OBLIGACIONES

OBLIGACIÓN 6

OBLIGACIÓN 5

Ana Karina Ravelo Carrillo

Asunto:	Avance Elaboración Programa de Transparencia y Ética Pública PTEP HUSJDMI
Ubicación:	Edificio Palma Real Oficina Planeación
Iniciar:	Mar 7/07/2026 8:30 AM
Finalizar:	Mar 7/07/2026 9:30 AM
Mostrar como:	Ocupado
Estado de la reunión:	Organizador
Organizador:	Ana Karina Ravelo Carrillo
Asistentes obligatorios:	Diego Mauricio Jaramillo Mendigaña; Christian Tiberio Robayo Arias

Cordial saludo
Estimados Dr. Diego y Dr. Christian

Me permito extender invitación con el fin de presentar avance de elaboración del Programa de Transparencia y Ética Pública PTEP HUSJDMI que se viene adelantando, desde la oficina de planeación.

Cordialmente

Ana Karina Ravelo Carrillo
Contratista Planeación

Reunión de Microsoft Teams

Unirse: https://teams.microsoft.com/meet/22985261540395?p=xRfk1UqWAdfReHZvX3

Id. de reunión: 229 852 615 403 95

Código de acceso: Hy2Re7KR

¿Necesita ayuda? | Referencia del sistema

Marcar por teléfono

+57 601 7940844,,483103588# Colombia, Bogota, D.C.

Buscar un número local

Id. de conferencia telefónica: 483 103 588#

Para organizadores: Opciones de la reunión | Restablecer el PIN de marcado

---

Outlook

Programa de Transparencia y Ética Pública PTEP HUSJDMI

Desde Ana Karina Ravelo Carrillo <aravelo@husjdmi.gov.co>
Fecha Lun 13/07/2026 10:04 PM
Para Diego Mauricio Jaramillo Mendigaña <djaramillo@husjdmi.gov.co>; Christian Tiberio Robayo Arias <crobayo@husjdmi.gov.co>

1 archivo adjunto (13 MB)
DOCUMENTO PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA PUBLICA HUSJDMI.pdf;

Cordial saludo
Estimados

Por medio del presente, me permito compartir el Programa de Transparencia y Ética Pública que se viene adelantando en nuestra Institución HUSJDMI, con el propósito de recibir las observaciones pertinentes de su parte, para definir el documento final que se debe presentar a las áreas que correspondan.

Quedo atenta a sus comentarios

Cordialmente,

Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil

Ana Karina Ravelo Carrillo
Contratista Secretaría General
Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil
aravelo@husjdmi.gov.co
Calle 28 # 13 - 22. Bogotá D.C.

Programa de Transparencia y Ética Pública

PTEP - 2026

Salud

Hospital Universitario
San Juan de Dios
y Materno Infantil



Versión 0.3
07 de julio de 2026

TABLA DE CONTENIDO

1. MARCO NORMATIVO APLICABLE 4
2. DEFINICIONES 15
3. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP) 19
3.1 Declaración. 19
3.1.1 Objetivos. 20
3.1.1.1 Objetivo general 20
3.1.1.2 Objetivos específicos 20
3.1.2 Alcance. 21
3.1.3 Planeación. 22
3.2 Estrategia institucional para la lucha contra la corrupción 22
3.2.1 Gestión del riesgo 23
3.2.1.1.2 Canales de denuncia 26
3.2.1.1.3 Debida diligencia 27
3.2.1.2 Redes y articulación 29
3.2.1.2.1 Redes Internas y Redes Externas 29
3.2.1.3 Cultura de la legalidad y estado abierto 30
3.2.1.3.1 Acceso de la información pública y transparente 30
3.2.1.3.2 Participación ciudadana y rendición de cuentas 30
3.2.1.3.3 Integridad en el servicio público 32
3.2.1.4 Iniciativas adicionales 32
3.2.2 Administración, supervisión y monitoreo 33
3.2.3 Reportes 34
3.2.4 Formación 34
3.2.5 Comunicación 36
3.2.6 Auditoría y mejora 36
4. DOCUMENTOS ASOCIADOS 37
5. CONTROL DE CAMBIOS 37
6. ANEXOS 38

Tabla de Ilustraciones

Ilustración 1 Componentes PTEP..... 22

Ilustración 2 Articulación del componente de transparencia de integridad..... 23

Ilustración 3 Estructura organizacional vigente HUSJDMI..... 24

Ilustración 4 Métodos de análisis de riesgos..... 25

Ilustración 5 Tipos de conflicto de intereses 29

1. MARCO NORMATIVO APLICABLE

- Constitución Política 1 de 1991 Asamblea Nacional Constituyente
- Ley 599 de 2000 "por la cual se expide el código penal."
- 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 1453 de 2011 “por medio de la cual se reforma el código penal, el código de procedimiento penal, el código de infancia y adolescencia, las reglas sobre extinción de dominio y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad.”
- Ley 1581 de 2012 “por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.”
- Ley 1712 de 2014 “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.”
- Ley 1762 de 2015 “por medio de la cual se adoptan instrumentos para prevenir, controlar y sancionar el contrabando, el lavado de activos y la evasión fiscal”.
- Decreto 1081 de 2015 sector presidencia de la república “por medio del cual se expide el decreto reglamentario único del sector presidencia de la república”
- Ley 1519 de 2020 “por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos”
- Ley 2016 de 2020 “por la cual se adopta el código de integridad del servicio público colombiano y se dictan otras disposiciones”
- Ley 2195 de 2022 “por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones”
- Decreto 1122 de 2024 “por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los programas de transparencia y ética pública”
- Resolución 025 de 2026 “por medio de la cual se adopta el sistema integrado de gestión del riesgo, se actualiza el comité institucional de gestión y desempeño del hospital universitario san juan de dios y materno infantil, y se dictan otras disposiciones.

Tabla 1 Marco Normativo aplicable al PTEP

MARCO NORMATIVO APLICABLE	MARCO NORMATIVO EN RELACIÓN CON PTEP
Fundamentos de la constitución de 1991	**Art. 1** Somos un estado social de derecho donde se fundamenta la organización del estado en el respeto a la dignidad humana, la democracia participativa y el interés general sobre lo particular. **Art. 74** Tenemos derecho al acceso a la información donde se garantice que todo ciudadano puede acceder a los documentos públicos, constituyendo este aspecto como base en la transparencia gubernamental. **Art. 209** La función pública debe desarrollarse bajo los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad.
Código penal ley 599 de 2000	Aunque el PTEP es una herramienta de prevención de gestión, la Ley 599 de 2000 es quien castiga plenamente los actos de corrupción que el programa intenta prevenir. El código penal sanciona las conductas que atentan contra la administración pública tales como; peculado, concusión, cohecho, tráfico de influencias, enriquecimiento ilícito.
Ley 1474 de 2011	Conocida como el estatuto anticorrupción, establece herramientas administrativas, disciplinarias y penales para prevenir, investigar y sancionar la corrupción en Colombia. En relación con el PTEP, esta ley modernizó la gestión pública y la lucha contra la corrupción. La norma introdujo medidas que impactan el control de la gestión pública y la contratación estatal tales como: inhabilidades estrictas, responsabilidad de personas jurídicas, estrategias preventivas, denuncias.
Marco ley 1453 de 2011	El decreto nos indica que se realizó la modificación del PAAC al PTEP se aplica al programa de transparencia y ética pública

	principalmente como el marco jurídico que tipifica y sanciona delitos contra la administración pública y el crimen organizado, siendo el pilar para la matriz de riesgos de corrupción como el cohecho, el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
Marco ley 1581 de 2012	Establece el régimen de protección de datos personales en Colombia. En el contexto del PTEP, esta normativa exige el tratamiento lícito, seguro y confidencial de la información, protegiendo especialmente los datos de ciudadanos, denunciantes y servidores públicos. En el marco de la lucha contra la corrupción y la debida diligencia, el PTEP recopila datos sensibles (información biométrica, origen racial, etc.) o privados. Su aplicación se rige por lo siguiente: **Autorización previa:** Se debe obtener el consentimiento informado de los titulares para almacenar y tratar sus datos, salvo en excepciones legales específicas. **Principio de Finalidad:** La información recolectada a través de canales de denuncias o trámites solo puede ser usada para fines de investigación, transparencia y prevención de la corrupción. **Seguridad de la información:** Las entidades deben implementar medidas técnicas y humanas para evitar el acceso no autorizado o la fuga de datos. **Derechos de los titulares:** Los ciudadanos pueden conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de sus datos personales en cualquier momento.
Marco ley 1712 de 2014	Ley de transparencia y del derecho de acceso a la Información pública, es el cimiento jurídico de los programas de transparencia y ética pública en Colombia. garantiza la apertura de datos, la rendición de cuentas y la prevención de la corrupción.

	Ejes de aplicación a la ley: **Divulgación Proactiva:** El PTEP utiliza este principio para publicar de forma rutinaria y accesible información sobre gestión, contratación y riesgos de corrupción, sin necesidad de que el ciudadano la solicite. **Transparencia Activa:** Obliga a las entidades a mantener actualizada su información institucional (estructura, normatividad, presupuesto) en secciones visibles y accesibles (como el menú de "transparencia" en las páginas web) **Canales de Denuncia**: En cumplimiento del acceso a la información y la participación ciudadana, el PTEP exige habilitar mecanismos seguros, anónimos y confidenciales para que los ciudadanos o servidores reporten posibles actos de corrupción. **Datos Abiertos:** Toda la información pública debe ser veraz, oportuna y entregarse en formatos reutilizables y comprensibles para facilitar su análisis y control ciudadano.
Ley 1762 de 2015	Ley anticontrabando, se integra al PTEP para exigir que las entidades adopten medidas de debida diligencia orientadas a prevenir y mitigar los riesgos de lavado de activos, los cuales están estrechamente vinculados con delitos precedentes como el contrabando y la evasión fiscal. Ejes de aplicación a la ley: **Gestión de riesgos:** El PTEP incluye un eje transversal dedicado a identificar, evaluar y gestionar los riesgos de Lavado de Activos, tomando como base las modificaciones penales y los controles aduaneros introducidos por la Ley 1762. **Debida diligencia:** Obliga a las instituciones a

	implementar procesos de conocimiento de terceros, contratistas, proveedores y usuarios para evitar que el aparato estatal sea utilizado para el blanqueo de capitales provenientes de actividades ilícitas. **Lucha integral:** Articula los esfuerzos de transparencia institucional con la política nacional contra el contrabando y la evasión fiscal, fortaleciendo los canales de denuncia y la cultura de la legalidad.
Decreto 1081 de 2015	Ejes de aplicación a la ley: **Marco de Transparencia Activa:** El decreto compila los lineamientos sobre publicación, divulgación y gestión de la información pública Decreto 1081 de 2015 pilares esenciales del componente programático del PTEP para garantizar el acceso de la ciudadanía a la información Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP). **Gestión de Conflictos de Interés:** Las directrices de este decreto reglamentario exigen y regulan la declaración de posibles conflictos de interés en los trámites administrativos, una de las medidas de integridad obligatorias dentro de la política interna de prevención de riesgos de corrupción cómo prevenir y gestionar conflictos de interés. **Personas Expuestas Políticamente (PEP):** El Decreto 1081 de 2015 dedica capítulos a la indicación y manejo de las PEP decreto número DAPRE, información que los sujetos obligados por la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) deben cruzar, identificar y aplicar en sus medidas de debida diligencia según su PTEP Personas Expuestas Políticamente (PEP)
Ley 1519 de 2020	La Resolución 1519 de 2020 del Ministerio de las TIC es el marco normativo que establece los estándares de publicación, accesibilidad web, seguridad digital y datos abiertos para

	las entidades del estado. En el contexto del PTEP, esta normativa garantiza que toda la información institucional, mapas de riesgo y canales de denuncia sean accesibles, claros y seguros para la ciudadanía. El marco de la Resolución 1519 de 2020 se aplica al PTEP en los siguientes componentes estratégicos: **Accesibilidad Web:** El sitio web de la entidad debe cumplir con los criterios WCAG (perceptible, operable, comprensible y robusto) para que personas con discapacidad visual o auditiva puedan consultar las políticas anticorrupción y acceder a la información sin barreras. **Publicación y Estandarización:** Exige que los informes, el mapa de riesgos y los canales de atención al ciudadano se publiquen en formatos estructurados y legibles, garantizando la transparencia activa. **Seguridad Digital:** Establece condiciones técnicas mínimas para proteger la integridad de los datos reportados y evitar la manipulación de la información pública. **Datos Abiertos:** Los indicadores de gestión, debida diligencia y mapas de riesgos del PTEP deben ponerse a disposición como datos abiertos, permitiendo a la ciudadanía y veedurías realizar control social **Gestión de PQRS:** Dicta los lineamientos para la recepción y trámite de denuncias y peticiones, fortaleciendo el componente de relacionamiento ciudadano.
Ley 2016 de 2020	La Ley 2016 de 2020 adopta el Código de Integridad del Servicio Público Colombiano y orienta la cultura ética dentro del (PTEP). Garantiza que los servidores adopten valores clave (como el respeto, la honestidad, el compromiso, la justicia, la diligencia) y

	establezcan directrices preventivas en la gestión pública. El Código de Integridad de 2020 impacta al PTEP en los siguientes ejes estratégicos: **Cultura de la Legalidad:** Transforma los principios abstractos en comportamientos medibles y operativos dentro de la entidad, sirviendo como base ética de la cultura institucional. **Gestión de Riesgos de Corrupción:** Complementa la gestión de riesgos (con base en la Ley 2195 de 2022 y el Decreto 1122 de 2024) al enfocar el talento humano en prevenir conflictos de interés y garantizar la transparencia. **Componente Transversal del PTEP:** Es el pilar para la "Declaración de Compromiso" y el fomento de valores, orientando la formación de los servidores públicos para blindar los procesos de contratación y atención al ciudadano.
Ley 2195 del 2022	El artículo 31 de la Ley 2195 de 2022 derogó el antiguo Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), estableciendo la obligación de implementar el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP). Este marco exige a las entidades enfocar su gestión en la prevención y el control de riesgos de corrupción. La aplicación del PTEP y sus lineamientos operativos se estructuran de la siguiente manera: **Fundamento Legal:** Creado por la Ley 2195 de 2022 y desarrollado a través del Decreto 1122 de 2024 y su respectivo anexo técnico. **Reemplazo:** Sustituye el PAAC para consolidar un modelo preventivo unificado de

	lucha contra la corrupción. **Enfoque Institucional:** Articulado directamente con el Sistema Integrado de Gestión (MIPG) y en concordancia con políticas nacionales de integridad. **Reemplazo:** Sustituye el PAAC para consolidar un modelo preventivo unificado de lucha contra la corrupción. Enfoque Institucional: Articulado directamente con el Sistema Integrado de Gestión (MIPG) y en concordancia con políticas nacionales de integridad. El PTEP se estructura sobre pilares de gestión preventiva de riesgos e integridad: **Gestión de Riesgos de Corrupción:** Identificación, medición, control y monitoreo continuo de riesgos. Promoción de la Integridad y Ética Pública: Fomento de una cultura de legalidad y corresponsabilidad. Apertura de Información y Datos Abiertos: Optimización de mecanismos de estado abierto y transparencia activa. **Debida Diligencia:** Medidas preventivas orientadas a mitigar riesgos de lavado de activos y otros delitos similares. Innovación Pública y Relacionamiento con la Ciudadanía: Mejora en el acceso a trámites, rendición de cuentas y atención al ciudadano **Objetivos del Nuevo Modelo Preventivo** **Cultura Organizacional:** Busca permear el interior de las entidades nacionales y territoriales con lineamientos claros de integridad. **Detección Temprana:** Dotar al Estado de mecanismos para la prevención y la investigación ágil de la corrupción. **Monitoreo:** Evaluar la efectividad de las

	medidas preventivas sobre el patrimonio público. Para construir o actualizar el mapa de riesgos de corrupción bajo el marco del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), se deben seguir los lineamientos metodológicos actualizados del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) Este proceso se compone de cinco etapas secuenciales, estructuradas bajo un enfoque estratégico y preventivo articulado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Antes de formular cualquier riesgo, es obligatorio delimitar el entorno institucional: **1. Análisis Externo e Interno:** Identificar factores legales, sociales o tecnológicos que afecten a la entidad. Revisión de Procesos: Mapear la cadena de valor institucional, priorizando los procesos misionales, de contratación, financieros y de trámites. Participación Ciudadana: Convocar a la ciudadanía y grupos de valor para que aporten comentarios sobre los puntos críticos de corrupción percibidos **2. Identificación del Riesgo de Corrupción:** Consiste en determinar qué hechos de corrupción podrían ocurrir, cómo ocurrirían y por qué. Para redactar correctamente el riesgo, se debe seguir la estructura técnica estandarizada: • **Fórmula de Redacción**: Causa Inmediata (por qué pasa) + Fáctico (acción de corrupción) + Efecto (consecuencia patrimonial o institucional). • **Tipificación:** Clasificar si se trata de un riesgo operativo, tecnológico, reputacional o de desvío de recursos públicos.

