquidez (SARL) establece acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas para impactar positivamente en sus resultados:

Seguimiento continuo a nivel Directivo de la exposición al riesgo de liquidez mediante las alertas tempranas, los límites de exposición y los indicadores de liquidez con el fin de monitorear y realizar los controles adecuadamente y a tiempo para evitar que el riesgo de liquidez pueda llegar a materializarse e impactar negativamente en los objetivos estratégicos.

Registro de los costos en tiempo real de acuerdo a las necesidades.

La Institución cuenta con unos lineamientos pertinentes al área de Tesorería para pago oportuno de las obligaciones con los proveedores.

Radicación oportuna de las facturas de los clientes y el registro contable de las cuentas por pagar a terceros.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Liquidez (SARL):

La Institución hace seguimiento y monitoreo al Riesgo de Liquidez (SARL) a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

Gestión sistemática para la recuperación de cartera.

Monitoreo permanente de las volatilidades del mercado financiero y las variables económicas tales como la tasa de interés, la tasa de cambio o cualquier otra variable de referencia que afecte los precios del mercado financiero y asimismo los estados financieros de la Institución.

Seguimiento a través de indicadores de los costos e ingresos por venta de servicios de salud.

Control del flujo de caja y de la tesorería de la Institución.

Analizar los retornos de capital y rentabilidad en caso de presentarse.

Tener excelente relacionamiento con el sector bancario y así obtener fuentes de financiación suficientes para poder actuar en caso de necesidad.

Límites de exposición del Riesgo de Liquidez (SARL).

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo de Liquidez (SARL) se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesta a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así contribuir a la sostenibilidad financiera, mediante seguimiento minucioso al flujo de caja y poder cumplir con todas las obligaciones de operación Institucional.

**SEIS. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL
RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES.**

“El Riesgo de Mercado de Capitales corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas de un incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en los parámetros del mercado tales como la tasa de interés, la tasa de cambio o cualquier otra variable de referencia que afecte los precios del mercado financiero y asimismo los estados financieros de la entidad.”

Ciclo general de la gestión del Riesgo de Mercado de Capitales.

Para la gestión del Riesgo en Mercado de Capitales inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo de Mercado de Capitales:

La identificación del Riesgo de Mercado de Capitales comprende, como mínimo lo siguiente:

La Institución desde la Dirección General y Administrativa y de acuerdo con los servicios prestados define que los factores de riesgo asociados al riesgo de mercado de capitales que posiblemente pueden afectar con las tasas de interés, la tasa de cambio, la inflación y el precio de bienes inmuebles, entre otras variables.

- a. Considerar los activos expuestos al precio de las acciones (instrumentos de renta variable), en los casos que aplique a la Institución.
- b. Activos no monetarios que estarían expuestos a la variabilidad en el precio de los bienes inmuebles, terrenos, construcciones, construcciones en curso, entre otros. Los aumentos de los precios de estos bienes inmuebles, pueden generar mayores gastos para la Institución, por ello, se deben hacer los análisis de mercado previamente antes de tomar decisiones.
- c. Uno de los factores de riesgo que más puede estar presente para la Institución es la volatilidad de la tasa de cambio, ya que es importante en la adquisición de equipos biomédicos, algunos insumos médicos que se fabrican en el exterior y adquisición de créditos en moneda extranjera. Es necesario la monitorización constantemente y así aprovechar las oportunidades beneficiosas cuando aplique a las necesidades de la Institución.

b) Evaluación y medición del Riesgo de Mercado de Capitales:

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo de Mercado de Capitales:

- a. En los estados financieros de la Institución, se detallan la valoración de los activos y pasivos correspondientes y así la Dirección Administrativa y Financiera en conjunto con las áreas correspondientes tener la información actualizada para la toma decisiones que

permitan evaluar la capacidad económica para hacer frente a los posibles riesgos de mercado de capitales.

b. La Dirección Administrativa y Financiera analiza de acuerdo con los ingresos que obtiene la Institución, que posibles pérdidas están asociadas a los factores del riesgo de mercado de capitales analizando de manera independiente las variaciones en la tasa de interés, tasa de cambio y precio de bienes inmuebles, entre otros.

c. Según los diferentes riesgos caracterizados en el software institucional dedicado a la medición y valoración de los riesgos por procesos, la Dirección Administrativa y Financiera lidera en conjunto con las áreas implicadas los riesgos de mercado de capitales en un periodo de tiempo determinado (meses, un año, entre otros), teniendo en cuenta el historial de los factores de riesgo (tasa de interés, tasa de cambio, precio de bienes, entre otros).

d. De acuerdo con los parámetros establecidos se monitoriza el capital expuesto al riesgo de mercado de capitales, según los niveles de exposición que se presentan teniendo en cuenta los ingresos de la Institución y las posibles pérdidas que puedan asociarse.

e. Agregar los resultados del capital expuesto de los diferentes factores de riesgo del mercado de capitales aplicando la correlación entre los mismos, en caso de contar con esta información.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Mercado de Capitales:

El tratamiento y control del Riesgo de Mercado de Capitales establece acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas para impactar positivamente en sus resultados:

a. A través del software destinado para gestión del riesgo se caracterizan los riesgos, determinando los avances, su mitigación, eliminación o dado el caso continuación del mismo. De esta manera, se presenta a las Direcciones la información asociada a los diferentes riesgos (entre ellos el riesgo de mercado de capitales) mediante el comité de riesgos, y estas se encargan de tomar decisiones teniendo en cuenta el grado de complejidad y el volumen de las operaciones expuestas a estos riesgos.

b. Cada área en la que se pueda presentar un factor de riesgo vinculado al presente subsistema, debe contar con medidas que le permitan su mitigación. Así la Institución gestiona los factores de riesgo de manera congruente según las operaciones económicas de los servicios de salud que presta y que están muy expuestas a los cambios que se efectúan en el sector o a nivel macro económico.

c. Cada uno de los controles que presenta la Institución con el fin de mitigar, eliminar, prevenir, aceptar o transferir los riesgos, es monitoreado con el fin de determinar estrategias para su mejor y oportuna gestión.

Estos controles, deben corresponder a la complejidad de la operación y las características particulares de la Institución y deben estar aprobados por el Consejo de Administración.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Mercado de Capitales:

La Institución hace seguimiento y monitoreo al Riesgo de Mercado de Capitales a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

Monitoreo permanente del entorno económico y sus variaciones de cambio, precios, tasas de interés que puedan afectar los estados financieros.

Límites de exposición del Riesgo de Mercado de Capitales.

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo de Capitales se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesta a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así contribuir a la sostenibilidad financiera, mediante seguimiento minucioso a la tasa de cambio, tasas de interés, variaciones en el valor de los activos inmuebles, entre otros.

**SIETE. GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DEL ADMINISTRACIÓN
DEL RIESGO DE GRUPO.**

“El Riesgo de Grupo corresponde a la posibilidad de pérdida que surge como resultado de participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial. Este se deriva de la exposición a fuentes de riesgo adicionales a las propias del negocio de la entidad, dentro de las que se encuentran, por ejemplo: i) riesgo de contagio financiero, ii) detrimentos patrimoniales por filtración de flujos o concentración de pasivos y/o; iii) posibles conflictos de intereses, que generen condiciones desfavorables en las transacciones de la entidad. La exposición a las fuentes de riesgo puede ser directa, mediante exposición financiera u operativa, o indirecta, mediante daño a la reputación.”

No aplica, ya que la Institución no tiene participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial.

De acuerdo con la información suministrada en la Circular 20211700000004-5 del 15 de Septiembre de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, en el numeral 7. Gestión del Riesgo de Grupo se indica que: “El Riesgo de Grupo corresponde a la posibilidad de pérdida que surge como resultado de participaciones de capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial.”

Teniendo en cuenta esta definición y de acuerdo con los “ESTATUTOS DE LA FUNDACIÓN INSTITUTO NEUROLÓGICO DE COLOMBIA es una Fundación de las consagradas en el artículo 650 del código civil, esto es, un ente de carácter privado sin ánimo de lucro con un patrimonio destinado a liderar el desarrollo de las ciencias neurológicas de aplicación clínica, a través de la prestación de un servicio integral de la más alta calidad, con criterios éticos, de eficiencia y Responsabilidad social.”

De tal manera que de acuerdo con los criterios establecidos por la Supersalud y teniendo en cuenta la naturaleza de la Institución, la información asociada al Subsistema de Riesgo de Grupo no se aplica a la fecha. Sin embargo, si existiera la posibilidad de generar o conformar parte de un Grupo Empresarial, la Institución se encuentra en el deber de responder por los parámetros establecidos por la Supersalud en la Circular Externa 4-5 o la que esté vigente en su momento sin perjuicio alguno.

**OCHO. OTROS RIESGOS: GESTIÓN DEL SUBSISTEMA DE
ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO FALLAS DE MERCADO.**

“El Riesgo de Fallas de Mercado corresponde a la posibilidad que la estructura del mercado de salud genere pérdidas en el bienestar y beneficios de la entidad. Ejemplos: mercado monopólico u oligopólico; prácticas de competencia desleal (como lo son la selección de riesgo, barreras de acceso a los servicios, entre otros).”