	3. Análisis y Valoración del Riesgo (Riesgo Inherente) Se califica el riesgo en su estado natural, es decir, asumiendo que no existen controles operativos. • **Probabilidad:** Medir la frecuencia u oportunidad de ocurrencia (en escala de 1 a 5, desde "Muy raro" hasta "Casi seguro"). • Impacto: Evaluar la gravedad del daño si el riesgo se materializa (en escala de 1 a 5, desde "Insignificante" hasta "Catastrófico"). • **Matriz de Calor:** Cruzar ambos resultados en la matriz de priorización para obtener el Riesgo Inherente (Zona de riesgo: Baja, Moderada, Alta o Extrema) **4. Evaluación de Controles y Riesgo Residual** En este paso se contrastan los riesgos identificados frente a las medidas de mitigación que la entidad ya tiene implementadas: **Diseño del Control**: Validar si el control es preventivo o detectivo, y si está debidamente formalizado (manuales, actos administrativos). **Ejecución del Control:** Verificar si el control es automático o manual, y si cuenta con evidencias claras de su aplicación **Cálculo del Riesgo Residual:** Al aplicar la solidez del control sobre el Riesgo Inherente, se obtiene el nivel real del riesgo. Si este sigue siendo alto, se requiere obligatoriamente un Plan de Tratamiento (nuevas acciones mitigantes) **5. Monitoreo, Comunicación y Anonimización**

	El mapa no es un documento estático; exige un ciclo riguroso de seguimiento continuo: **Seguimiento Cuatrimestral:** La Oficina de Control Interno (o quien haga sus veces) debe evaluar formalmente el mapa cada cuatro meses (con cortes a abril, agosto y diciembre). **Anonimización para Publicación:** Conforme a las directrices de la Guía Integral de Riesgos del DAFP y la Ley de Transparencia (Ley 1712 de 2014), las actividades de control detalladas deben ser anonimizadas en la versión pública para evitar dar ventajas a los infractores, manteniendo visible únicamente el riesgo y su nivel.
Decreto 1122 de 30 de agosto de 2024	Su aplicación se estructura en el Anexo Técnico del decreto a través de dos ejes fundamentales: **Componente Transversal:** Se enfoca en el fortalecimiento institucional, la promoción de la cultura de la legalidad, el conflicto de intereses, los canales de denuncia, el acceso a la información pública y la debida diligencia. **Componente Programático:** Establece los mecanismos concretos para identificar, medir, controlar y monitorear los riesgos de corrupción, integrando este programa con otros sistemas administrativos que ya maneje la entidad. Su propósito es reemplazar o articular los antiguos planes anticorrupción, centralizando la prevención de malas prácticas bajo una estructura de cumplimiento estándar para todas las entidades estatales.
Resolución 025 de 2026	Que el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades

	y de los organismos públicos, dirigido a generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio, en los términos del artículo 2.2.22.3.2. del Decreto 1083 de 2015.

fuente 1 https://secretariajuridica.gov.co/sites/default/files/2025-02/Programa%20de%20Transparencia%20y%20E%CC%81tica%20Pu%CC%81blica%20%28PTEP%29%202025.pdf

2. DEFINICIONES

- **Abuso de funciones:** es un acto de corrupción y falta disciplinaria/penal en el que un servidor público se extralimita en sus facultades o realiza actividades para las que no tiene competencia legal. El objetivo es obtener un beneficio personal o indebido, o causar un perjuicio a terceros.
- **Apoyo:** se refiere a acciones transversales que favorecen el correcto desarrollo de las diferentes actividades. Es un proceso general que contempla una amplia variedad de acciones interdisciplinarias: habilidades de comunicación, pedagógicas, servicios asistenciales, etc.
- **Canales de denuncia:** mecanismos seguros y confidenciales para reportar actos de corrupción o faltas éticas, incluyendo protección al denunciante.
- **Componente transversal:** Es el marco estructural, metodológico y cultural del programa. Su propósito es integrar los valores éticos en el ADN de la entidad, asegurando que la transparencia no sea una acción aislada.
- **Componente Programático:** Es el núcleo operativo del programa; contiene las acciones estratégicas específicas, planes y proyectos orientados directamente a mitigar los riesgos.
- **Conflicto de intereses:** en Colombia, el concepto de conflicto de intereses se encuentra definido en el artículo 44 del código general disciplinario (Ley 1952 de 2019) y nos dice que este surge "cuando el interés general propio de la función pública entra en conflicto con el interés particular y directo del servidor público". Respecto de la gestión de los conflictos de intereses en el sector público, referirse a las guías y manuales expedidos por el departamento administrativo de la función pública.
- **Control:** es el proceso de supervisar, verificar y evaluar que las actividades, acciones o resultados se estén realizando de acuerdo con lo planeado y los objetivos establecidos. Su finalidad es detectar errores, corregir desviaciones y asegurar que todo funcione correctamente.
- **Control social:** es el derecho y la participación de la ciudadanía, organizaciones sociales y grupos de interés en la vigilancia, seguimiento y evaluación de la gestión pública o de las actuaciones de una organización, con el propósito de promover la transparencia, el cumplimiento de las normas y la correcta administración de los recursos.
- **Corrupción:** se entiende como el uso del poder para desviar la gestión de lo público hacia el

beneficio privado, afectando la garantía de los derechos humanos y derechos fundamentales de las personas. En esa medida, un acto de corrupción comprende diferentes conductas tipificadas por el sistema penal y el sistema disciplinario que tienen como objetivo la corrupción.

- **Cultura organizacional:** promover comportamientos éticos mediante capacitación, liderazgo ejemplar y comunicación interna constante en el Hospital.
- **Cumplimiento normativo:** asegurar que el programa esté alineado con las leyes y lineamientos vigentes, para la implementación dentro del Hospital.
- **Dadiva:** es cualquier beneficio, regalo, favor, dinero, incentivo, promesa o ventaja entregada a un servidor público o a un particular que ejerza funciones públicas, con el propósito de influir indebidamente en sus decisiones, actuaciones u omisiones.
- **Debida diligencia:** es un proceso de investigación y gestión de riesgos mediante el cual empresas o individuos evalúan a sus contrapartes (clientes, proveedores, socios) y sus operaciones. Su objetivo es identificar, prevenir, mitigar y responder ante riesgos legales, financieros, ambientales, de derechos humanos o de lavado de activos.
- **Enfoque predictivo:** es una forma de análisis y planificación que busca anticipar lo que podría ocurrir en el futuro mediante el estudio de datos, patrones, tendencias o experiencias anteriores.
- **Enfoque preventivo:** es una manera de actuar que busca evitar que ocurran problemas, riesgos o daños antes de que aparezcan. En lugar de esperar a que suceda una dificultad para solucionarla, este enfoque se centra en anticiparse y tomar medidas preventivas.
- **Enfoque resolutivo**: es una forma de actuar orientada a encontrar soluciones eficaces y rápidas frente a problemas, dificultades o necesidades concretas. Se centra en identificar el problema, analizar sus causas y aplicar acciones prácticas para resolverlo de manera efectiva. Su objetivo es prever situaciones, comportamientos o resultados para tomar mejores decisiones y actuar con anticipación.
- **Enriquecimiento ilícito:** es un delito de corrupción que ocurre cuando una persona (generalmente un servidor público) incrementa su patrimonio de manera desproporcionada y no puede justificar legalmente el origen de esos ingresos o bienes.
- **Evaluación y mejora:** se refiere a la necesidad de contar con el apoyo de los expertos en auditoría del Hospital para que, de conformidad con sus funciones y roles, se desarrollen las actividades necesarias para el respectivo componente. Contempla acciones como: obtención de evidencias, evaluación objetiva.
- **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 el Hospital con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios. Cada uno de estos riesgos debe ser gestionado por el Hospital en el marco de los lineamientos que se impartan en el sistema integrado para la gestión del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas elaborada por el departamento administrativo de la función pública con el apoyo de la secretaría de transparencia en su última versión.
- **Gestión:** es el conjunto de acciones y procesos que se realizan para organizar, dirigir, administrar y coordinar recursos con el fin de alcanzar objetivos de manera eficiente.

- **Gestión del riesgo**: es el proceso mediante el cual una entidad identifica, analiza, valora y controla eventos potenciales que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos institucionales.
- **Irregularidades:** son acciones, omisiones, situaciones o comportamientos que se apartan de las normas, procedimientos, políticas o disposiciones legales establecidas dentro de una organización o entidad. Estas pueden evidenciar incumplimientos, errores, inconsistencias o posibles actos indebidos que afecten la transparencia, el control interno, la correcta administración de los recursos o el cumplimiento de los objetivos institucionales.
- **Lavado de activos**: es el proceso mediante el cual una persona u organización busca dar apariencia de legalidad a bienes, recursos o dinero que provienen de actividades ilícitas, con el fin de ocultar su origen ilegal e incorporarlos al sistema económico y financiero formal.
- **Legalidad:** es el principio mediante el cual las actuaciones, decisiones, procesos y actividades de una organización o entidad deben realizarse conforme a la constitución, la ley, las normas vigentes y los procedimientos establecidos. Este principio implica el cumplimiento de las disposiciones legales y regulatorias aplicables, garantizando que las acciones institucionales se desarrollen dentro del marco jurídico correspondiente, con transparencia, responsabilidad y respeto por los derechos y deberes de las partes involucradas.
- **Liderazgo:** se refiere a la necesidad de contar con el apoyo de los líderes de procesos del Hospital para que, de conformidad con sus funciones y roles, se desarrollen las actividades necesarias para el respectivo componente. Contempla acciones como: el direccionamiento estratégico del Hospital, las funciones directivas y la necesidad de toma de decisiones.
- **Matriz de riesgos:** es una herramienta metodológica que permite registrar y evaluar los riesgos asociados a los procesos institucionales.
- **Nepotismo:** es el uso de un cargo o poder para favorecer a familiares o amigos con empleos, ascensos o contratos, ignorando el mérito y la capacidad real de los candidatos. Se le conoce comúnmente como "enchufismo" o favoritismo
- **Objetivos estratégicos:** son metas a largo plazo que determinan la planificación operativa de una empresa durante su vida. Se puede decir que son la brújula para dirigir las actividades de una compañía hacia el cumplimiento de sus propósitos.
- **Operación:** se refiere a la ejecución de actividades operativas. Este proceso se centra en la implementación y requiere de acciones como: distribución y asignación de tareas, cumplimiento, trabajo en equipo.
- **Peculado:** (o malversación de fondos) es un delito de corrupción en el cual un servidor público, o un particular que administra recursos del Estado, se apropia, utiliza o permite que otros se apropien de bienes o fondos públicos que le fueron confiados por razón de su cargo.
- **Planeación:** es el proceso de organizar y definir de manera anticipada las acciones, recursos y objetivos necesarios para alcanzar una meta determinada. Implica tomar decisiones, planificar actividades, supervisar tareas y resolver problemas. Consiste en pensar previamente qué se quiere lograr, cómo se va a hacer, cuándo, con qué recursos y quiénes participarán.
- **Plan de acción institucional (PAI):** es un instrumento de gestión que organiza, programa y hace

seguimiento a las actividades necesarias para cumplir los objetivos estratégicos de una institución.

- **Plan estratégico institucional**: es un proceso sistemático que permite a las organizaciones (públicas o privadas) definir su rumbo, establecer objetivos a largo plazo y diseñar una hoja de ruta para alcanzarlos. Alinea la misión y visión con los recursos disponibles y las demandas del entorno
- **Plan especial de manejo y protección (PEMP)**: es el instrumento de planificación y gestión del patrimonio cultural en Colombia. Su objetivo es garantizar la protección, conservación y sostenibilidad a largo plazo de los bienes de interés cultural (BIC) o sectores declarados como patrimonio, estableciendo normas, usos y proyectos urbanos específicos.
- **Planificación:** se refiere a la necesidad de contar con el apoyo de los expertos en planeación institucional para que, de conformidad con sus funciones y roles, se desarrollen las actividades necesarias para el respectivo componente. Contempla acciones como: definición de indicadores, estrategias de administración, conocimiento transversal de la organización.
- **Políticas (PO):** "intenciones y dirección de una organización según lo expresado formalmente por su alta dirección". Esta definición incluye cualquier acto de direccionamiento estratégico como actos administrativos, directivas, lineamientos, circulares, manuales, etc.; así como las políticas internas de gestión que hacen parte del modelo integrado de planeación y gestión.
- **Procedimientos (PR):** "forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso" Esta definición incluye a los procedimientos que se definan e incorporen en los sistemas internos de calidad.
- **Rendición de cuentas:** es el proceso mediante el cual una persona, área u organización informa, explica y sustenta de manera clara, transparente y verificable las decisiones, acciones y resultados de su gestión ante las partes interesadas, autoridades o instancias de control.
- **Servicio humanizado:** es un enfoque de atención centrado en la dignidad, el respeto, la empatía y las necesidades de las personas, garantizando un trato amable, oportuno, inclusivo y ético en cada interacción. Este tipo de servicio busca reconocer a cada persona de manera integral, promoviendo una comunicación clara, la escucha activa y la atención con calidad y sensibilidad humana, independientemente de su condición social, cultural, económica o personal.
- **Soborno:** el soborno es una conducta tipificada dentro del sistema penal colombiano que se refiere al acto de dar u ofrecer a otra persona (según la naturaleza de los sujetos este puede tipificarse como cohecho, soborno o soborno trasnacional) una dádiva para conseguir que, de forma ilícita, se favorezcan sus intereses.
- **Tráfico de influencias:** es un acto de corrupción en el que una persona utiliza su poder, posición o relaciones personales para obtener beneficios, favores o decisiones ventajosas de una autoridad o funcionario público. Generalmente, implica aprovechar contactos o influencias para conseguir contratos, empleos, permisos u otros beneficios de manera indebida.
- **Transparencia activa**: es el deber que tienen las entidades públicas de publicar y divulgar información de manera permanente, clara, accesible y oportuna, sin necesidad de que los ciudadanos la soliciten previamente.

3. PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP)

3.1 Declaración.

La alta dirección del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil en adelante la denominado con la sigla (HUSJDMI), en coherencia con su misión institucional de garantizar el derecho fundamental a la salud mediante la prestación de servicios integrales e integrados con calidad y excelencia en los diferentes niveles de complejidad, bajo un modelo de atención primaria en salud con un enfoque preventivo, predictivo y resolutivo, centrado en las personas, las familias y la comunidad; adopta e implementa el programa de transparencia y ética pública (PTEP) como un instrumento estratégico de planeación, gestión y control orientado al cumplimiento de su responsabilidad de promover una gestión pública íntegra, transparente y al servicio de la ciudadanía, para fortalecer la cultura de la legalidad, prevenir actos de corrupción y consolidar la confianza ciudadana. Este compromiso institucional se fundamenta en los más altos estándares de ética, responsabilidad, honestidad y respeto por lo público, orientados a garantizar de manera progresiva el acceso a los servicios prestados por el HUSJDMI.

En concordancia con lo anterior, el Hospital declara cero tolerancia frente a cualquier manifestación de corrupción, fraude, soborno, tráfico de influencias, lavado de activos y financiación del terrorismo, y promueve el cumplimiento estricto de la Ley 2195 de 2022, el Decreto 1122 de 2024 y la Ley 1712 de 2014, y demás normas aplicables que se modifique, adicione o derogue; el HUSJDMI se compromete a adoptar, mantener y mejorar continuamente medidas de prevención, detección y sanción, en concordancia con el marco normativo vigente, así mismo la implementación de las políticas, procedimientos y lineamientos que integran el PTEP. La implementación de este programa es de obligatorio cumplimiento para todo el talento humano del Hospital y constituye un pilar fundamental para fortalecer el diálogo con la ciudadanía, la rendición de cuentas, el acceso oportuno a la información pública y el ejercicio de la función pública bajo valores institucionales como la honestidad, el respeto, el compromiso social, la diligencia, la justicia, la solidaridad, la innovación, la responsabilidad patrimonial y la confidencialidad.
Cabe destacar que el programa tiene un enfoque preventivo, que da continuidad a los esfuerzos desarrollados previamente por la entidad en materia de transparencia y ética pública, y que, mediante su implementación formal, busca consolidar, robustecer y proyectar dichas acciones, reduciendo la posibilidad de ocurrencia de actos de soborno, fraude o corrupción, y fortaleciendo la confianza ciudadana en la gestión pública.

3.1.1 Objetivos.

3.1.1.1 Objetivo general

Fortalecer la cultura institucional basada en la integridad, la transparencia, la ética pública, la participación ciudadana y la lucha contra la corrupción entre servidores y colaboradores vinculados al HUSJDMI, en concordancia con su misión de garantizar el derecho fundamental a la salud con calidad, humanización, excelencia académica, investigación, equidad territorial y responsabilidad social, con el fin de prevenir, detectar y denunciar presuntos actos ilícitos; gestionando activamente los riesgos de corrupción.

3.1.1.2 Objetivos específicos

El Hospital establece los objetivos específicos alineados a las temáticas contempladas en el PTEP:

- Identificar, analizar y gestionar de manera oportuna los riesgos asociados a actos de corrupción, conflictos de interés y otras irregularidades institucionales, mediante la implementación de controles internos, canales seguros de denuncia y estrategias de prevención que fortalezcan la integridad y la transparencia en el Hospital, así como mecanismos de identificación, evaluación, control y seguimiento de riesgos de corrupción en los procesos asistenciales, administrativos y financieros de la institución.
- Fomentar la construcción y fortalecimiento de redes de colaboración internas y externas, que promuevan la articulación entre servidores públicos, entidades del estado, organismos de control, con el fin de intercambiar buenas prácticas, coordinar acciones y consolidar una cultura institucional basada en la ética, la transparencia y la integridad.
- Promover una cultura institucional orientada al respeto por la legalidad, los principios y valores de integridad, transparencia, humanización, rendición de cuentas y la apertura de la información pública, mediante estrategias pedagógicas, capacitaciones, mecanismos de acceso a la información y prácticas de gobierno abierto que fortalezcan la confianza ciudadana y la transparencia en la gestión pública.
- Diseñar, implementar y promover iniciativas innovadoras y complementarias que fortalezcan la transparencia, la ética y la integridad en el Hospital, adaptadas a su contexto institucional, con el fin de responder a desafíos específicos y potenciar el impacto del programa de transparencia y ética pública.
- Garantizar el acceso a la información pública y la rendición de cuentas a través de estrategias de transparencia activa, acceso a la información y comunicación institucional para generar confianza en la ciudadanía, usuarios y grupos de interés.
- Promover la participación ciudadana y el control social, fomentando espacios de participación de

pacientes, familias, comunidad, academia y demás actores sociales en la formulación, seguimiento y evaluación de la gestión institucional desde el HUSJDMI.

- Fortalecer la gestión del talento humano en ética pública e implementar procesos permanentes de formación y sensibilización en ética, integridad, conflicto de intereses, servicio humanizado y cumplimiento normativo.
- Fortalecer los mecanismos de denuncia y protección al denunciante estableciendo canales seguros, confidenciales y accesibles para la denuncia de actos de corrupción, fraude o conductas contrarias a la ética institucional.
- Promover la protección y gestión transparente del patrimonio histórico y cultural del hospital garantizando la preservación, recuperación y administración responsable del patrimonio histórico y cultural institucional conforme al Plan Especial de Manejo y Protección.

Ver anexo: *Matriz Organizacional Objetivos Específicos*

3.1.2 Alcance

El Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) del Hospital, está dirigido a todos los servidores públicos, colaboradores, contratistas, docentes, investigadores, proveedores qué, de modo permanente o transitorio, en la sede central, territoriales o cualquier espacio del territorio nacional o extranjero, estén a ella vinculadas, independientemente de su modalidad, y tengan confiado el desarrollo de funciones institucionales o compromisos contractuales.

Este documento incluye los componentes transversales y programáticos definiendo acciones estratégicas, responsabilidades y mecanismos de seguimiento, así como su integración con los sistemas internos de control, el modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) y el sistema integrado de gestión (SIG) en su componente de gestión de transparencia e integridad.

Su implementación abarcará los diferentes niveles de complejidad en la prestación de servicios de salud, bajo el modelo de atención primaria en salud con enfoque preventivo, predictivo y resolutivo, garantizando el acceso a la información, la participación ciudadana, la rendición de cuentas, la prevención de riesgos de corrupción y el fortalecimiento del control social.

El alcance del PTEP también comprenderá la protección, preservación y gestión transparente del patrimonio histórico y cultural del Hospital, en concordancia con el plan especial de manejo y protección, contribuyendo al desarrollo institucional sostenible, la equidad territorial y la confianza de la ciudadanía en la gestión pública hospitalaria.

Ilustración 1 Componentes PTEP



Fuente 2 Oficina de Planeación HUSJDMI

3.1.3 Planeación.

El Hospital dispone, retroalimenta y actualiza la batería de herramientas que propicien, fomenten, propendan y mantengan la cultura de transparencia e Integridad en el quehacer del Hospital, y guie sobre valores éticos a cada una de las personas que se relacionen o se vinculen con el Hospital, en su actividad cotidiana.

Por lo anterior, el presente programa, se encuentra articulado con: el plan estratégico institucional y el plan de acción institucional, herramienta que articula las actividades, metas, responsabilidades, recursos, plazos para el cumplimiento de los objetivos; de conformidad con los lineamientos establecidos en la política de transparencia y acceso a la información del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

A su vez el Hospital estableció el procedimiento, elaboración y seguimiento del programa de transparencia y ética pública, donde se definen las acciones específicas para el diseño, aprobación, implementación y seguimiento del mismo, con el objetivo de promover una cultura institucional basada en la legalidad, así como asegurar la identificación, evaluación, control y monitoreo oportuno de los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción, fortaleciendo la confianza de la ciudadanía, la calidad institucional y el compromiso del Hospital, con una gestión transparente, eficiente y orientada al bienestar de las personas, las familias y la comunidad.

3.2 Estrategia institucional para la lucha contra la corrupción

En cumplimiento del compromiso establecido por el Hospital se adopta la política del sistema integrado de gestión, donde se enmarca en sus ejes de articulación, el fomentar una atención efectiva hacia nuestros grupos de valor manteniendo los principios de transparencia y lucha contra la corrupción, además de promover una cultura de participación, comunicación y de mejora continua,

alineado con la misión institucional, el derecho fundamental a la salud, la humanización del servicio y la protección de los recursos públicos.

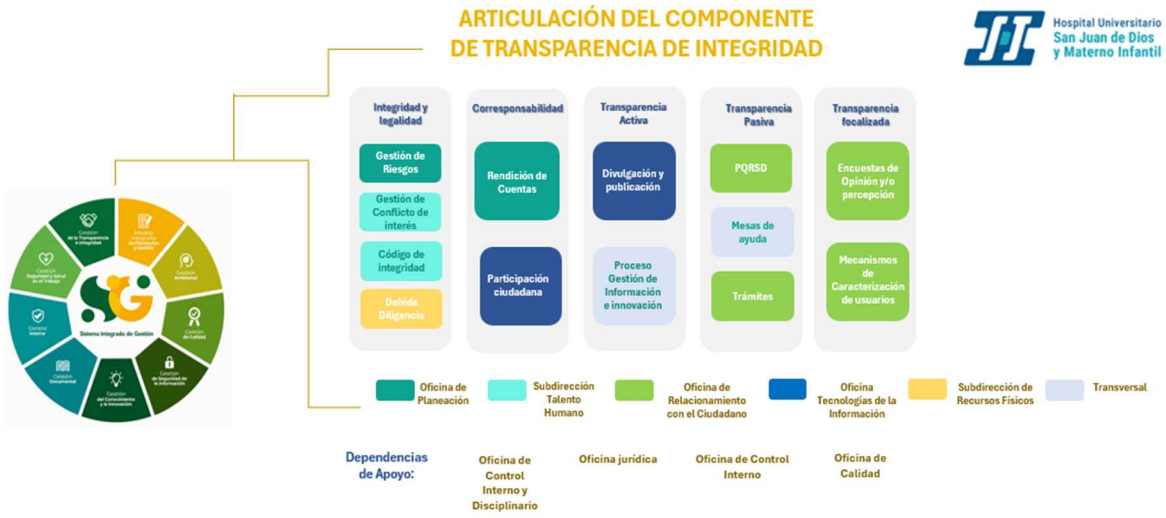
3.2.1 Gestión del riesgo

El Hospital estableció la metodología integral de riesgos, la cual permite la identificación, evaluación, control, seguimiento y monitoreo de los riesgos, en aras de tratar de manera articulada los eventos o situaciones que puedan afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales del Hospital, la calidad de los trámites y servicios prestados, sus procesos, o su desempeño institucional.

Dicha metodología aplica a todos los procesos del Hospital y está alineada con la planeación estratégica institucional, en la medida que permite identificar, prevenir y mitigar posibles riesgos que puedan afectar la consecución de los objetivos estratégicos, a la vez que, facilita la ejecución del modelo operativo del Hospital y la operación del sistema integrado de gestión.

La gestión integral del riesgo permitirá al Hospital, fortalecer la transparencia, prevenir actos de corrupción, mejorar la toma de decisiones y garantizar una gestión institucional eficiente, ética y orientada al bienestar de las personas, las familias y la comunidad.

Ilustración 2 Articulación del componente de transparencia de integridad



Fuente 3 Oficina de Planeación HUSJDMI

3.2.1.1 Matriz de riesgos

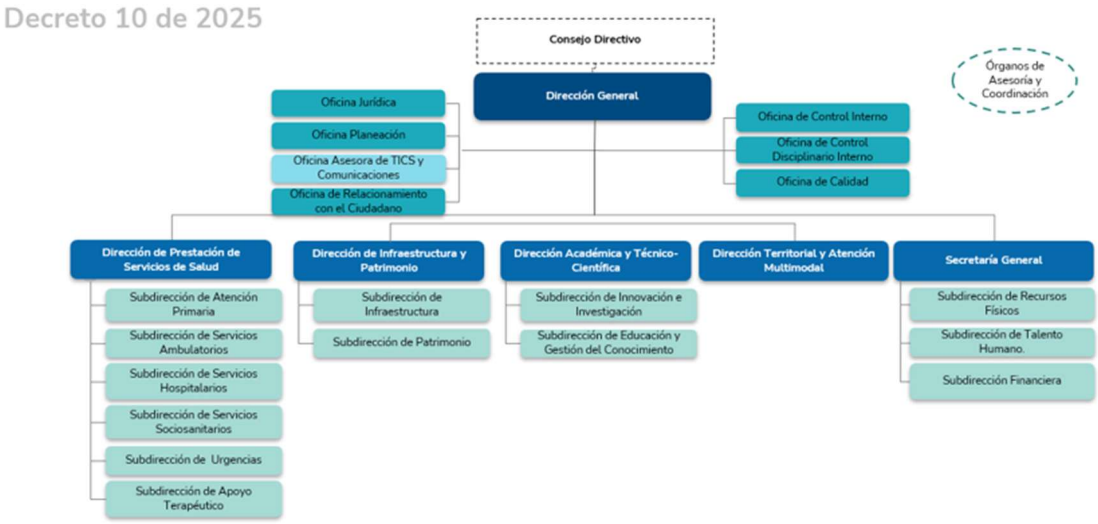
Para el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil (HUSJDMI), la construcción de una matriz de riesgos debe responder no solamente a los lineamientos normativos, sino también al fortalecimiento institucional, administrativo, financiero, jurídico, tecnológico y de transparencia. La

matriz de riesgos no es solo un requisito documental, debe ser una herramienta de protección patrimonial y legal, especialmente en esta etapa de reconstrucción. Su elaboración debe ser técnica y participativa.

Para que una matriz de riesgos sea efectiva se deben tener en cuenta los siguientes elementos importantes:

Identificación del Proceso: Cada riesgo debe asociarse a un proceso institucional, hace referencia a "el dónde" se debe realizar la evaluación para poder determinar el área al que pertenece el proceso. Para el HUSJDMI las dependencias identificadas corresponden a la Alta Dirección, Oficinas, Direcciones y las Subdirecciones correspondientes.

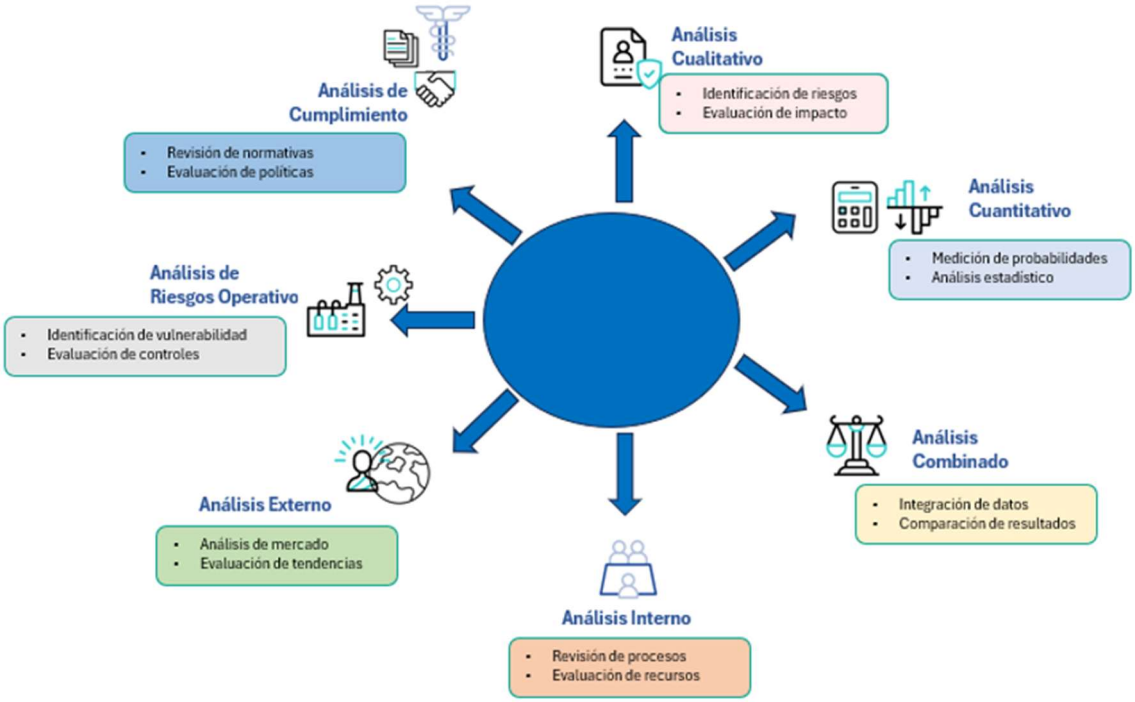
Ilustración 3 Estructura organizacional vigente HUSJDMI



fuente 4 Decreto 10 2025 HUSJDMI

Identificación del Riesgo: hace referencia a dar respuesta a ¿Qué puede pasar?, ¿Cómo puede pasar?, ¿Por qué puede pasar?; así como clasificarlos según lo correspondiente a la institución. Podemos determinar riesgos estratégicos, operativos, financieros, jurídicos, de corrupción, tecnológicos, asistenciales, de seguridad y salud en el trabajo (SST), riesgos reputacionales y de integridad.

Ilustración 4 Métodos de análisis de riesgos



fuente 5 Oficina de Planeación HUSJDMI

Valoración y análisis: evalúa la posibilidad de ocurrencia; ¿Qué tan seguido puede ocurrir? (Frecuente, Probable, Ocasional, Improbable, Muy Improbable).

Identificación de Controles: determina las herramientas que estamos utilizando para evitar que se presenten los posibles riesgos al interior y exterior de la institución; los controles pueden ser: preventivos, detectivos, correctivos.

Controles preventivos:

- *Políticas y manuales:* Lineamientos internos documentados (ej. Reglamento interno, códigos de ética).

Controles detectivos:

- *Auditorías internas y externas:* Revisiones periódicas de los estados financieros, procesos y seguridad.

Controles correctivos:

- *Planes de respuesta a incidentes*, copias de seguridad, sanciones disciplinarias y ajustes en procesos o manuales tras una falla.

Plan de manejo acciones: hace referencia a definir si el riesgo se asume, se reduce, se evita o se transfiere.

La matriz de riesgos del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil debe consolidarse como una herramienta estratégica de gestión institucional y no únicamente como un requisito documental.

Su adecuada implementación permitirá:

- Fortalecer el control interno
- Prevenir riesgos de corrupción
- Mejorar la transparencia institucional
- Garantizar la seguridad del paciente
- Proteger los recursos públicos
- Mejorar la toma de decisiones
- Fortalecer la sostenibilidad administrativa y financiera

Finalmente, la articulación entre la gestión del riesgo, el PTEP y el MIPG contribuirá al fortalecimiento de la confianza ciudadana y al cumplimiento de los principios de legalidad, ética pública y eficiencia institucional.

3.2.1.1.1 Riesgo para la integridad y de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (LAFT/FPADM)

Para materializar este aspecto, se contempla en la metodología integral de riesgos la gestión de los relativos a la integridad entre los que destaca: el conflicto de intereses, soborno, corrupción y fraude, uso indebido de información, conductas contrarias a la ética pública, riesgos en docencia e investigación, LAFT/FPADM, que llegasen a identificarse en cualquier proceso del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil.

3.2.1.1.2 Canales de denuncia

El Hospital, para conocimiento y acceso de ciudadanos y colaboradores, ha dispuesto en su página web, los canales específicos para la recepción de denuncias de corrupción y/o faltas a la integridad:

Correo electrónico: pqrsd@husjdmi.gov.co
Buzón Virtual: pqrsd@husjdmi.gov.co

Así mismo, en el procedimiento se establece el paso a paso para agotar la debida diligencia en aquellas comunicaciones catalogadas como denuncias o faltas a la integridad; que abarca las

etapas de recepción, evaluación, investigación, acciones correctivas, seguimiento, comunicación, registro y documentación; esta última controlada por medio de los siguientes formatos:

a. Formato de recepción de denuncias
b. Formato seguimiento recepción denuncias, soborno, peculado, dádiva
c. Formato asignación de denuncias abuso de funciones
d. Formato asignación de denuncias conflicto de intereses
e. Formato asignación de denuncias enriquecimiento ilícito
f. Formato asignación de denuncias tráfico de influencias
g. Formato asignación de denuncias lavado de activos

Ver anexo: Formatos de recepción de denuncias HUSJDMI

La implementación de canales de denuncia efectivos permitirá al Hospital fortalecer la transparencia institucional, detectar oportunamente irregularidades, prevenir riesgos de corrupción y consolidar una cultura organizacional basada en la integridad, la confianza y la responsabilidad pública.

Ver anexo:

- Manual de Relacionamiento con el Ciudadano
- Manual de Derechos y Deberes del Ciudadano HUSJDMI 2026
- Procedimiento de Intervención de Trabajo Social
- Procedimientos de PQRSD HUSJDMI
- Procedimiento Medición de la Percepción y Satisfacción del Usuario

3.2.1.1.3 Debida diligencia

La debida diligencia permitirá al Hospital, fortalecer la integridad institucional, prevenir riesgos de corrupción y garantizar relaciones transparentes con terceros, así como, consolidar una gestión pública ética, segura y orientada al cumplimiento de su misión institucional; esto con el fin de agotar los procesos de conocimiento de la contraparte, a través de la Oficina de Relacionamiento con el Ciudadano (OREC), la Subdirección de Talento Humano y la Subdirección de Recursos Físicos quienes realizan la verificación de antecedentes de los funcionarios, contratistas y proveedores antes de su vinculación, consultando la información en las diferentes plataformas dispuestas por la ley y procedimientos internos.