Ciclo general de la gestión del Riesgo de Fallas de Mercado.

Para la gestión del Riesgo de Fallas de Mercado inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo de Fallas de Mercado:

La identificación del Riesgo de Fallas de Mercado comprende, como mínimo lo siguiente: La Institución determina las relaciones existentes, según las diferentes necesidades que se presentan en los servicios prestados, tanto con los proveedores de insumos (medicamentos, dispositivos médicos, u otros insumos), el talento humano y la demanda de servicios de las entidades prestadoras de servicio (Aseguradores). Esta información se obtiene con el fin de identificar las posibles fallas de mercado que se puedan presentar.

Dentro de los diferentes escenarios es importante segmentar y diferenciar los casos que se presenten por parte de los proveedores a diferencia de los casos que se presenten por parte de las aseguradoras. Esto se implementará de tal manera que se puedan identificar y evaluar de acuerdo a sus características específicas y según el impacto que pueden generar en los estados financieros de la Institución.

Cada área encargada de solicitar insumos para la prestación de los servicios de la Institución, debe tener en cuenta el cumplimiento de los contratos, la correcta entrega y recepción de la información con el fin de garantizar el conocimiento del producto o servicio y así determinar las diferentes opciones que se pueden presentar en el mercado (en caso de que existan).

Por otra parte, los contratos con las aseguradoras tienen una repercusión directa con la Institución y el sector, ya que existen muchos clientes, pero el riesgo se aumenta con los mismos por la falta de pago. Por ello, la Institución tiene contratos específicos con unas pocas entidades que son las que representan la mayor cantidad de ingresos, por lo que internamente se ocasiona un oligopolio, que puede representar riesgos en pérdidas significativas en caso de finalizar contratos con estas entidades específicas o falta de recuperación de cartera.

Se debe tener en cuenta que en algunas entidades pueden tener integraciones verticales y horizontales, o hacer parte de grupos empresariales y para la Institución también es necesario plantear escenarios que faciliten la toma de decisiones frente a las afectaciones

que estos puedan representar ya sea en calidad de clientes o proveedores, en los cuales, se buscan soluciones a posibles finalizaciones contractuales que no se vean reflejados en pérdidas.

b) Evaluación y medición del Riesgo de Fallas de Mercado:

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo de Fallas de Mercado, que le permita comparar resultados en mercados con fallas y sin fallas sobre puntos estratégicos donde se pueden observar los impactos en pérdidas de bienestar para la misma. Algunos de estos puntos estratégicos son:

- a. Desde las áreas encargadas de la contratación con proveedores y la contratación con clientes, se establecen diferentes estrategias frente a los precios pactados por productos o por servicios ya sea recibidos o prestados.
- b. De igual manera, en el caso del área de compras, estos se encargan de evitar un sobre costo en productos de la operación esencial para la Institución, mientras que en caso de presentar un riesgo, debido a la necesidad de contar con un proveedor que brinde un servicio o producto escaso en el mercado, es importante mantener acuerdos previamente establecidos que le permitan sostener los precios de acuerdo con lo pactado. Desde esta área, se debe mantener un registro de cuáles son los posibles insumos que se pueden ver afectados por un posible riesgo asociado a las fallas de mercado, e intentar buscar estrategias o alternativas que posibiliten el correcto funcionamiento sin la necesidad de intervenir o que se generen pérdidas por incrementos en los precios.
- c. Para los contratos con las aseguradoras existen ciertas entidades que aportan mayores ingresos a la Institución, las cuales pueden llegar a representar un riesgo asociado a fallas de mercado, debido a su importancia que tienen para el correcto funcionamiento operativo. Desde el área de contratación y servicio al cliente, se le lleva un constante seguimiento a estos contratos específicos, con el fin de mantener un buen relacionamiento directo e intentar ampliar diferentes horizontes en busca de nuevas oportunidades con diferentes entidades para poder brindar los servicios con los que cuenta la Institución y ampliar el flujo de caja.
- d. La reducción en la calidad de los servicios suministrados a la población de su área de influencia que pudieran llegar a generar menores resultados en salud.

La Institución cuenta con una base de datos completa y oportuna de composición de la oferta y precios de los servicios, medicamentos y otros insumos que contrata con terceros, así como el análisis de la demanda. Asimismo, cuenta con información que le permite calcular indicadores de gestión que le facilitan la comparación de mercados y evaluación del efecto de las fallas de mercado.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Fallas de Mercado:

El tratamiento y control del Riesgo de Fallas de Mercado establece acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas para impactar positivamente en sus resultados y disminuir las pérdidas en la Institución por dicho riesgo:

- a. La Institución a través del Código de ética y de buen gobierno y del Código de integridad, propende por relaciones transparente y legales con todas las contrapartes.
- b. Fortalece la calidad y la oportunidad de la información de sus proveedores; así como velar por un flujo de información constante y de calidad sobre las prestaciones y desenlaces de salud de la población de su área de influencia.
- c. Fortalece los sistemas de auditorías sobre la contratación, facturación, entre otros; teniendo en cuenta los principios y las políticas de transparencia, así como el correcto reporte de la información interna y externa que es suministrada a los diferentes órganos de control.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Fallas de Mercado:

La Institución hace seguimiento y monitoreo al Riesgo de Fallas de Mercado a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

La Institución de forma perenne debe hacer seguimiento a los fallos de la competencia, bienes públicos, externalidades, mercados incompletos, fallos de información, paro, inflación, desequilibrio, contaminación excesiva, desempleo, situaciones extremas de pobreza y de riqueza, entre otros.

Límites de exposición del Riesgo de Fallas de Mercado.

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo de Fallas de Mercado se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesta a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así contribuir a la sostenibilidad financiera, mediante seguimiento minucioso al mercado monopólico u oligopólico; prácticas de competencia desleal, barreras de acceso a los servicios, entre otros.

**OCHO.UNO OTROS RIESGOS: GESTIÓN DEL SUBSISTEMA
DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO REPUTACIONAL.**

“El Riesgo Reputacional corresponde a la posibilidad de toda acción propia o de terceros, evento o situación que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de una entidad, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la entidad. Tal publicidad negativa, ya sea verdadera o no, puede disminuir la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, a una disminución de su base de usuarios, clientes, negocios o los ingresos, entre otros. Estos pueden ser desagregados, en situacional o previsto, de acuerdo con la capacidad de prevención-mitigación:

Riesgo reputacional situacional: Riesgo reputacional inmediato derivado de una acción imposible de anticipar.

Riesgo reputacional previsto: Riesgo reputacional derivado de eventos a los cuales la organización puede anticiparse con una gestión adecuada de los riesgos en salud, financieros, y operativos, así como mediante estrategias de comunicación.”

Ciclo general de la gestión del Riesgo Reputacional.

Para la gestión del Riesgo Reputacional inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo Reputacional:

La identificación del Riesgo Reputacional comprende, como mínimo lo siguiente:

La Institución analiza cuales son las posibles situaciones que puedan presentarse en los diferentes servicios que afecten la reputación, principalmente en los servicios misionales y están considerados en la matriz de riesgos.

Adicional, mantiene un análisis de situaciones que se hayan presentado y las cuales sean susceptibles de volver a ocurrir y así intervenirlos en el menor tiempo posible, para evitar su materialización y la posibilidad (de acuerdo al impacto y/o la frecuencia) de materializarse en deterioro de la salud del paciente y afectar las finanzas institucionales.

b) Evaluación y medición del Riesgo Reputacional:

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo Reputacional:

La Institución establece mecanismos para la medición y evaluación del riesgo reputacional en el sector, para lo cual adopta herramientas que permiten valorar la posición y comparar su evolución con respecto a variables relacionadas tales como desempeño visible, percepción de usuario, entre otros, con el fin de determinar la probabilidad y severidad de los eventos que afectan la reputación.

a. Las fuentes de información para la medición del riesgo reputacional son los diferentes

sistemas de recolección de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRD), las diversas encuestas y la información de medios, con los cuales la Institución monitorea su reputación frente a la atención en los servicios prestados, la buena reputación entre los usuarios, contrapartes, medios de comunicación y diferentes partes interesadas y/o vinculadas directamente o indirectamente a la Institución.

b. Cabe resaltar que los medios de comunicación pueden ser usados para difundir información verídica o no verídica que puede poner en riesgo la reputación de la Institución, por lo que es importante estar presentes en las diferentes plataformas, solucionando situaciones que puedan representar un riesgo. Si bien, es difícil para la Institución, tener un control sobre la información que se comparta en estas plataformas, es importante llevar un registro de posibles ocurrencias que afecten a la reputación, con el fin de generar posibles controles que puedan evitar que se repita la situación en un futuro.