En este sentido, se consultan entre otros, los portales que seguidamente se enuncian, y todos aquellos que determine el gobierno nacional o local, y apliquen a el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno infantil (HUSJDMI):

- Certificados de antecedentes judiciales: https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/

- Certificados de antecedentes fiscales: https://www.contraloria.gov.co/control-fiscal/responsabilidad-fiscal/certificadode-antecedentes-fiscales
- Certificados de antecedentes disciplinarios: https://www.procuraduria.gov.co/pages/certificado-antecedentes.aspx
- Certificado de medidas correctivas: https://srvcnpc.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx
- Certificado de antecedentes profesionales según la disciplina
- Certificado REDAM: https://www.redam.gov.co/
- Aplicativo por la Integridad Pública: https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/

***Ver anexo*:**

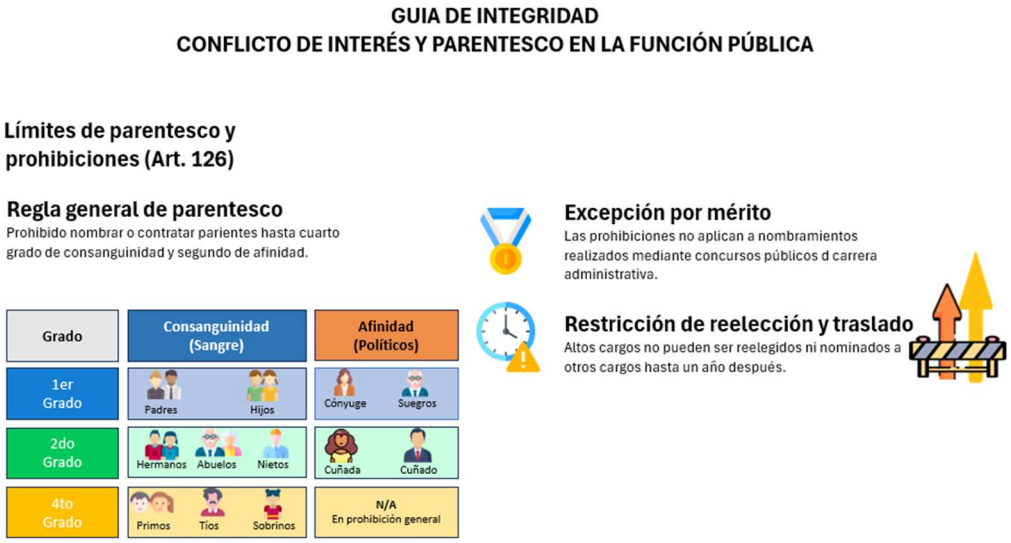
- Lista de chequeo para vinculación de contratista HUSJDMI
- Manual para la debida diligencia

3.2.1.1.4 Conflicto de interés

Los conflictos de interés se clasifican fundamentalmente en tres categorías según el momento y la naturaleza del riesgo:

Real: Ocurre cuando el servidor o particular debe tomar una decisión inmediata y su interés particular o directo interfiere directamente con el cumplimiento de sus obligaciones.
Potencial: Sucede cuando el funcionario se enfrenta a un escenario de decisión en el que un interés privado podría influir en el futuro, permitiendo tomar medidas preventivas desde el presente.
Aparente: Se da cuando no existe un conflicto real, pero desde la perspectiva externa, las circunstancias hacen que razonablemente se perciba que el interés privado afecta la objetividad de la decisión.

Ilustración 5 Tipos de conflicto de intereses



fuente 2 Oficina de Planeación HUSJDMI

Civiles: padres e hijos adoptivos
Las principales causales incluyen:

Parentesco: Tener interés personal, o tener cónyuge, compañero(a) permanente o parientes (hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil) involucrados en la decisión.
Enemistad o amistad íntima: Tener enemistad grave o amistad íntima con cualquiera de las personas interesadas en el proceso.
Interés económico: Ser socio, acreedor o deudor de alguna de las partes involucradas en la actuación administrativa o judicial.
Pleito pendiente: Tener un litigio o controversia legal pendiente con alguna de las partes interesadas.

3.2.1.2 Redes y articulación

3.2.1.2.1 Redes Internas y Redes Externas

Las redes interinstitucionales tienen como propósito fortalecer la lucha contra la corrupción a través de la construcción y consolidación de redes de colaboración internas y externas. La integración institucional y el apoyo en estas redes permite compartir buenas prácticas, y mejorar la calidad del servicio público. Entre las principales acciones se encuentran:

La creación y fortalecimiento de redes internas

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil a través del proceso administrativo de MIPG, realizará seguimientos periódicos al cumplimiento de la gestión de riesgos y a los

requerimientos establecidos por la Ley de transparencia, para lo cual se cuenta con un enlace de gestión y transparencia de cada dependencia, quien se encarga de suministrar la información para la generación de informes de cumplimiento que serán presentados en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño según corresponda, para la respectiva toma de decisiones.

El establecimiento de redes externas

En alianza con otras entidades públicas, organismos de control, con el objetivo de intercambiar buenas prácticas, compartir experiencias y sumar esfuerzos en materia de transparencia y prevención de la corrupción, el HUSJDMI hará parte de los comités sectoriales o territoriales y mesas técnicas según corresponda.

3.2.1.3 Cultura de la legalidad y estado abierto

3.2.1.3.1 Acceso de la información pública y transparente

En cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, el Hospital cuenta con la información en la página web, dando cumplimento a las directrices establecidas por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia, así como las señaladas en el Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública – Matriz ITA (Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública) a partir de las cuales dispone información actualizada, clara, accesible, veraz, útil y oportuna.

Igualmente, y respetando el derecho fundamental de petición, el Hospital brinda respuesta a las solicitudes de acceso a información pública, negando únicamente aquella prohibida en la Constitución o la Ley, que esté referida en el índice de información clasificada y reservada por el Hospital.

Por otra parte, los ejercicios de transparencia activa, que para el HUSJDMI, implica que el hospital debe garantizar que la ciudadanía, usuarios, entes de control y grupos de interés puedan conocer de manera abierta cómo funciona la institución, cómo administra los recursos públicos y cómo toma decisiones y pasiva se acatan disponiendo la información mínima obligatoria, así como como aquella de utilidad para usuarios y ciudadanos en general, con calidad y provecho, en aras de que puedan adelantar ejercicios de control, tomar decisiones favorables a sus intereses y posibilitar su participación en el quehacer público encomendado al Hospital, a través de las herramientas que disponga la Oficina Jurídica, la finalidad es minimizar a cero quejas, reclamos o derechos de petición de los ciudadanos.

3.2.1.3.2 **Participación ciudadana y rendición de cuentas**

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil articula los instrumentos, políticas y

lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) para asegurar la aplicación efectiva de la normatividad vigente en materia de transparencia, participación ciudadana y rendición de cuentas. En este marco, adopta e implementa herramientas institucionales como el Manual de Derechos y Deberes del Ciudadano, Manual de Procedimiento Medición de la Percepción y Satisfacción del Usuario, Manual de Procedimiento Gestión de Trámites y Servicios, ubicados en el enlace pqrsd@husjdmi.gov.co, y el Manual de Procedimiento de Intervención de Trabajo Social HUSJDMI, Procedimientos de PQRSD y Rendición de Cuentas, así como demás mecanismos que orientan la pedagogía institucional en integridad y ética pública, fortaleciendo el acceso a la información, el control social y la interacción con la ciudadanía. Estas acciones, desarrolladas en coherencia con el Anexo Técnico del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) y el enfoque de generación de valor público, contribuyen a optimizar las dinámicas internas del Hospital y a garantizar el ejercicio diligente, eficiente y transparente de la función pública, fortaleciendo la confianza ciudadana y el cumplimiento de los fines misionales.

Se pretende como estrategia de implementación establecer mecanismos como:

Creación de espacios de participación a través de:

- Mesas de participación social.
- Encuentros comunitarios.
- Comités de participación ciudadana

Fortalecimiento de control social

- Veedurías ciudadanas
- Seguimiento ciudadano a proyectos y contratación

Comunicación y acceso a la información garantizando:

- Información clara y oportuna
- Publicación de informes de gestión
- Uso de medios digitales y físicos accesibles

Encuestas y mecanismos de retroalimentación implementando:

- Encuestas de satisfacción
- Buzones de sugerencias

- Consultas ciudadanas
- Espacios de escucha activa

3.2.1.3.3 Integridad en el servicio público

Para mantener el ejercicio público en el marco de la legalidad así como el principio de transparencia, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil cuenta con el Manual de funciones publicado en la página web asignada: **https://naipe-studio.com/husjd.gov.co/**; la Guía Identificación y Declaración de Conflicto de Intereses, que define la ruta y momentos en los que éste debe ser informado; la Política de Tratamiento de Datos Personales, que declara cómo se llevan a cabo las dinámicas de interacción entre ciudadanos y el Hospital a efectos de posibilitar la confianza, el acceso a la información y lograr actuaciones eficientes en su misionalidad.

Estos lineamientos se acompañan de capacitaciones y sensibilizaciones permanentes en materia de transparencia, acceso a información pública, código de integridad, evaluación de desempeño ético, formación permanente en integridad pública, conflicto de intereses, derecho de petición, lenguaje claro, lenguaje de señas, promovido por la OREC; protocolos de servicio, de modo que quienes están llamados a ofrecer los servicios y apoyar los trámites, fortalezcan los conocimientos y tengan claridad sobre lo que implica la Integridad en el servicio público.

***Ver anexo*:** Declaración de Conflicto de Intereses - Política de Tratamiento de Datos Personales

3.2.1.4 Iniciativas adicionales

Los servidores públicos (Alta Dirección y personal de planta) y quienes aspiren a la contratación de prestación de servicios y apoyo a la gestión, así como para la presentación de servicios del Hospital, deberán previamente:

- Diligenciar y presentar firmado el tratamiento de datos, declaración de inhabilidades e incompatibilidades, Compromiso de Transparencia y Buen Trato, y el Compromiso de Manejo de Información que tiene adoptado el Hospital.
- Los colaboradores del Hospital deben realizar los cursos de lucha contra la corrupción y ALA/CFT/CFP.
- Entregar el certificado del curso de integridad de la secretaria de transparencia https://www1.funcionpublica.gov.co/web/eva/curso-integridad.
- Entregar debidamente diligenciado y firmado el registro de conflicto de intereses del SIGEP por contratistas, cualquiera sea su modalidad y plazo; y personal de planta de

la alta dirección, para que haga parte del expediente contractual y la historia laboral, respectivamente.

Otras iniciativas internas:

- Actualizar la página web por las dependencias que incluyan informaciones para conocimiento público, con el acompañamiento y soporte de las OTIC y delegados de las áreas encargados de la generación y publicación de contenidos, con miras a asegurar que estos sean claros, sencillos, comprensibles, veraces, actuales, útiles, incluyentes, relevantes, proactivos, amplios.
- Revisar e inspeccionar dentro de los tres primeros meses de cada vigencia, los trámites ofrecidos por el Hospital para aplicar la racionalización que a los mismos corresponda.
- Capacitar a los colaboradores del Hospital en la construcción de documentos con criterios de accesibilidad Web (WCAG2.1/2.2).
- Participar tanto servidores como contratistas, en los ciclos de sensibilizaciones dadas por la Secretaría General, OREC, Subdirección de servicios sociosanitarios, transparencia, acceso a información pública e integridad, equidad de género y no discriminación.
- Realizar en cada vigencia y como mínimo cuatro veces al año, capacitaciones a colaboradores del Hospital sobre el Manual de Servicio al Ciudadano y Manual de Transparencia, independientemente del ciclo de sensibilizaciones sobre derecho de petición, lenguaje claro, sistema de gestión documental, transparencia, acceso a información pública e integridad.
- Tomar los insumos recolectados por la OREC, en las distintas mediciones que durante cada vigencia realice y en las que participen los ciudadanos, para que la Oficina de planeación establezca oportunidades de mejora y ajustes en procesos, procedimientos, oferta institucional y trámites.
- Socializar y divulgar como mínimo dos veces al año, a todos los colaboradores, las herramientas y estrategias que hacen parte del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) adoptado por el Hospital.

3.2.2 Administración, supervisión y monitoreo

Estas actividades se desarrollan de manera articulada entre Secretaría General y la Oficina de Planeación, en los eventos que corresponda, y son apoyadas por las oficinas de Comunicaciones y Tecnologías de la Información, para la difusión de herramientas de interacción ciudadana y herramientas tecnológicas que faciliten la ejecución de las actividades previstas en este numeral.

Para asegurar la conformidad y cumplimiento del presente Programa, trimestralmente, desde la Oficina de Planeación se realiza el seguimiento y evaluación a la gestión institucional, como la

estructuración de manera conjunta con las demás dependencias del Hospital, para la elaboración de los informes de gestión, que consoliden los resultados del monitoreo sobre desarrollo de los contenidos del Programa de Transparencia.

Asimismo, la Oficina de Control Interno se encarga de desarrollar los programas de auditoría de conformidad con la naturaleza objeto de evaluación y formular las observaciones y recomendaciones pertinentes.

3.2.3 Reportes

Con el fin de realizar el seguimiento y monitoreo del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), el Hospital define los siguientes roles para la elaboración de reportes internos y externos, los cuales deben ser elaborados, revisados y publicados de acuerdo con las responsabilidades de las áreas y dependencias involucradas.

Supervisión: El Comité Institucional de Gestión y Desempeño, ejerce el rol de supervisión a partir de los reportes entregados por la Oficina de Planeación.

Ejecución y monitoreo: Las dependencias deben entregar las evidencias y los reportes de la ejecución de las acciones, describiendo el avance cuantitativo y cualitativo, acorde con las fechas programadas para su cumplimiento.

Administración: La Oficina de Planeación se encarga de articular las diferentes áreas que participan directamente en el desarrollo de actividades para garantizar el cumplimiento de los objetivos del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), así como la realización del seguimiento y monitoreo en conjunto con estas.

Auditora, seguimiento y control: La Oficina de Control Interno evalúa y realiza seguimiento cuatrimestral a la ejecución y/o avance del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) y reporta a las dependencias involucradas la ejecución del Programa y el resultado de su seguimiento.

3.2.4 Formación

El Hospital, con el fin de garantizar los lineamientos del Anexo Técnico del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), estructura el componente de formación como un eje transversal orientado al fortalecimiento de capacidades institucionales para la promoción de la transparencia, la ética pública y la integridad. Este componente se articula con el Plan Institucional de Capacitación (PIC), liderado por la Subdirección de Talento Humano, e incorpora estrategias pedagógicas para la difusión y apropiación del PTEP.

La implementación se desarrolla mediante jornadas de socialización, capacitación y entrenamiento de manera conjunta, ente la Secretaría General, Dirección de Talento Humano, OTIC y la Oficina de Planeación, de acuerdo con las responsabilidades asignadas a cada dependencia. Estas acciones formativas se integran en el Contenido Programático del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), así como al PIC, garantizando la trazabilidad, el seguimiento y la generación de evidencias, con el propósito de consolidar una cultura organizacional orientada a la ética pública, la transparencia, la integridad, la prevención de riesgos de corrupción y el mejoramiento continuo del desempeño institucional.

Se desarrollarán jornadas de sensibilización dirigidas a:

- Directivos
- Personal de planta
- Contratistas

Temas:

Cultura de Integridad y Ética Pública

- Código de Integridad
- Cultura de la Legalidad (entre otros que la Subdirección Talento Humano considere para el complemento de este programa)
- Responsabilidad del Servidor público

Gestión de Riesgos de Corrupción

- Identificación de Riesgos
- Mapa de Riesgos de Corrupción
- Medidas Preventivas

Transparencia y Acceso a la Información

- Ley de Transparencia (Ley 1712 de 2014)
- Datos Abiertos
- Transparencia en Contratación

Conflictos de Intereses y Régimen Disciplinario

- Gestión de Conflictos de Intereses

Mecanismos de Participación y Denuncia

- Canales de Denuncia Ética
- Rendición de Cuentas
- Atención Ciudadana

3.2.5 Comunicación

La estrategia de comunicación será coordinada por la OREC del HUSJDMI, en articulación con las dependencias responsables del programa y con el apoyo de la OTIC, utilizando los canales internos y externos disponibles para divulgar los avances, resultados y compromisos del PTEP, con el fin de promover la transparencia, la rendición de cuentas y la apropiación institucional del programa para la vigencia correspondiente.

Así mismo se pretende fortalecer la cultura institucional de transparencia, integridad y participación mediante estrategias de comunicación interna y externa que faciliten el acceso a la información, la divulgación del PTEP y la interacción permanente con la ciudadanía y los grupos de interés.

La comunicación Interna busca fortalecer el conocimiento y apropiación del PTEP dentro de la institución a través de acciones como; la socialización del código de integridad, difusión de políticas institucionales, campañas de cultura ética, sensibilización sobre riesgos de corrupción, divulgación de canales de denuncia; mediante: correos institucionales, carteleras informativas, boletines internos, reuniones y jornadas institucionales.

La comunicación externa orientada a garantizar transparencia y relación con la ciudadanía a través de publicación de información institucional, divulgación de rendición de cuentas, promoción de espacios de participación ciudadana, Información sobre servicios y gestión institucional mediante; página web institucional, redes sociales, comunicados oficiales, medios comunitarios y educativos.