La apropiada medición del riesgo reputacional debe tener en cuenta que:

- a. La reputación es sólo parcialmente construida con base en experiencias directas con la Institución; buena reputación se construye por la intervención de terceras partes, tales como medios, expertos del sector, usuarios, entre otros.
- b. La Institución no tiene absoluto control de los mensajes recibidos por las terceras partes.
- c. Los usuarios normalmente no perciben la complejidad en el proceso de toma de decisiones de la Institución.
- d. La Institución normalmente cuenta con baja credibilidad cuando se enfrenta a una crisis que afecta su reputación, especialmente con relación a terceras partes reconocidas públicamente.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo Reputacional:

El tratamiento y control del Riesgo Reputacional establece acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas para impactar positivamente en sus resultados:

- a. La Institución a través del Código de ética y de buen gobierno y del Código de integridad, pretende excelentes prácticas con todas las partes interesadas y en la prestación de los servicios, adicional instaure políticas encaminadas a la medición, evaluación y seguimiento continuo de la reputación de la Institución y la toma de acciones, con el fin de mejorar los procesos que tienen relación directa o indirecta con la reputación.
- b. Realiza acciones y decisiones en los procesos que permitan mejorar la percepción sobre la Institución por parte de los actores relacionados, como usuarios o proveedores, de acuerdo con las brechas que existan entre el resultado de la medición de reputación y el desempeño de la Institución.
- c. Tiene implementado el Plan de Comunicaciones.
- d. Adopción de metodologías de valoración continua de su posición reputacional en el mercado.

Adicionalmente, debido a que los eventos de carácter reputacional están naturalmente asociados a la materialización de otros riesgos (salud, operación, financieros, entre otros), una adecuada gestión de estos debería mitigar también el riesgo reputacional asociado.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo Reputacional:

La Institución hace seguimiento y monitoreo al Riesgo Reputacional a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

La Institución debe evitar encontrarse en periodos de crisis que afecten la reputación, por lo que es necesario, medir cuáles son los riesgos que se presentan con mayor frecuencia y con un impacto alto y negativo, con el fin de descubrir sus causas y posterior a esto definir controles que eviten baja credibilidad.

De igual forma, es importante mencionar que la Institución procura tomar acciones y decisiones en los procesos que permitan mejorar la percepción de usuarios, contrapartes y demás partes interesadas; esto con el fin de mantener una reputación confiable.

Límites de exposición del Riesgo Reputacional.

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo Reputacional se enmarca en los indicadores con una meta mínima o máxima de tolerancia que la Institución está dispuesta a asumir en un periodo determinado en el desarrollo de sus actividades y para los cuales, en caso de comportarse con desviaciones o exposiciones que sobrepasen los límites, se establecen medidas correctoras con acciones coordinadas para mantenerlos dentro del rango de tolerancia aceptable y así hacer seguimiento minucioso a situaciones que puedan afectar negativamente el buen nombre y prestigio de la Institución.

NUEVE. RIESGO DE GOBIERNO CORPORATIVO.

“Se entiende por Riesgo de Gobierno Corporativo la posibilidad de pérdida debido a fallas en el sistema (conjunto de normas, relaciones y órganos internos) mediante el cual se dirige y controla la gestión de una persona jurídica.

El gobierno corporativo se define como la estructura de costumbres, procesos, prácticas, políticas y normas que afectan a la forma en que las personas dirigen, administran y gestionan una empresa. Es un compromiso para garantizar que la empresa mantenga la responsabilidad, la diversidad, la transparencia y la equidad. También se refiere a las relaciones entre las partes interesadas y los objetivos corporativos.

Principalmente, esta responsabilidad recae en el consejo de administración de la empresa. Este sistema de controles y equilibrios pretende minimizar los conflictos de intereses y garantizar que los accionistas reciban el mismo trato”.

Ciclo general de la gestión del Riesgo de Gobierno Corporativo.

Para la gestión del Riesgo de Gobierno Corporativo inherente la Institución aplica el “Ciclo General de Gestión de Riesgos” definido previamente, con el fin de identificar, evaluar, controlar y monitorear, armonizado con los demás lineamientos e instrumentos complementarios.

a) Identificación del Riesgo de Gobierno Corporativo:

La identificación del Riesgo de Gobierno Corporativo comprende, como mínimo lo siguiente:

Identificar un delicado equilibrio de poder que depende de ejes críticos formados por la Alta Dirección y el Consejo de Administración. Cada uno tiene sus propias responsabilidades, pero deben trabajar juntos para que el sistema sea equilibrado y eficaz.

Otras partes interesadas incluyen a los empleados, los proveedores y los clientes, así como a fuerzas externas como acreedores, reguladores y la comunidad.

b) Evaluación y medición del Riesgo de Gobierno Corporativo:

Posterior se realiza la evaluación y medición del Riesgo de Gobierno Corporativo:

El Consejo de Administración evalúa y mide los riesgos del gobierno corporativo a través de la gestión de los directivos y los resultados de los objetivos estratégicos.

c) Selección de estrategias para el tratamiento y control del Riesgo de Gobierno Corporativo:

El tratamiento y control del Riesgo de Gobierno Corporativo establece acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas para impactar positivamente en sus resultados: La Institución debe rendir cuentas de forma transparente al Consejo de Administración y partes interesadas.

Proporcionar un marco específico para trazar y alcanzar los objetivos de la Institución.

Establecer las normas para las actividades de toma de decisiones relacionadas con asuntos corporativos.

d) Seguimiento y monitoreo del Riesgo de Gobierno Corporativo:

La Institución hace seguimiento y monitoreo al Riesgo de Gobierno Corporativo a través de las etapas del “Ciclo General de Gestión de Riesgos” y por ende para contribuir a todo el “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)”, realizando las siguientes acciones:

El buen gobierno corporativo debe proteger la integridad y la imagen pública de la Institución, que puede verse cuestionada si falta la transparencia que exigen las entidades externas e internas.

Límites de exposición del Riesgo de Gobierno Corporativo.

El establecimiento de los límites de exposición del Riesgo de Gobierno Corporativo se enmarca en el cumplimiento de los Estatutos y la normatividad gubernamental, promoviendo que se tomen mejores decisiones en favor de la Institución; y en caso de desviación se convoca al Consejo de Administración.

**DIEZ. RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL
TERRORISMO y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE
DESTRUCCIÓN MASIVA (SARLAFT-FPADM).**

**ONCE. RIESGO DE CORRUPCIÓN, LA OPACIDAD Y EL FRAUDE
(SICOF).**

**DOCE. RIESGO DEL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA
EMPRESARIAL INTEGRAL (PTEE-I). Incluye la corrupción, la opacidad
y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST).**

**TRECE. RIESGO TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS
PERSONALES.**

La Institución trabaja estos riesgos en otros documentos debidamente normalizados.

6. RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

Se debe generar un seguimiento sistemático al “Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas (SIGRS)” con los diferentes controles que ayuden con la correcta gestión de los mismos.

Estudiar las normas de referencia como son:

- **Constitución Política de 1991**, incorporó el concepto del Control Interno como un instrumento orientado a garantizar el logro de los objetivos de cada entidad.
- **Ley 87 de 1993**, establecimiento de normas para el ejercicio del Control Interno.
- **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.
- **Ley 1712 de 2014** "Ley de Transparencia, regula el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información. Sistema de información de transparencia - ITA."
- **Circular externa número 000003 may 24-2018 Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud**, "Instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno IPS de los grupos C1 y C2".
- **Circular 20211700000004-5 sep 15-2021 Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud**, "Código Buen Gobierno, Sistema de Riesgos y sus subsistemas".
- **Circular 20211700000005-5 sep 17-2021 Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud**, "Subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude-SICOF".

**RESUMEN CIRCULAR 20211700000004-5 SEP 15-2021 DE LA SUPERSALUD y OTROS ENTES
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS)**

**CAPITULO I: LINEAMIENTOS GENERALES DEL SISTEMA INTEGRADO
DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS (SIGRS).**

**CAPITULO II: LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DE LOS SUBSISTEMAS
DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.**

**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE
RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS.**

**i) Ciclo General de Gestión
de Riesgos.**

**ii) Políticas de Gestión de
Riesgos.**

**iii) Procesos y Procedimientos para la
Gestión de Riesgos.**

**iv) Documentación para la
Gestión de Riesgos.**

**v) Estructura
Organizacional.**

**vi) Infraestructura
Tecnológica.**

**vii) Divulgación
de la Información
y Capacitaciones.**

Identificación de riesgos.
Evaluación y medición de riesgos.
Selección de estrategias para el
tratamiento y control de los riesgos.
Seguimiento y monitoreo.

1. Subsistema de Gestión del riesgo en salud.
2. Subsistema de Gestión del riesgo operacional (SARO).
3. Subsistema de Gestión del riesgo actuarial.
4. Subsistema de Gestión del riesgo de crédito (SARC).
5. Subsistema de Gestión del riesgo de liquidez (SARL).
6. Subsistema de Gestión del riesgo de mercado de capitales.
7. Subsistema de Gestión del riesgo de grupo (No aplica).
8. Otros riesgos: Subsistema de Gestión del riesgo de fallas de mercado.
- 8.1 Otros riesgos: Subsistema de Gestión del riesgo reputacional.
9. Subsistema de Gestión de riesgo de gobierno corporativo.
10. Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPADM).
11. Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude (SICOF).
12. Programa de Transparencia y Ética Empresarial Integral (PTEE-I): Incluye la corrupción, la opacidad y el fraude (COF), el soborno y el soborno transnacional (ST).
13. Tratamiento Protección de Datos Personales.