3.2.6 Auditoría y mejora

En cumplimiento del numeral de Auditoría del Anexo Técnico del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) y de lo dispuesto en el artículo 2.1.4.6 del Decreto 1081 de 2015, el Hospital realizará el seguimiento, la evaluación y la auditoría del PTEP a través de la Oficina de Control Interno, en su rol de tercera línea de defensa, conforme a la programación establecida en el Plan Anual de Auditoría. De manera complementaria, la Oficina de Planeación, como responsable del Sistema Integrado de Gestión (SIG), adelantará acciones de monitoreo y acompañamiento a los procesos asociados a la implementación del Programa.

Los informes que se generen de las auditorias serán socializados a través del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, con el fin de analizar las respectivas recomendaciones y así definir las acciones que permitan garantizar el cumplimiento de estas, así mismo, estos informes serán divulgados en la página web del Hospital, en el enlace xxxxxxxxxxxxxxx, para libre consulta de las partes interesadas, garantizando los principios de transparencia, acceso a la información pública y mejoramiento continuo del PTEP.

4. DOCUMENTOS ASOCIADOS

- Gestión de Denuncias
- Mapa de Redes y Articulación
- Matriz Información Operaciones Sospechosas
- Anexo Técnico Programas de Transparencia y Ética Pública
- Instrumento de Seguimiento Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP)
- Compromiso de Transparencia y Buen Trato, y el Compromiso de Manejo de Información que tiene adoptado el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil

5. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	RAZÓN DE LA ACTUALIZACIÓN
1		
2		

Elaboró	Revisó	Aprobó

6. ANEXOS

Contenido

1. INTRODUCCIÓN....3
2. OBJETO....4
3. DESTINATARIOS....4
4. ALCANCE....5
5. GLOSARIO....5
6. PRINCIPIOS RECTORES....7
7. CATEGORIAS ESPECIALES DE LOS DATOS....9
7.1 DATOS SENSIBLES....9
7.1.1. TRATAMIENTO DE DATOS SENSIBLES....10
7.1.2. AUTORIZACIÓN ESPECIAL DE DATOS PERSONALES SENSIBLES....11
7.2 DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES....12
8. TRATAMIENTO Y FINALIDADES....12
9. TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE DATOS PERSONALES....16
10. DERECHOS Y CONDICIONES DE LEGALIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS....17
10.1 DERECHOS DE LOS TITULARES....17
10.2 AUTORIZACIÓN DEL TITULAR....18
10.2.1 CASOS EN QUE NO ES NECESARIA LA AUTORIZACIÓN....19
10.3 SUMINISTRO DE LA INFORMACIÓN....20
10.4 DEBER DE INFORMAR AL TITULAR....21
10.5 PERSONAS A QUIENES SE LES PUEDE SUMINISTRAR LA INFORMACIÓN21
11. DEBERES DE LOS RESPONSABLES DEL TRATAMIENTO Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO....22
11.1 DEBERES DE LOS RESPONSABLES DEL TRATAMIENTO....22
11.2 DEBERES DE LOS ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO....24
12. ACCIONES GENERALES PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES...25
12.1 TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN....26
12.2 USO DE LA INFORMACIÓN....27
12.3 ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN....28
12.4 DESTRUCCIÓN....29

12.5 PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE INCIDENTES CON DATOS PERSONALES 29
13. ÁREA RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN A PETICIONES, CONSULTAS Y RECLAMOS 31
14. PROCEDIMIENTO PARA ATENDER LOS DERECHOS DE LOS TITULARES 32
14.1 PROCEDIMIENTO DE CONSULTAS 32
14.2 PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS 33
15. CONTROL DE ACCESO Y VIDEO VIGILANCIA 36
15.1 CONTROL ACCESO 36
15.2 VIDEO VIGILANCIA 36
16. CAPACITACIÓN DE FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS 37
17. PROCESOS DE REVISIÓN Y AUDITORÍAS DE CONTROL 38
18. PERÍODO DE VIGENCIA DE LAS BASES DE DATOS 39
19. REGISTRO NACIONAL DE BASE DE DATOS 40
20. VIGENCIA, VERSIONES Y ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA 40
21. DOCUMENTOS RELACIONADOS 41
22. RESUMEN CAMBIOS RESPECTO A LA ANTERIOR VERSIÓN .... **¡Error! Marcador no definido.**

1. INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de Colombia consagró en su artículo 15 el derecho fundamental de protección de datos personales, entendido como la facultad que tiene toda persona para conocer, actualizar, rectificar y, cuando sea procedente, suprimir la información personal que haya sido recolectada o tratada en bases de datos públicas o privadas.

En desarrollo de este mandato constitucional, el Congreso de la República expidió la Ley 1581 de 2012, mediante la cual se dictaron las disposiciones generales para la protección de datos personales en Colombia, reglamentada posteriormente por los Decretos 1377 de 2013 y 886 de 2014, actualmente incorporados en el Decreto Único Reglamentario 1074 de 2015, así como por las demás normas que regulan la materia.

En cumplimiento de dichas disposiciones, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, consciente de la responsabilidad que le asiste frente al tratamiento de datos personales y, especialmente, de la información sensible relacionada con la prestación de servicios de salud, garantiza el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar, rectificar, suprimir y revocar la autorización respecto de la información recopilada en sus bases de datos, la cual será tratada conforme a las finalidades autorizadas y a los principios establecidos en el régimen nacional de protección de datos personales.

Para tal efecto, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil adopta la presente Política de Tratamiento de Datos Personales, de obligatorio cumplimiento para todas las personas naturales o jurídicas que intervengan en el tratamiento de los datos personales contenidos en las bases de datos institucionales, con el propósito de establecer los lineamientos necesarios para garantizar el adecuado cumplimiento de las obligaciones legales, administrativas, asistenciales, académicas e investigativas relacionadas con la protección de datos personales.

Así mismo, el Hospital informa a todos los titulares de la información que los datos personales obtenidos en virtud de la prestación de servicios de salud, trámites administrativos, relaciones contractuales, procesos académicos, actividades de investigación y demás actuaciones institucionales, serán tratados conforme a los principios, derechos y deberes previstos en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que regulan la materia. Para todos los efectos legales, el domicilio principal del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil será la

ciudad de Bogotá D.C., en la dirección y canales institucionales oficialmente establecidos por la Entidad.

2. OBJETO

La presente Política tiene por objeto establecer los lineamientos para la recolección, almacenamiento, uso, circulación, actualización, supresión y protección de los datos personales tratados por el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, garantizando el respeto de los derechos fundamentales de los titulares de la información, en cumplimiento de la Constitución Política de 1991, la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y demás normas concordantes.

3. DESTINATARIOS

La presente Política de Tratamiento de Datos Personales será aplicable a todas las bases de datos físicas y digitales que contengan datos personales y que sean objeto de tratamiento por parte del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, en calidad de responsable del tratamiento. Igualmente, será aplicable en aquellos eventos en los que la Entidad actúe como encargada del tratamiento de datos personales en virtud de convenios, contratos o disposiciones legales vigentes.

La presente política tiene como finalidad poner a disposición de los usuarios, pacientes, colaboradores, contratistas, estudiantes, proveedores y ciudadanía en general, la información necesaria y suficiente sobre los diferentes tratamientos y finalidades para las cuales serán utilizados sus datos personales, así como los derechos que les asisten como titulares de la información frente al Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, cuando este actúe como responsable del tratamiento de datos personales.

Esta política es de obligatorio conocimiento y cumplimiento para todas las personas naturales o jurídicas que administren, custodien, accedan, recolecten, almacenen, usen, circulen o supriman datos personales en nombre del Hospital, especialmente para directivos, funcionarios, colaboradores, contratistas, personal asistencial, administrativo, académico y de investigación, así como para quienes reciban, tramiten y den respuesta, directa o indirectamente, a consultas, peticiones o reclamos relacionados con la protección y tratamiento de datos

personales, conforme a lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que regulen la materia.

4. ALCANCE

La presente política aplica a todos los datos personales tratados por el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, ya sea en calidad de responsable o encargado del tratamiento, incluyendo información de usuarios, pacientes, contratistas, estudiantes, docentes, proveedores, funcionarios, visitantes y demás terceros relacionados con la Entidad.

5. GLOSARIO

En el desarrollo, interpretación y aplicación de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y demás normas relacionadas con la protección de datos personales, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil aplicará de manera armónica e integral las siguientes definiciones:

ACCESO RESTRINGIDO: Nivel de acceso a la información limitado a parámetros previamente definidos por el Hospital. La Entidad no pondrá a disposición datos personales a través de internet u otros medios de divulgación masiva, salvo que existan medidas técnicas, administrativas y de seguridad que permitan controlar y restringir el acceso exclusivamente a personas autorizadas.

ÁREA RESPONSABLE DE PROTECCIÓN DE DATOS: Corresponde a la dependencia o funcionario designado por el Hospital para liderar, supervisar y garantizar la correcta aplicación de la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales, así como la implementación de las medidas institucionales de seguridad y cumplimiento normativo.

ÁREA RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y CONSULTAS: Las consultas, solicitudes, quejas o reclamos presentados por los titulares de datos personales serán atendidos por la dependencia que el Hospital designe para tal fin, a través del Oficial de Protección de Datos Personales o quien haga sus veces.

BASE DE DATOS: Conjunto organizado de datos personales objeto de tratamiento por parte del Hospital, independientemente de que se encuentren en medios físicos, digitales, electrónicos o automatizados.

CALIDAD DEL DATO: Los datos personales sujetos a tratamiento deberán ser veraces, completos, exactos, actualizados, comprobables y comprensibles. El Hospital se abstendrá de tratar información parcial, incompleta, fraccionada o que induzca a error y podrá solicitar al titular su actualización o corrección cuando sea necesario.

CIRCULACIÓN RESTRINGIDA: Los datos personales únicamente serán tratados por las personas autorizadas por el Hospital o por quienes, en razón de sus funciones asistenciales, administrativas, académicas, investigativas o contractuales, deban acceder a dicha información. En ningún caso podrán ser suministrados a terceros no autorizados.

CONFIDENCIALIDAD: Principio y deber de seguridad de la información que garantiza que únicamente las personas autorizadas puedan acceder a los datos personales y conocer su contenido en las condiciones legalmente permitidas.

DATO PERSONAL: Cualquier información vinculada o que pueda asociarse a una o varias personas naturales determinadas o determinables.

DATO PÚBLICO: Información que no sea semiprivada, privada o sensible y cuyo acceso pueda ser público conforme a la ley, tales como datos relativos al estado civil, profesión u oficio, calidad de servidor público o comerciante, entre otros.

DATO SEMIPRIVADO: Información que no tiene naturaleza íntima, reservada ni pública y cuyo conocimiento puede interesar tanto al titular como a determinados sectores o grupos de personas, como ocurre con los datos financieros, comerciales o crediticios.

DATO SENSIBLE: Información que afecta la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, incluyendo datos relacionados con origen racial o étnico, convicciones religiosas o filosóficas, orientación política, afiliación sindical, datos biométricos, información sobre salud física o mental, historia clínica y demás información especialmente protegida por la ley.

DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: El tratamiento de datos personales de menores de edad se realizará garantizando el respeto de sus derechos prevalentes y observando el interés superior del menor, conforme a la Constitución y la ley. Solo podrán tratarse datos de naturaleza pública o aquellos

estrictamente necesarios para la prestación de servicios de salud y demás finalidades legalmente autorizadas.

ENCARGADO DEL TRATAMIENTO: Persona natural o jurídica, pública o privada, que realice el tratamiento de datos personales por cuenta del responsable del tratamiento. El Hospital podrá actuar como encargado cuando trate datos personales por cuenta de otra entidad o institución conforme a la ley y los acuerdos correspondientes.

INFORMACIÓN DIGITAL: Toda información almacenada, procesada o transmitida mediante medios electrónicos, digitales o tecnológicos, incluyendo correos electrónicos, plataformas institucionales, sistemas de información hospitalaria y bases de datos digitales.

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO: Persona natural o jurídica, pública o privada, que decide sobre la base de datos y/o el tratamiento de los datos personales. Para efectos de la presente política, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil actuará como responsable del tratamiento respecto de los datos personales que recolecte y administre en ejercicio de sus funciones.

TITULAR: Persona natural cuyos datos personales son objeto de tratamiento.

TRATAMIENTO: Cualquier operación o conjunto de operaciones realizadas sobre datos personales, tales como recolección, almacenamiento, uso, circulación, actualización, transmisión, transferencia, supresión o cualquier otra actividad efectuada por el Hospital o por terceros autorizados.

6. PRINCIPIOS RECTORES

En el desarrollo, interpretación y aplicación de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y demás disposiciones relacionadas con la protección de datos personales, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil aplicará de manera integral los siguientes principios:

a) Principio de Legalidad en Materia de Tratamiento de Datos: El tratamiento de datos personales es una actividad reglada que deberá sujetarse a lo establecido en la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y las demás normas que regulen la materia.

b) Principio de Finalidad: El tratamiento de los datos personales deberá obedecer a una finalidad legítima, específica, explícita e informada al titular, acorde con la Constitución y la ley. Las finalidades del tratamiento estarán relacionadas con las funciones asistenciales, administrativas, académicas, investigativas y de gestión institucional propias del Hospital.

c) Principio de Libertad: El tratamiento de datos personales únicamente podrá ejercerse con el consentimiento previo, expreso e informado del titular, salvo las excepciones previstas en la ley. Los datos personales no podrán ser obtenidos, utilizados o divulgados sin autorización válida o sin mandato legal o judicial que releve dicho consentimiento.

d) Principio de Veracidad o Calidad: La información sujeta a tratamiento deberá ser veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible. Se prohíbe el tratamiento de datos parciales, incompletos, fraccionados o que induzcan a error.

e) Principio de Transparencia: El Hospital garantizará al titular el derecho a obtener, en cualquier momento y sin restricciones injustificadas, información acerca de la existencia, uso y tratamiento de los datos personales que le conciernan.

f) Principio de Acceso y Circulación Restringida: El tratamiento de los datos personales se sujetará a los límites derivados de su naturaleza, de las disposiciones legales y de la Constitución Política. En consecuencia, el acceso a los datos personales estará restringido exclusivamente a las personas autorizadas por el titular o habilitadas por la ley.

Los datos personales, salvo aquellos que tengan naturaleza pública, no podrán estar disponibles en internet ni en otros medios de divulgación masiva, salvo que existan mecanismos técnicos y de seguridad que permitan un acceso restringido únicamente a los titulares o terceros autorizados.

g) Principio de Seguridad: El Hospital adoptará las medidas técnicas, humanas, administrativas y tecnológicas necesarias para garantizar la seguridad de los datos personales y evitar su adulteración, pérdida, consulta, uso, acceso o tratamiento no autorizado o fraudulento.

h) Principio de Confidencialidad: Todas las personas que intervengan en el tratamiento de datos personales que no tengan carácter público estarán obligadas a garantizar la reserva y confidencialidad de la información, incluso después de

finalizada su relación laboral, contractual, académica o institucional con el Hospital. El tratamiento de los datos personales se realizará exclusivamente para las finalidades autorizadas por el titular y permitidas por la ley.

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil implementará las medidas de seguridad técnicas y organizacionales necesarias para proteger los datos personales y evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.

i) Principio de Temporalidad: Los datos personales serán conservados únicamente durante el tiempo razonable y necesario para cumplir las finalidades que justificaron su tratamiento, de conformidad con las disposiciones legales, administrativas, contables, fiscales, médicas, archivísticas, históricas y contractuales aplicables. Una vez cumplida la finalidad y agotados los términos legales correspondientes, se procederá a la supresión o disposición final de la información, salvo deber legal de conservación.

j) Principio de Interpretación Integral de los Derechos Constitucionales: Los derechos relacionados con la protección de datos personales serán interpretados en armonía con el derecho a la información, el acceso a documentos públicos, el derecho fundamental a la salud, la dignidad humana y los demás derechos constitucionales aplicables.

k) Principio de Necesidad y Proporcionalidad: Los datos personales objeto de tratamiento deberán ser estrictamente necesarios, pertinentes y adecuados para el cumplimiento de las finalidades legítimas perseguidas por el Hospital en desarrollo de sus funciones institucionales.

7. CATEGORIAS ESPECIALES DE LOS DATOS

7.1 DATOS SENSIBLES

Se entenderán como datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido pueda generar discriminación, vulneración de derechos fundamentales o riesgos para la dignidad humana. Dentro de esta categoría se encuentran, entre otros, los datos que revelen el origen racial o étnico, orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, pertenencia a sindicatos u

organizaciones sociales, de derechos humanos o políticas, así como los datos relativos a la salud física o mental, historia clínica, vida sexual y datos biométricos.

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, en razón de su naturaleza asistencial y de prestación de servicios de salud, podrá realizar el tratamiento de datos sensibles cuando ello sea estrictamente necesario para la atención médica, la protección de la vida y la integridad del titular, el cumplimiento de obligaciones legales, contractuales o regulatorias, y las demás finalidades autorizadas por la ley. En todo caso, el Hospital garantizará condiciones especiales de confidencialidad, seguridad, acceso restringido y protección reforzada sobre este tipo de información.

El tratamiento de datos sensibles requerirá la autorización previa, expresa e informada del titular, salvo las excepciones previstas en la ley, especialmente aquellas relacionadas con la prestación de servicios de salud, emergencias médicas, protección de intereses vitales del titular o cumplimiento de mandatos legales y judiciales.

7.1.1. TRATAMIENTO DE DATOS SENSIBLES

Se prohíbe el tratamiento de datos sensibles, salvo en los casos expresamente autorizados por la Constitución, la Ley y la presente Política de Tratamiento de Datos Personales del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil. En consecuencia, el tratamiento de este tipo de información únicamente podrá realizarse en los siguientes eventos:

a) Cuando el titular haya otorgado su autorización previa, expresa e informada para el tratamiento de sus datos sensibles, excepto en aquellos casos en los que la ley no exija dicha autorización.

b) Cuando el tratamiento sea necesario para proteger el interés vital, la vida o la integridad del titular y este se encuentre física o jurídicamente imposibilitado para otorgar su autorización. En estos casos, la autorización podrá ser suministrada por sus representantes legales, familiares o personas legitimadas conforme a la ley.

c) Cuando el tratamiento sea necesario para el reconocimiento, ejercicio o defensa de derechos dentro de actuaciones judiciales, administrativas, disciplinarias o médicas.

d) Cuando el tratamiento tenga fines históricos, estadísticos, científicos, académicos o de investigación en salud, siempre que se adopten las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y la protección de la identidad de los titulares.

Teniendo en cuenta la naturaleza asistencial y hospitalaria de la Entidad, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil podrá tratar datos sensibles relacionados con la salud física o mental, historias clínicas, diagnósticos, procedimientos médicos y demás información clínica estrictamente necesaria para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud, en cumplimiento de los principios de confidencialidad, seguridad, dignidad humana y reserva legal de la información médica.

7.1.2. AUTORIZACIÓN ESPECIAL DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil informará a todos los titulares, a través de los diferentes mecanismos de recolección y autorización de datos personales, que, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, no están obligados a autorizar el tratamiento de datos sensibles, salvo en los casos expresamente previstos por la ley.

Igualmente, el Hospital garantizará que la autorización para el tratamiento de datos sensibles sea libre, previa, expresa e informada, indicando de manera clara la finalidad específica para la cual será utilizada dicha información.

Tratándose de datos relacionados con la salud, historias clínicas, diagnósticos médicos, antecedentes clínicos y demás información sensible de los pacientes, el Hospital implementará las medidas técnicas, administrativas, humanas y tecnológicas necesarias para garantizar la confidencialidad, seguridad, integridad y reserva de la información, en cumplimiento de los principios de dignidad humana, secreto profesional y protección reforzada de los datos sensibles.

Así mismo, los datos biométricos que eventualmente sean tratados por el Hospital tendrán como finalidad la identificación de las personas, el control de acceso institucional, la seguridad de pacientes, usuarios y colaboradores, el cumplimiento de obligaciones legales y la adecuada prestación de los servicios de salud y administrativos propios de la Entidad.

7.2 DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

El tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes por parte del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil se realizará conforme a los principios de protección integral, interés superior del menor y respeto prevalente de sus derechos fundamentales, en cumplimiento de lo dispuesto en la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012, el Código de Infancia y Adolescencia y demás normas aplicables.

En consecuencia, el tratamiento de datos personales de menores de edad estará prohibido, salvo cuando se trate de datos de naturaleza pública o cuando dicho tratamiento sea necesario para garantizar la adecuada prestación de servicios de salud, la protección de la vida e integridad del menor, el desarrollo de actividades académicas, científicas o administrativas legalmente autorizadas, siempre que se respeten los siguientes criterios:

- Que el tratamiento responda y garantice el interés superior de los niños, niñas y adolescentes.
- Que se asegure el respeto y protección de sus derechos fundamentales, especialmente los relacionados con la intimidad, dignidad humana, salud y confidencialidad de la información.

Cumplidos los anteriores requisitos, la autorización para el tratamiento de los datos personales deberá ser otorgada por el representante legal del menor, previa garantía del derecho del niño, niña o adolescente a ser escuchado, teniendo en cuenta su nivel de madurez, autonomía y capacidad de comprensión sobre el asunto.

El Hospital adoptará las medidas técnicas, humanas y administrativas necesarias para asegurar la protección reforzada de los datos personales de menores de edad, restringiendo el acceso únicamente al personal autorizado y garantizando la confidencialidad y seguridad de la información.

8. TRATAMIENTO Y FINALIDADES

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes sobre protección de datos personales, y atendiendo las autorizaciones otorgadas por los titulares de la información, el

Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil realizará el tratamiento de datos personales mediante operaciones como la recolección, almacenamiento, uso, circulación, actualización, transmisión y/o supresión de la información. Dicho tratamiento se efectuará exclusivamente para las finalidades autorizadas por los titulares y para aquellas previstas en la presente Política de Tratamiento de Datos Personales, garantizando en todo momento la confidencialidad, integridad y seguridad de la información conforme a los lineamientos institucionales y a las políticas del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

En virtud de la naturaleza pública y asistencial del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, los datos personales también podrán ser tratados con el fin de adelantar procesos administrativos, auditorías internas y externas, verificaciones de calidad, inspección, vigilancia y control por parte de las autoridades competentes, así como para dar cumplimiento a obligaciones legales, contractuales, sanitarias y académicas derivadas de la prestación de servicios de salud y de docencia universitaria.

Así mismo, los datos personales serán tratados de acuerdo con cada grupo de interés y conforme a las finalidades propias de la prestación del servicio público de salud, de la siguiente manera:

1. PACIENTES, USUARIOS Y COMUNIDAD EN GENERAL

El tratamiento de datos personales por parte del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil tendrá las siguientes finalidades:

a) Gestionar la prestación integral de los servicios de salud, atención médica, hospitalaria, ambulatoria y de urgencias.

b) Administrar historias clínicas y demás registros médicos conforme a la normatividad vigente.

c) Tramitar solicitudes, peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y demás actuaciones administrativas presentadas por los usuarios.

d) Programar citas médicas, procedimientos, cirugías, exámenes diagnósticos y actividades relacionadas con la atención en salud.

e) Remitir resultados, respuestas, comunicaciones y notificaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud y actuaciones administrativas.

f) Adelantar procesos de facturación, cartera, cobro persuasivo y cobro coactivo cuando haya lugar.

g) Desarrollar campañas de promoción y prevención, jornadas de salud, capacitaciones y actividades académicas o científicas.

h) Actualizar y depurar bases de datos institucionales, incluyendo los casos en que sea necesario transmitir o transferir información a terceros autorizados para validación, verificación y cumplimiento de obligaciones legales.

i) Permitir el manejo de información por parte de proveedores, operadores y contratistas vinculados a la prestación de servicios de salud, siempre que ello resulte estrictamente necesario para el cumplimiento de sus funciones.

j) Elaborar estudios, estadísticas, investigaciones científicas, análisis epidemiológicos e informes relacionados con la prestación del servicio de salud y el fortalecimiento institucional.

k) Presentar informes a entidades públicas y organismos de control como el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Contraloría General de la República, la Procuraduría General de la Nación, la Fiscalía General de la Nación, entre otras autoridades competentes.

l) Gestionar información necesaria para el cumplimiento de obligaciones legales, tributarias, contractuales, contables y administrativas.

m) Transmitir información a encargados nacionales o internacionales con quienes exista relación operativa o académica que contribuya al adecuado funcionamiento institucional y asistencial.

n) Prestar servicios de información y atención al usuario a través de canales físicos, telefónicos y digitales.

o) Evaluar la calidad de los servicios prestados y medir los niveles de satisfacción de los usuarios.

p) Realizar grabaciones de imágenes o registros audiovisuales como soporte de seguridad institucional, actividades académicas, eventos científicos y procesos administrativos, respetando los derechos fundamentales de los titulares.

q) Fortalecer estrategias institucionales orientadas al mejoramiento continuo de la atención y de la oferta de servicios del Hospital.

r) Las demás finalidades que se determinen en el desarrollo de las funciones legales y constitucionales atribuidas al Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil.

2. FUNCIONARIOS, PERSONAL MÉDICO, DOCENTE Y COLABORADORES

a) Dar cumplimiento a las obligaciones legales y contractuales derivadas de la relación laboral, legal y reglamentaria o contractual.

b) Verificar y controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema General de Seguridad Social Integral.

c) Administrar directorios institucionales para fines de contacto y funcionamiento interno.

d) Tratar datos biométricos obtenidos mediante sistemas de videovigilancia y control de acceso con fines de seguridad institucional, control interno y prevención de riesgos.

e) Gestionar información de menores de edad vinculados como beneficiarios, conforme a las disposiciones legales aplicables.

f) Adelantar procesos de selección, vinculación, evaluación y retiro de personal, garantizando el principio de acceso restringido a la información.

g) Divulgar información general sobre actividades académicas, científicas, institucionales y asistenciales desarrolladas por el Hospital.

h) Gestionar pagos, certificaciones, nómina, seguridad social, retenciones y demás actuaciones presupuestales y financieras.

i) Administrar y soportar los procesos contables, administrativos y financieros de la Entidad.

3. PROVEEDORES Y CONTRATISTAS

a) Adelantar procesos precontractuales, contractuales y poscontractuales relacionados con la adquisición de bienes y servicios.

b) Dar cumplimiento a obligaciones legales, tributarias, financieras y contables derivadas de las relaciones contractuales.

c) Gestionar pagos, certificados de ingresos y retenciones, cuentas de cobro y demás actuaciones presupuestales.

d) Administrar los procesos contables y financieros relacionados con proveedores y contratistas.

e) Ejecutar todas las actividades necesarias para el cumplimiento de las diferentes etapas contractuales.

f) Expedir certificaciones contractuales y atender requerimientos de autoridades y organismos de control.

g) Mantener archivos físicos y digitales que permitan conservar la trazabilidad documental y contractual de cada proceso.

h) Las demás finalidades que se establezcan en el marco de las funciones legales y administrativas del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil.

9. TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE DATOS PERSONALES

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil podrá transferir y transmitir datos personales a terceros con quienes mantenga relaciones operativas, administrativas, asistenciales, académicas o contractuales que resulten necesarias para el adecuado funcionamiento institucional y la correcta prestación de los servicios de salud. Lo anterior también aplicará cuando dicha transferencia o transmisión se encuentre autorizada por la ley o corresponda al cumplimiento de funciones públicas, sanitarias, administrativas o de inspección, vigilancia y control.

En estos casos, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil adoptará las medidas jurídicas, técnicas y administrativas necesarias para garantizar que las personas naturales o jurídicas que tengan acceso a los datos personales den cumplimiento a la presente Política de Tratamiento de Datos Personales, así como a los principios, deberes y garantías establecidos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que regulan la materia.

En todo caso, cuando el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil transmita datos personales a uno o varios encargados ubicados dentro o fuera del territorio colombiano, celebrará los respectivos contratos de transmisión de datos personales o incorporará cláusulas contractuales específicas que regulen:

1. Los alcances y finalidades del tratamiento de los datos personales.
2. Las actividades que el encargado realizará por cuenta del Hospital respecto del tratamiento de la información.

3. Las obligaciones y responsabilidades del encargado frente al titular de los datos y frente al Hospital como responsable del tratamiento.

Mediante dichos acuerdos, el encargado se comprometerá a realizar el tratamiento de los datos personales conforme a las instrucciones impartidas por el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, respetando las finalidades autorizadas por los titulares y garantizando el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes en materia de protección de datos personales.

Además de las obligaciones previstas en la normatividad aplicable, el encargado deberá cumplir, como mínimo, con las siguientes obligaciones:

1. Realizar el tratamiento de los datos personales en nombre del responsable, observando los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida, seguridad y confidencialidad.

2. Implementar las medidas de seguridad necesarias para proteger las bases de datos que contengan información personal, evitando su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.

3. Garantizar la reserva y confidencialidad de la información personal a la que tenga acceso con ocasión del tratamiento de datos.

En los casos de transferencia nacional o internacional de datos personales, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil dará estricto cumplimiento a las disposiciones previstas en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y demás normas que regulen la protección de datos personales en Colombia.

10. DERECHOS Y CONDICIONES DE LEGALIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS

10.1 DERECHOS DE LOS TITULARES

En el tratamiento de datos personales realizado por el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil se garantizará en todo momento el respeto de los derechos constitucionales y legales de los titulares de la información, de

conformidad con la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes sobre protección de datos personales.

En consecuencia, los titulares de los datos personales tendrán los siguientes derechos:

a) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente al Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil o frente a los encargados del tratamiento, especialmente cuando la información sea parcial, inexacta, incompleta, fraccionada o induzca a error.

b) Solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento de sus datos personales, salvo en los casos expresamente exceptuados por la ley como requisito para el tratamiento.

c) Ser informado por el Hospital o por el encargado del tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que se le ha dado a sus datos personales.

d) Presentar consultas, reclamos o quejas ante la autoridad competente por presuntas infracciones a las disposiciones legales sobre protección de datos personales.

e) Revocar la autorización otorgada y/o solicitar la supresión de sus datos personales cuando considere que en el tratamiento no se respetan los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria o supresión procederá cuando la autoridad competente determine que el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil o sus encargados han incurrido en conductas contrarias a la Constitución o la ley. No obstante, la solicitud no procederá cuando exista un deber legal, contractual, médico o administrativo que obligue a conservar la información.

f) Acceder de manera gratuita a los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento por parte del Hospital, en los términos establecidos por la normatividad vigente.

10.2 AUTORIZACIÓN DEL TITULAR

Sin perjuicio de las excepciones previstas en la ley, para el tratamiento de datos personales por parte del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil se requerirá la autorización previa, expresa e informada del titular de la

información, la cual podrá obtenerse por cualquier medio físico, electrónico o digital que permita su consulta y verificación posterior.

Se entenderá que la autorización cumple con los requisitos legales cuando sea manifestada:

i) Por escrito.

ii) De manera verbal.

iii) Mediante conductas inequívocas del titular que permitan concluir razonablemente que otorgó su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales.

Entre dichas conductas inequívocas se podrán considerar, entre otras, el suministro voluntario de información personal para acceder a servicios de salud, la entrega de hojas de vida para participar en procesos de selección o contratación, el diligenciamiento de formularios institucionales, el ingreso a las instalaciones del Hospital con conocimiento de la existencia de sistemas de videovigilancia, así como cualquier actuación clara que permita inferir de manera razonable la autorización del titular.

En todo caso, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil garantizará que el tratamiento de los datos personales se realice conforme a los principios de legalidad, finalidad, libertad, transparencia, seguridad, confidencialidad y acceso restringido previstos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que regulen la materia.

10.2.1 CASOS EN QUE NO ES NECESARIA LA AUTORIZACIÓN

La autorización del titular no será necesaria cuando el tratamiento de los datos personales corresponda a alguno de los eventos exceptuados por la ley, especialmente en los siguientes casos:

a) Cuando la información sea requerida por el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil en ejercicio de sus funciones legales, constitucionales, asistenciales o por orden de autoridad judicial o administrativa competente.

b) Cuando se trate de datos de naturaleza pública, conforme a lo establecido en la normatividad vigente.

c) En casos de urgencia médica, emergencia sanitaria o situaciones que comprometan la vida, la salud o la integridad de los pacientes y requieran atención inmediata.

d) Cuando el tratamiento de la información esté autorizado por la ley para fines históricos, estadísticos, científicos, epidemiológicos, académicos o de investigación en salud, garantizando la adopción de las medidas necesarias para la protección de la información.

e) Cuando se trate de datos relacionados con el Registro Civil de las Personas o información que por disposición legal tenga carácter público.

Toda persona que acceda, use o trate datos personales sin que medie autorización previa del titular deberá cumplir estrictamente con las disposiciones contenidas en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y demás normas concordantes y vigentes sobre protección de datos personales, así como con las políticas internas adoptadas por el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil para garantizar la confidencialidad, seguridad y adecuada administración de la información.

10.3 SUMINISTRO DE LA INFORMACIÓN

La información solicitada por los titulares de datos personales será suministrada principalmente a través de medios electrónicos dispuestos por el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, salvo que el titular solicite expresamente otro medio de entrega conforme a los canales habilitados por la institución.

La información entregada por el Hospital será suministrada sin barreras técnicas, administrativas o tecnológicas que impidan su acceso, garantizando que su contenido sea claro, comprensible, de fácil lectura y consulta, y que corresponda integralmente a la información que repose en las bases de datos institucionales.

En todo caso, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil adoptará las medidas necesarias para proteger la confidencialidad, integridad y seguridad de la información personal suministrada, de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y demás normas vigentes sobre protección de datos personales.

10.4 DEBER DE INFORMAR AL TITULAR.

Al momento de solicitar la autorización para el tratamiento de datos personales, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil deberá informar al titular de manera clara, previa, expresa y comprensible, como mínimo, los siguientes aspectos:

a) El tratamiento al cual serán sometidos sus datos personales y las finalidades específicas para las cuales serán recolectados, usados, almacenados, circulados o suprimidos.

b) El carácter facultativo de la respuesta a las preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre datos de niñas, niños y adolescentes, salvo en los casos autorizados expresamente por la ley.

c) Los derechos que le asisten como titular de la información, especialmente los relacionados con conocer, actualizar, rectificar, revocar la autorización y solicitar la supresión de sus datos personales.

d) La identificación y datos de contacto del responsable del tratamiento, incluyendo dirección física, correo electrónico institucional y demás canales oficiales de atención del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil.

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, en calidad de responsable del tratamiento de datos personales, conservará prueba de la autorización otorgada por el titular y del cumplimiento del deber de información previsto en la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes. Así mismo, cuando el titular lo solicite, se le entregará copia de dicha autorización por los medios habilitados institucionalmente.

10.5 PERSONAS A QUIENES SE LES PUEDE SUMINISTRAR LA INFORMACIÓN

La información personal que reúna las condiciones establecidas en la ley podrá ser suministrada por el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil únicamente a las siguientes personas o entidades:

a) A los titulares de la información, sus causahabientes o representantes legales debidamente acreditados.

b) A las entidades públicas, autoridades administrativas, judiciales o de control que soliciten la información en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales o por orden judicial competente.

c) A los terceros autorizados expresamente por el titular de los datos personales o facultados por disposición legal para acceder a dicha información.