 Fundación Instituto Neurológico de Colombia	LINEAMIENTOS PARA REGALOS, VIÁTICOS y CONTRIBUCIONES POLÍTICAS
---	---

Revisión: 01	Código: RDDEPIg20	Responsable: Jefe de Control Interno
--------------	-------------------	--------------------------------------

1. GENERALIDADES

La Fundación Instituto Neurológico de Colombia, en adelante INDEC, recopila las normas éticas y las mejores prácticas organizacionales de transparencia para establecer los lineamientos a seguir para el manejo de los regalos, los viáticos y las contribuciones políticas.

2. OBJETIVO

Estandarizar los lineamientos a seguir para el manejo de los regalos, los viáticos y las contribuciones políticas que realice y/o reciba el INDEC de cualquier naturaleza, en busca de promover la integridad, la ética y la transparencia en todas las relaciones con los grupos de interés (internos y externos).

3. RECURSOS

3.1TALENTO HUMANO: Todos los empleados del INDEC

3.2 EQUIPOS BIOMÉDICOS U OTROS EQUIPOS: Computador, teléfono.

3.3 MEDICAMENTOS: No aplica

3.4DISPOSITIVOS MÉDICOS Y/O INSUMOS: No aplica

4. CONDICIONES ESPECIALES

El INDEC adopta las directrices establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD, por la Gobernación de Antioquia y demás entes reguladores, a través de sus diferentes normas de “conducta”, las cuales se complementan con los siguientes lineamientos internos:

- El Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT-FPADM).
- El Programa de Transparencia y Ética Empresarial Integral (PTEE-I).
- El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).
- El Código de Ética y de Buen Gobierno.
- El Código de Integridad.
- El Reglamento Interno de Trabajo.

Página 1 de 5	Elaboró: Jefe Control Interno Revisó: Jefe Control Interno	Aprobó: Dirección General	Fecha: 16/07/2024
---------------	---	---------------------------	-------------------

- El Direccionamiento estratégico.
 - Política de Cumplimiento.
 - Política de Anticorrupción, Antifraude y Antisoborno.
 - Política de Transparencia.
 - Política SARLAFT-FPADM.
 - Política del SICOF.
 - Política de Riesgo.
 - Política de Conflicto de intereses.
 - Política de Confidencialidad.
 - Política de Protección y Control de los Recursos.
 - Política de la Gestión Integrada.
 - Política para el Manejo de Efectivo.
- Entre otras.

5. ACTIVIDADES

A. MANEJO DE REGALOS

Definición:

Regalos (atenciones, cortesías, beneficios o entretenimientos): son bienes, servicios o beneficios provenientes de un tercero, que no generan obligaciones o contraprestaciones para quien los da o los recibe.

Algunos ejemplos son: agendas, bolígrafos, calendarios, vasos mugs, gorras, memorias USB, recordatorios, entre otros.

Cualquier regalo (diferentes a los expresados en la definición de regalo) que un empleado del INDEC ofrezca a un tercero o que el tercero le ofrezca, deberá contar con el visto bueno por escrito de la dirección respectiva, con el fin de verificar que está en consonancia con los principios establecidos en el código de ética y de buen gobierno, en el código de integridad, en la política de cumplimiento y en la política de transparencia; sin que puedan llevarse a cabo actuaciones que contengan algún elemento contrario a dichas normas o que genere un conflicto de interés.

Prohibiciones generales para entregar o recibir regalos:

1. En las áreas de contratación con clientes y contratación de bienes y servicios se prohíbe dar y recibir dádivas.

2. Ningún empleado del INDEC está autorizado para entregar regalos o invitaciones a terceros que ostenten algún interés que pueda impactar positiva o negativamente al INDEC, sin la autorización por escrito de la dirección respectiva.
3. Los obsequios nunca deben ofrecerse o recibirse en secreto.
4. Se prohíbe ofrecer y recibir dadas al licitar un contrato o en cualquier circunstancia.
5. No podrán otorgarse o prometer regalos, atenciones, cortesías, beneficios u otra cosa de valor a funcionarios Gubernamentales nacionales o extranjeros, con quienes se esté adelantando algún tipo de trámite (licencias, permisos, resoluciones o fallos), esto incluye las ramas del poder público o las autoridades que puedan emitir o modificar algún tipo de normativa o regulación que afecte directa o indirectamente los intereses de la empresa, esto incluye el cumplimiento del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I) de acuerdo a la circular externa número 2022151000000053-5 del 5 de agosto de 2022 de la Superintendencia Nacional de Salud SUPERSALUD y a la resolución número 2024060000475 del 11 de enero de 2024 de la Gobernación de Antioquia.
6. Los empleados del INDEC no pueden, en relación con cualquier individuo, o familiar de dicho individuo, o cualquier entidad que busque o quiera mantener negocios con el INDEC:
 - a. Dar o aceptar un regalo ya que este puede ser percibido como una manera de influenciar la decisión que va a tomar o tomó el empleado del INDEC.
 - b. Dar o aceptar dinero en efectivo o en especie por cualquier monto, incluyendo préstamos personales.
 - c. Aceptar entretenimiento a sus expensas.
 - d. Aceptar o solicitar ofertas de empleo para los miembros de la familia del empleado del INDEC.
 - e. Aceptar o solicitar servicios, asesorías, gestiones administrativas, apoyo en trámites, entre otros a título personal.