En todos los casos, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil garantizará que el suministro de la información se realice bajo criterios de confidencialidad, seguridad, acceso restringido y cumplimiento de las disposiciones previstas en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que regulan la protección de datos personales en Colombia.

11. DEBERES DE LOS RESPONSABLES DEL TRATAMIENTO Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO

11.1 DEBERES DE LOS RESPONSABLES DEL TRATAMIENTO

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, en calidad de responsable del tratamiento de datos personales, deberá cumplir los siguientes deberes, sin perjuicio de las demás obligaciones previstas en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y demás normas que regulen la materia:

a) Garantizar al titular, en todo momento, el pleno y efectivo ejercicio del derecho fundamental de hábeas data.

b) Solicitar, conservar y custodiar, en las condiciones previstas en la ley, copia de la autorización otorgada por el titular para el tratamiento de sus datos personales.

c) Informar de manera clara y suficiente al titular sobre la finalidad de la recolección de los datos y los derechos que le asisten en virtud de la autorización otorgada.

d) Conservar la información bajo condiciones de seguridad técnicas, humanas, administrativas y tecnológicas necesarias para impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso, acceso o reproducción no autorizada o fraudulenta.

e) Garantizar que la información suministrada a los encargados del tratamiento sea veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible.

f) Actualizar oportunamente la información y comunicar al encargado del tratamiento cualquier novedad respecto de los datos previamente suministrados, adoptando las medidas necesarias para que la información se mantenga actualizada.

g) Rectificar la información cuando sea incorrecta, inexacta o incompleta, e informar lo pertinente a los encargados del tratamiento.

h) Suministrar a los encargados del tratamiento únicamente aquellos datos personales cuyo tratamiento esté previamente autorizado o permitido conforme a la ley.

i) Exigir en todo momento a los encargados del tratamiento el respeto por las condiciones de seguridad, confidencialidad y privacidad de la información de los titulares.

j) Tramitar las consultas, solicitudes y reclamos formulados por los titulares en los términos y plazos establecidos en la normatividad vigente.

k) Adoptar procedimientos internos y mecanismos institucionales que garanticen el adecuado cumplimiento de las disposiciones sobre protección de datos personales, especialmente en lo relacionado con la atención de consultas y reclamos.

l) Informar al encargado del tratamiento cuando determinada información se encuentre en discusión por parte del titular, una vez presentada la reclamación y mientras no haya finalizado el trámite correspondiente.

m) Informar al titular, cuando este lo solicite, sobre el uso que se ha dado a sus datos personales.

n) Informar a la autoridad competente en materia de protección de datos personales cuando se presenten incidentes de seguridad, violaciones a los códigos de seguridad o riesgos en la administración de la información de los titulares.

o) Cumplir las instrucciones y requerimientos impartidos por la Superintendencia de Industria y Comercio y demás autoridades competentes en relación con la protección de datos personales.

En desarrollo de estos deberes, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil adoptará las medidas necesarias para garantizar la protección, confidencialidad, integridad y uso adecuado de la información personal

recolectada en el ejercicio de sus funciones asistenciales, administrativas, académicas y científicas.

11.2 DEBERES DE LOS ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO

Los encargados del tratamiento de datos personales, y en aquellos eventos en los cuales el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil actúe en calidad de encargado del tratamiento, deberán cumplir los siguientes deberes, sin perjuicio de las demás obligaciones previstas en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y demás normas que regulen la materia:

a) Garantizar al titular, en todo momento, el pleno y efectivo ejercicio del derecho fundamental de hábeas data.

b) Conservar la información bajo condiciones de seguridad técnicas, humanas, administrativas y tecnológicas que impidan su adulteración, pérdida, consulta, uso, acceso o reproducción no autorizada o fraudulenta. Los encargados deberán implementar y mantener las medidas mínimas de seguridad exigidas por la normatividad vigente y por las directrices de la Superintendencia de Industria y Comercio.

c) Realizar de manera oportuna la actualización, rectificación, corrección o supresión de los datos personales, conforme a los términos establecidos en la Ley 1581 de 2012 y demás disposiciones concordantes.

d) Actualizar la información reportada por el responsable del tratamiento dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su recibo o dentro del término legal aplicable.

e) Tramitar las consultas, solicitudes y reclamos formulados por los titulares en los términos establecidos en la presente política y en la normatividad vigente.

f) Adoptar un manual interno de políticas y procedimientos que garantice el adecuado cumplimiento de las disposiciones sobre protección de datos personales, especialmente para la atención de consultas y reclamos presentados por los titulares.

g) Registrar en las bases de datos la leyenda “reclamo en trámite” en los casos y términos previstos por la ley.

h) Incorporar en la base de datos la leyenda “información en discusión judicial” una vez sea notificado por la autoridad competente sobre la existencia de procesos judiciales relacionados con la calidad o tratamiento del dato personal.

i) Abstenerse de circular, transferir o divulgar información que esté siendo controvertida por el titular y cuyo bloqueo haya sido ordenado por la autoridad competente.

j) Permitir el acceso a la información únicamente a las personas autorizadas o facultadas legalmente para conocerla.

k) Informar a la Superintendencia de Industria y Comercio y, cuando corresponda, a las autoridades competentes, sobre incidentes de seguridad, violaciones a los códigos de seguridad o riesgos que comprometan la administración de la información de los titulares.

l) Cumplir las instrucciones, lineamientos y requerimientos impartidos por la Superintendencia de Industria y Comercio y demás autoridades competentes en materia de protección de datos personales.

m) Verificar que el responsable del tratamiento cuente con la autorización otorgada por el titular para el tratamiento de los datos personales, salvo en los casos expresamente exceptuados por la ley.

En todos los casos, los encargados del tratamiento deberán actuar conforme a los principios de legalidad, finalidad, libertad, transparencia, seguridad, confidencialidad y acceso restringido, garantizando la adecuada protección de la información administrada por el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil.

12. ACCIONES GENERALES PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

A continuación, se establecen los lineamientos generales adoptados por el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil con el propósito de garantizar el adecuado cumplimiento de sus obligaciones legales, constitucionales e institucionales en materia de protección y tratamiento de datos personales, conforme a los principios establecidos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes.

Estos lineamientos constituyen directrices complementarias a las políticas, manuales, procedimientos, protocolos y demás instrumentos institucionales actualmente implementados por el Hospital en materia de gestión documental, seguridad de la información, administración de datos, confidencialidad y protección de la información clínica, administrativa y académica. En ningún caso estos lineamientos sustituyen, modifican o desconocen las disposiciones internas vigentes, sino que se integran de manera armónica con ellas para fortalecer la adecuada administración de los datos personales y garantizar la protección de los derechos de sus titulares.

En desarrollo de lo anterior, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil implementará medidas técnicas, administrativas, humanas y tecnológicas orientadas a asegurar la confidencialidad, integridad, disponibilidad, autenticidad y circulación restringida de la información personal recolectada en el ejercicio de sus funciones asistenciales, científicas, académicas y administrativas.

12.1 TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Todos los servidores públicos, trabajadores oficiales, contratistas, personal asistencial, administrativo, docentes, estudiantes en práctica y demás colaboradores vinculados al Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, en desarrollo de las funciones y actividades propias de su cargo o vínculo institucional, asumirán las responsabilidades y obligaciones relacionadas con el adecuado tratamiento de los datos personales y de la información institucional a la que tengan acceso.

Dichas responsabilidades comprenden el manejo adecuado de la información desde su recolección, registro, almacenamiento, uso, consulta, circulación, transmisión, conservación y disposición final, garantizando en todo momento el cumplimiento de los principios de confidencialidad, seguridad, acceso restringido, integridad y legalidad previstos en la normatividad vigente sobre protección de datos personales.

En consecuencia, toda persona que intervenga en el tratamiento de datos personales dentro del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil deberá actuar con diligencia, reserva y responsabilidad, evitando el acceso, divulgación, utilización o suministro no autorizado de la información,

especialmente aquella relacionada con la historia clínica y demás datos sensibles de pacientes, usuarios y funcionarios.

12.2 USO DE LA INFORMACIÓN

La información de carácter personal contenida en las bases de datos del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil deberá ser utilizada y tratada únicamente conforme a las finalidades establecidas en la presente Política de Tratamiento de Datos Personales y en cumplimiento de los principios de legalidad, finalidad, necesidad, confidencialidad y seguridad de la información.

En caso de que cualquier dependencia, área o proceso identifique finalidades o usos distintos a los inicialmente previstos para el tratamiento de datos personales, deberá informar previamente al Oficial de Protección de Datos Personales, quien evaluará la procedencia de dicho tratamiento y gestionará, cuando corresponda, la actualización de la presente política y de las autorizaciones respectivas.

Asimismo, deberán observarse las siguientes directrices:

a. Cuando una dependencia diferente a aquella que recolectó inicialmente los datos personales requiera acceder o utilizar dicha información, ello solo procederá cuando el uso sea razonablemente previsible conforme a la naturaleza de los servicios prestados por la Entidad y se encuentre relacionado con las finalidades autorizadas en la presente Política de Tratamiento de Datos Personales.

b. Cada dependencia será responsable de garantizar que, en los procesos de reciclaje, eliminación o disposición de documentos físicos y digitales, no se exponga información confidencial ni datos personales. En consecuencia, no podrán ser reutilizados, reciclados ni desechados sin las medidas de seguridad correspondientes documentos tales como hojas de vida, historias clínicas, certificados académicos o laborales, resultados de exámenes médicos, documentos de identidad o cualquier otro documento que permita identificar directa o indirectamente a una persona.

c. Cuando un encargado del tratamiento suministre datos personales o bases de datos a determinada área para el desarrollo de una actividad específica, la dependencia receptora deberá utilizar dicha información exclusivamente para la finalidad autorizada y conforme a la presente Política de Tratamiento de Datos Personales. Finalizada la actividad, deberá proceder a la eliminación, devolución

o supresión segura de la información utilizada, evitando riesgos de desactualización, conservación innecesaria o tratamiento no autorizado de los datos personales.

d. Los servidores públicos, trabajadores, contratistas y demás personas autorizadas no podrán adoptar decisiones que generen efectos jurídicos o impactos significativos sobre los titulares de la información con fundamento exclusivo en datos suministrados por sistemas automatizados de información. En consecuencia, deberán validar previamente la información mediante mecanismos adicionales, revisión documental, verificación manual o confirmación directa con el titular, cuando ello resulte necesario.

e. Únicamente el personal autorizado podrá ingresar, modificar, actualizar, consultar o eliminar información contenida en bases de datos o documentos sujetos a protección. Los permisos y niveles de acceso serán asignados por la dependencia competente en tecnología e informática, conforme a los perfiles y roles previamente definidos por los líderes de cada proceso, bajo criterios de necesidad, proporcionalidad y seguridad de la información.

f. Todo uso, circulación, transferencia o tratamiento de datos personales que difiera de las finalidades inicialmente autorizadas deberá ser previamente consultado y autorizado por el Oficial de Protección de Datos Personales, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente y la protección efectiva de los derechos de los titulares de la información.

12.3 ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN

El almacenamiento de la información física y digital del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil deberá realizarse en medios y espacios que cuenten con controles adecuados de seguridad para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos personales.

La Entidad implementará medidas físicas, administrativas y tecnológicas para prevenir el acceso no autorizado, pérdida, alteración o uso indebido de la información, tanto en instalaciones propias como en servicios o centros administrados por terceros que garanticen condiciones adecuadas de seguridad y protección de datos.

12.4 DESTRUCCIÓN

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil realizará la destrucción de medios físicos y electrónicos mediante mecanismos que impidan la reconstrucción de la información, siempre que dicha actuación no contravenga disposiciones legales vigentes y garantizando en todo momento la trazabilidad del procedimiento realizado.

Esta destrucción comprenderá tanto la información almacenada en las instalaciones propias del Hospital como aquella que se encuentre en poder de terceros autorizados.

12.5 PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE INCIDENTES CON DATOS PERSONALES

Se entenderá por incidente cualquier situación, anomalía o evento que afecte o pueda afectar la seguridad, confidencialidad, integridad o disponibilidad de las bases de datos o de la información personal administrada por el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil.

Todo funcionario, contratista, consultor o tercero que tenga conocimiento de un incidente deberá reportarlo de manera inmediata al Oficial de Protección de Datos Personales del Hospital, quien adoptará las medidas necesarias para su atención, gestión y seguimiento. Cuando corresponda, el Oficial realizará el respectivo reporte ante la Delegatura de Protección de Datos Personales de la Superintendencia de Industria y Comercio dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al conocimiento del hecho, conforme a la Ley 1581 de 2012 y demás normas vigentes.

Los incidentes podrán afectar tanto bases de datos físicas como digitales y generarán las siguientes actuaciones:

a. Notificación de incidentes

Cuando se evidencie o se presuma que un incidente ha comprometido o puede comprometer datos personales, deberá informarse inmediatamente al Oficial de Protección de Datos Personales, quien evaluará la situación y gestionará el

reporte correspondiente ante el Registro Nacional de Bases de Datos, cuando aplique.

b. Gestión de incidentes

Será responsabilidad de todos los funcionarios, contratistas y terceros vinculados al Hospital reportar oportunamente cualquier situación sospechosa, vulneración de seguridad, pérdida de información o incumplimiento de políticas que pueda afectar la protección de los datos personales y de los activos de información institucional.

c. Identificación del incidente

Todo evento anormal o sospechoso que pueda comprometer la reserva o confidencialidad de la información deberá ser evaluado para determinar su alcance y nivel de afectación. Cuando el incidente pueda implicar actuaciones administrativas, disciplinarias o judiciales, el análisis y la comunicación con las autoridades competentes se realizará conjuntamente entre el Oficial de Protección de Datos Personales y la Oficina Asesora Jurídica del Hospital.

d. Reporte del incidente

Los incidentes de seguridad deberán reportarse de forma inmediata a través de los canales internos definidos por el Hospital. En caso de pérdida, divulgación, acceso no autorizado o posible vulneración de información sensible o confidencial, deberá notificarse sin demora al Oficial de Protección de Datos Personales.

Asimismo, los funcionarios deberán informar a su jefe inmediato y al Oficial de Protección de Datos cualquier pérdida, daño o hurto de equipos tecnológicos o dispositivos que contengan datos personales administrados por la Entidad.

Ningún funcionario podrá divulgar información relacionada con incidentes de seguridad informática, salvo autorización expresa de autoridad competente o intervención de la Oficina Asesora Jurídica, quien brindará el acompañamiento correspondiente.

e. Contención, investigación y diagnóstico

El Oficial de Protección de Datos Personales, con apoyo de la Oficina de Tecnologías de la Información y las áreas involucradas, deberá adelantar las acciones necesarias para contener el incidente, identificar sus causas y documentar integralmente el proceso de atención.

Cuando se identifique la posible comisión de delitos informáticos en los términos de la Ley 1273 de 2009, el Hospital pondrá los hechos en conocimiento de las autoridades competentes, garantizando en todo momento la cadena de custodia de la información y de los elementos probatorios.

f. Solución y mitigación

La Oficina de Tecnologías de la Información y las áreas responsables deberán implementar las medidas correctivas necesarias para evitar la repetición del incidente, corrigiendo las vulnerabilidades identificadas y fortaleciendo los controles de seguridad de la información.

g. Cierre y seguimiento

Una vez controlado el incidente, el Hospital documentará las acciones ejecutadas, realizará seguimiento a las medidas adoptadas y promoverá acciones de mejora continua. El Oficial de Protección de Datos Personales elaborará informes periódicos sobre los incidentes reportados, con el fin de fortalecer las estrategias institucionales de prevención y cultura de protección de datos personales.

h. Reporte ante la Superintendencia de Industria y Comercio

Los incidentes de seguridad que afecten bases de datos con información personal deberán ser reportados ante la Superintendencia de Industria y Comercio dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su detección y conocimiento por parte del área responsable.

Los líderes de proceso y responsables de activos de información deberán informar oportunamente estos incidentes al Oficial de Protección de Datos Personales del Hospital, quien realizará el reporte correspondiente ante el Registro Nacional de Bases de Datos, de conformidad con la normativa vigente.

13. ÁREA RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN A PETICIONES, CONSULTAS Y RECLAMOS

Las peticiones, consultas, reclamos o solicitudes relacionadas con el ejercicio de los derechos de conocer, actualizar, rectificar, suprimir información personal o revocar la autorización para el tratamiento de datos personales deberán ser dirigidas al Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil a través de los canales institucionales definidos para tal fin.

Para la atención de estas solicitudes, los titulares de la información podrán comunicarse con:

- Oficial de Protección de Datos Personales mediante los canales oficiales de atención dispuestos por el Hospital, tales como:
- Dirección física:
- Líneas telefónicas:
- Correo electrónico institucional:
- Página web oficial:

El Oficial de Protección de Datos Personales será el encargado de recibir, tramitar y dar respuesta a las peticiones, consultas y reclamos relacionados con el tratamiento de datos personales, de conformidad con la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y las políticas internas adoptadas por la Entidad.

14. PROCEDIMIENTO PARA ATENDER LOS DERECHOS DE LOS TITULARES

Los titulares de datos personales, independientemente del tipo de vinculación que tengan con el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, podrán ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar, suprimir información y/o revocar la autorización otorgada para el tratamiento de sus datos personales, de conformidad con el procedimiento interno adoptado por la Entidad para la atención de peticiones, consultas y reclamos en materia de protección de datos personales.