Excepciones:

Prácticas de cortesía normales: Se entiende por prácticas de cortesía normales las atenciones y detalles habituales en el sector en que el INDEC se desenvuelve. A título ejemplificativo y no exhaustivo, se consideran prácticas normales de cortesía las siguientes:

- Los regalos corporativos con el logotipo del INDEC (calendarios, bolígrafos, llaveros, libretas, cuadernos, entre otros).

- Los artículos promocionales o souvenirs con marca.
- El material empleado en reuniones, seminarios, jornadas o (calendarios, bolígrafos, llaveros, libretas, cuadernos, entre otros).
- Los dulces, bebidas o frutas para consumo personal.
- Las flores en ocasiones tradicionales o placas conmemorativas, entre otros.
- Capacitaciones.

B. MANEJO DE VIÁTICOS

Definición:

Viáticos: los viáticos se definen como un reconocimiento económico que se otorga a los empleados del INDEC, cuando se desplacen a un lugar diferente de su sitio habitual de trabajo por motivo laboral. Este reconocimiento se otorga para cubrir alojamiento, alimentación, transporte y comunicación de los gastos asociados a los viajes que deben hacer en representación del INDEC.

Cualquier gasto de un empleado del INDEC por motivo de viaje, se debe regir bajo unos lineamientos específicos, los cuales estarán contemplados en este documento, con el fin de garantizar la transparencia y cuidado del patrimonio del INDEC.

Los viáticos se entregan como anticipos de gastos de viaje, siempre y cuando cumplan las siguientes características:

- El Director Administrativo y Financiero es el único que autoriza los viáticos.
- Los gastos por viáticos deben ser razonables y no deben ser extravagantes, todo esto aunado con la política de cumplimiento y al programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I).
- Para la entrega de los viáticos, se diligencia el formato específico que la secretaria de gerencia le envía al empleado donde se indica el valor a cubrir por gastos de alojamiento, alimentación, transporte y comunicación.
- Si por cuestiones laborales al empleado le corresponde amanecer en el lugar de su actividad laboral u académica, el INDEC le cubrirá el hotel (siempre y cuando no haya disponibilidad en la sede del INDEC en el caso de Apartadó).
- La secretaria de gerencia es la persona encargada de la compra de los tiquetes, con previa autorización del Director Administrativo y Financiero.

C. MANEJO DE CONTRIBUCIONES POLÍTICAS:**Definición:**

Contribuciones políticas: contribuciones monetarias a candidatos, precandidatos, campañas, precampañas, partidos políticos, movimientos ciudadanos y demás aspirantes o estructuras políticas relacionadas, con fines electorales.

El INDEC prohíbe realizar, recibir, participar o promover contribuciones y/o aportes en dinero a partidos políticos, personas expuestas políticamente, candidatos o aspirantes a cargos públicos, así como presionar, coaccionar o inducir a otros en la participación o apoyo de algún partido o candidato político.

Dentro de esta prohibición, y bajo el ambiente del programa de transparencia y ética empresarial integral (PTEE-I), el código de ética y de buen gobierno y el código de integridad promovido por el INDEC, se encuentra también la participación, directa o indirecta de sus empleados y quienes la representen, en sobornos o con el fin de obtener o retener un beneficio, negocio o ventaja sobre cualquier contratación, posición (cargo), incluyendo los beneficios de tipo legal y tributario.

Los siguientes son algunos ejemplos de actividades prohibidas:

- Hacer una donación financiera a nombre del INDEC a cualquier estructura política.
- Usar a los empleados del INDEC para que trabajen para cualquier estructura política.
- Utilizar las instalaciones, equipos o suministros del INDEC, tales como impresoras, computadoras o papelería para cualquier estructura política.

CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

El incumplimiento de alguno de estos lineamientos ameritará aplicar una o varias de las siguientes sanciones dependiendo de su gravedad y de acuerdo a lo estipulado en el reglamento interno de trabajo en el capítulo 4 “escala de faltas, sanciones y terminación del contrato de trabajo”.