14.1 PROCEDIMIENTO DE CONSULTAS

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil y/o los encargados del tratamiento garantizarán a los titulares de datos personales, sus causahabientes o representantes autorizados, el derecho a consultar la información que repose en las bases de datos institucionales y que se encuentre asociada a su identificación, conforme a lo establecido en la presente Política de Tratamiento de Datos Personales y en la Ley 1581 de 2012.

El Oficial de Protección de Datos Personales del Hospital será el responsable de recibir, tramitar y responder las consultas presentadas por los titulares de la información, dentro de los términos y condiciones establecidos por la normatividad vigente.

Las consultas deberán contener como mínimo la siguiente información:

a) Nombre completo del titular y, de ser el caso, de su representante o causahabiente.
b) Descripción clara de la consulta o solicitud.
c) Dirección física o electrónica y número de contacto.
d) Documento de identificación o mecanismo de validación correspondiente.
e) Presentación de la solicitud a través de los canales oficiales habilitados por el Hospital.

Una vez recibida la solicitud, el área competente verificará el cumplimiento de los requisitos mínimos y validará la legitimidad del solicitante para ejercer el derecho correspondiente. Posteriormente, la consulta será trasladada al Oficial de Protección de Datos Personales para su trámite y respuesta.

Las consultas serán atendidas en un término máximo de diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de su recibo. Cuando no sea posible atender la solicitud dentro de dicho término, el Hospital informará oportunamente al interesado las razones de la demora y la fecha en que se dará respuesta, la cual no podrá superar los cinco (5) días hábiles siguientes al vencimiento del primer término.

14.2 PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS

Derechos garantizados mediante el procedimiento de reclamos

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, en calidad de responsable del tratamiento de datos personales, garantizará a los titulares de la información, sus representantes legales o causahabientes, el ejercicio pleno de los derechos consagrados en la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes, a través del siguiente procedimiento de reclamos:

a) Corrección, actualización o rectificación de datos personales: El Hospital garantizará el derecho de los titulares a solicitar la corrección, actualización o rectificación de los datos personales que reposen en sus bases de datos, cuando consideren que la información es parcial, inexacta, incompleta, fraccionada o induzca a error, o cuando adviertan el incumplimiento de los principios y deberes establecidos en la normatividad vigente y en la presente Política de Tratamiento de Datos Personales.

b) Revocatoria de la autorización o supresión de datos personales: El Hospital garantizará a los titulares de los datos personales o a sus causahabientes el derecho a solicitar la revocatoria de la autorización otorgada para el tratamiento de sus datos personales, así como la supresión total o parcial de la información contenida en las bases de datos institucionales, cuando consideren que el tratamiento no respeta los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

De igual manera, los titulares podrán presentar reclamos cuando adviertan un posible incumplimiento de la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios o de la presente Política de Tratamiento de Datos Personales.

Responsable de la atención de reclamos

El Oficial de Protección de Datos Personales y/o la dependencia que haga sus veces dentro del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil será el encargado de recibir, tramitar y resolver las solicitudes, consultas y reclamos relacionados con el tratamiento de datos personales, conforme a los términos, condiciones y plazos establecidos en la normativa vigente.

Contenido mínimo de las reclamaciones

Las reclamaciones presentadas por los titulares deberán contener, como mínimo, la siguiente información:

a. Nombres y apellidos completos del titular, representante legal o causahabiente;
b. Descripción clara y precisa de los hechos y de lo que se pretende solicitar;
c. Dirección física y/o electrónica para notificaciones y número telefónico de contacto;
d. Copia del documento de identidad o mecanismo de validación correspondiente;
e. Documentos que acrediten la representación, cuando aplique;
f. Presentación de la solicitud a través de los canales oficiales habilitados por el Hospital.

Trámite de las solicitudes de actualización o rectificación

Una vez recibida la solicitud de actualización, corrección o rectificación de datos personales por parte del titular, su representante o tercero debidamente autorizado, a través de los canales institucionales dispuestos para tal fin, la dependencia competente procederá a verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos y remitirá la solicitud al Oficial de Protección de Datos Personales para su respectivo análisis y trámite.

El Hospital verificará que quien ejerce el derecho tenga legitimación para hacerlo, garantizando la protección de la información personal y el cumplimiento de los principios de confidencialidad, seguridad y legalidad.

Reclamaciones sin cumplimiento de requisitos legales

Cuando el reclamo se presente sin el lleno de los requisitos anteriormente señalados, el Hospital requerirá al solicitante dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción del reclamo para que subsane las inconsistencias o allegue la información faltante.

Desistimiento del reclamo

Si transcurridos dos (2) meses desde la fecha del requerimiento el solicitante no presenta la información requerida, se entenderá que ha desistido del reclamo.

Reclamos que no correspondan a la entidad

En caso de que el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil reciba un reclamo que no sea de su competencia, dará traslado a la entidad correspondiente dentro de los dos (2) días hábiles siguientes e informará dicha situación al interesado.

Inclusión de leyenda en la base de datos

Una vez recibido el reclamo completo, el Hospital incluirá dentro de los dos (2) días hábiles siguientes una leyenda en la base de datos correspondiente indicando “reclamo en trámite” y el motivo del mismo. Esta leyenda permanecerá vigente hasta que el reclamo sea resuelto de manera definitiva.

Término para responder los reclamos

El término máximo para atender el reclamo será de quince (15) días hábiles contados a partir del día siguiente a la fecha de su recepción.

Prórroga del término de respuesta

Cuando no fuere posible atender el reclamo dentro del término inicialmente señalado, el Hospital informará oportunamente al interesado los motivos de la demora y la nueva fecha de respuesta, la cual no podrá superar los ocho (8) días hábiles siguientes al vencimiento del primer término.

Procedimiento de supresión de datos personales

En caso de que resulte procedente la solicitud de supresión de datos personales, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil realizará las acciones técnicas, administrativas y operativas necesarias para eliminar la información de manera segura, evitando su recuperación o tratamiento posterior.

No obstante, el titular deberá tener en cuenta que, en determinados casos, cierta información deberá conservarse en archivos históricos o registros institucionales por cumplimiento de obligaciones legales, contractuales, administrativas, médicas o de conservación documental. En estos eventos, la supresión procederá únicamente respecto del tratamiento activo de los datos personales, conforme a la solicitud presentada y a las disposiciones legales aplicables.

15. CONTROL DE ACCESO Y VIDEO VIGILANCIA

15.1 CONTROL ACCESO

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil implementará medidas de control de acceso físico y administrativo en todas las áreas donde se realicen actividades relacionadas con información confidencial, sensible o de acceso restringido, especialmente aquella que contenga datos personales de pacientes, usuarios, colaboradores, contratistas y demás titulares de la información.

El ingreso a dichas áreas estará permitido únicamente al personal autorizado, conforme a las funciones asignadas y a los principios de necesidad, confidencialidad y seguridad de la información. Para ello, el Hospital adoptará mecanismos de identificación, autenticación y registro que permitan controlar y verificar el acceso a las instalaciones y a la información institucional.

Así mismo, se deberán mantener registros y trazabilidad de los ingresos y salidas de colaboradores, contratistas, visitantes o terceros autorizados, con el fin de garantizar la protección de la información, prevenir accesos no autorizados y facilitar las labores de seguimiento, monitoreo y control institucional.

15.2 VIDEO VIGILANCIA

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil cuenta con sistemas de video vigilancia instalados en sus instalaciones, cuya finalidad es garantizar la seguridad física de los pacientes, usuarios, colaboradores, visitantes, bienes e infraestructura institucional, así como fortalecer las medidas de control y prevención frente a situaciones que puedan afectar la seguridad y el adecuado funcionamiento de la Entidad.

El tratamiento de las imágenes captadas mediante los sistemas de video vigilancia se realizará en cumplimiento de los principios y disposiciones establecidos en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y la Guía para la Protección de Datos Personales en Sistemas de Videovigilancia expedida por la Superintendencia de Industria y Comercio, en calidad de autoridad nacional de protección de datos personales.

Las imágenes y grabaciones obtenidas serán utilizadas exclusivamente para fines de seguridad, monitoreo institucional, control de acceso y apoyo a las autoridades competentes cuando haya lugar a ello, garantizando en todo momento la confidencialidad, integridad y protección de la información recolectada.

Las grabaciones serán conservadas por un término máximo de noventa (90) días calendario. No obstante, cuando las imágenes constituyan soporte probatorio dentro de reclamaciones, investigaciones, procesos disciplinarios, administrativos, judiciales o cualquier actuación adelantada por autoridad competente, estas podrán conservarse hasta la finalización definitiva del respectivo trámite o proceso.

16. CAPACITACIÓN DE FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil desarrollará programas periódicos de capacitación, formación y concientización en materia de protección de datos personales, confidencialidad y seguridad de la información, dirigidos a funcionarios, colaboradores, contratistas y terceros que, en ejercicio de sus funciones u obligaciones contractuales, tengan acceso a información institucional o datos personales.

La Entidad garantizará la divulgación y socialización de la presente Política de Tratamiento de Datos Personales a través de los medios institucionales que considere pertinentes, promoviendo una cultura de responsabilidad, legalidad y protección de la información en todos los niveles de la organización.

Las jornadas de capacitación deberán realizarse como mínimo una (1) vez al año, con el propósito de fortalecer los conocimientos y competencias del personal frente al adecuado tratamiento de datos personales, las obligaciones legales vigentes y las medidas de seguridad aplicables dentro del Hospital.

Así mismo, toda persona que ingrese a prestar sus servicios al Hospital, ya sea mediante vínculo laboral, contractual o cualquier modalidad de relación institucional, deberá recibir inducción y capacitación inicial sobre protección de datos personales y seguridad de la información, dejando constancia de su asistencia, conocimiento y compromiso frente al cumplimiento de las políticas institucionales.

En el desarrollo de los programas de formación y sensibilización, el Hospital deberá asegurar que funcionarios, colaboradores, contratistas y terceros conozcan claramente sus responsabilidades respecto al tratamiento adecuado de los datos personales, el deber de confidencialidad y las consecuencias legales, disciplinarias y administrativas derivadas de su incumplimiento.

Los programas de capacitación y evaluación serán actualizados de manera periódica conforme a los cambios normativos, tecnológicos, institucionales y organizacionales que se presenten.

La definición, implementación y seguimiento de los planes de capacitación estará a cargo del proceso de Gestión del Talento Humano, en articulación con el Oficial de Protección de Datos Personales y las dependencias competentes del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil.

17. PROCESOS DE REVISIÓN Y AUDITORÍAS DE CONTROL

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil realizará procesos periódicos de revisión, seguimiento y auditoría en materia de protección de datos personales y seguridad de la información, con el fin de verificar el adecuado cumplimiento e implementación de las políticas, protocolos y procedimientos institucionales relacionados con el tratamiento de datos personales.

Dichas revisiones podrán efectuarse directamente por las dependencias competentes del Hospital o a través de terceros especializados, garantizando en todo momento la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información objeto de evaluación.

Con fundamento en los resultados obtenidos en los procesos de auditoría, evaluación o seguimiento, el Hospital diseñará e implementará los respectivos planes de mejoramiento, acciones preventivas, correctivas y de fortalecimiento institucional que resulten necesarias para mitigar riesgos, corregir hallazgos y optimizar los mecanismos de protección de datos personales.

Por regla general, los procesos de revisión y auditoría se realizarán con una periodicidad mínima anual. No obstante, podrán adelantarse auditorías extraordinarias cuando se presenten incidentes de seguridad, riesgos relevantes, vulneraciones a la información o situaciones que puedan afectar la confidencialidad, integridad o disponibilidad de las bases de datos personales administradas por la Entidad.

Los resultados de las auditorías, así como los planes de mejoramiento formulados, serán presentados por el Oficial de Protección de Datos Personales y/o la dependencia competente a la Gerencia, Secretaría General o instancia administrativa correspondiente del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, para su respectiva evaluación, seguimiento y aprobación institucional.

18. PERÍODO DE VIGENCIA DE LAS BASES DE DATOS

Las bases de datos administradas por el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil tendrán una vigencia acorde con la finalidad para la cual fue autorizado el tratamiento de los datos personales, atendiendo la naturaleza de la información, las necesidades del servicio y el cumplimiento de las funciones legales, administrativas, asistenciales y misionales asignadas a la Entidad.

La conservación de los datos personales se realizará durante el tiempo que resulte necesario para cumplir las finalidades del tratamiento, las obligaciones legales, contractuales, administrativas, contables, fiscales, clínicas, archivísticas y demás disposiciones normativas aplicables al sector salud y a las entidades públicas o privadas que ejercen funciones relacionadas con la prestación de servicios de salud.

Una vez cumplida la finalidad del tratamiento y agotados los términos legales de conservación, los datos personales podrán ser eliminados, suprimidos, archivados

o anonimizados, salvo cuando exista un deber legal o contractual que exija su conservación por un periodo adicional.

El tratamiento y permanencia de la información contenida en las bases de datos del Hospital se sujetará, en todo momento, a los principios de necesidad, finalidad, legalidad, confidencialidad y seguridad de la información establecidos en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que regulen la materia.

19. REGISTRO NACIONAL DE BASE DE DATOS

De conformidad con lo establecido en el artículo 25 de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil realizará la inscripción de sus bases de datos personales, así como de la presente Política de Tratamiento de Datos Personales, en el Registro Nacional de Bases de Datos – RNBD administrado por la Superintendencia de Industria y Comercio, cuando exista obligación legal de hacerlo y conforme a los procedimientos, términos y condiciones establecidos por la autoridad competente.

El Hospital garantizará la actualización de la información reportada en el Registro Nacional de Bases de Datos, especialmente respecto de las finalidades del tratamiento, medidas de seguridad, canales de atención al titular y demás aspectos requeridos por la normativa vigente en materia de protección de datos personales.

Así mismo, la Entidad adelantará las acciones administrativas y técnicas necesarias para asegurar que el registro, actualización y administración de sus bases de datos se realice conforme a los principios de legalidad, transparencia, responsabilidad y seguridad de la información.

20. VIGENCIA, VERSIONES Y ACTUALIZACIÓN DE LA POLÍTICA

La presente Política de Tratamiento de Datos Personales del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil rige a partir de su aprobación y publicación institucional, complementa las demás políticas, manuales, protocolos y lineamientos relacionados con la protección de datos personales y seguridad de la información, y tendrá vigencia indefinida mientras subsistan las finalidades que dieron lugar al tratamiento de los datos personales.

Cualquier modificación sustancial o actualización que se realice a la presente política será comunicada de manera oportuna a los titulares de los datos personales a través de los canales institucionales habituales, medios de contacto registrados y/o mediante publicación en el sitio web oficial del Hospital.

Para aquellos titulares que no tengan acceso a medios electrónicos o frente a quienes no sea posible establecer contacto directo, la información correspondiente podrá ser divulgada mediante avisos informativos publicados en las instalaciones físicas del Hospital o en otros medios institucionales dispuestos para tal fin.

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil garantizará la disponibilidad y consulta de una versión resumida o simplificada de la presente política, dirigida a usuarios, pacientes, colaboradores y ciudadanía en general, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y demás normas concordantes y vigentes en materia de protección de datos personales.

Las actualizaciones que se realicen a esta política deberán conservar los principios de legalidad, finalidad, libertad, transparencia, seguridad, confidencialidad y responsabilidad demostrada en el tratamiento de los datos personales.

21. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Instructivo aplicación tabla de retención documental y transferencia documental
- Programa de Gestión Documental – PGD
- Envió y traslado de comunicaciones oficiales
- Procedimiento de correspondencia y sistema de tramites
- Solicitud nuevos requerimientos de Información
- Formato de creación, modificación y-o eliminación de usuarios en bases de datos del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil
- Procedimiento de borrado seguro de información
- Procedimiento FACILITA
- Instructivo de servicios de atención ciudadano
- Procedimiento para la atención de peticiones, consultas, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones

MATRIZ ORGANIZACIONAL OBJETIVOS ESPECIFICOS

Objetivo específico	Área líder	Áreas de apoyo	Actividades	Capacitaciones	Mesas de trabajo
1. Identificar, analizar y gestionar riesgos de corrupción, conflictos de interés e irregularidades institucionales.	Oficina de Control Interno	Oficina de Planeación, Oficina Jurídica, Oficina de Calidad, Subdirección Financiera, Subdirección de Recursos Físicos, Subdirección de Talento Humano, Líderes de procesos	Actualización del mapa de riesgos de corrupción, seguimiento a controles, revisión de conflictos de interés	Gestión del riesgo de corrupción, conflicto de intereses, Ley 1474 de 2011, PTEP	Comité de Riesgos, mesas con líderes de procesos, revisión de controles
2. Fortalecer redes de colaboración internas y externas en ética y transparencia.	Dirección, Secretaría General, Oficina de Planeación	Control Interno, Oficina de Comunicaciones, Oficina Jurídica, Subdirección de Educación e Investigación	Convenios interinstitucionales, intercambio de buenas prácticas, participación en redes de transparencia	Integridad pública, cooperación institucional	Encuentros con organismos de control, universidades y entidades públicas
3. Promover una cultura institucional basada en la legalidad, integridad, transparencia, humanización y gobierno abierto.	Talento Humano	Oficina de Comunicaciones, Oficina de Planeación, Oficina de Calidad, Oficina de Relacionamiento con el ciudadano	Campañas institucionales, difusión del Código de Integridad, jornadas de sensibilización	Código de Integridad, humanización, transparencia, acceso a la información	Mesas de cultura organizacional y ética institucional
4. Diseñar e implementar iniciativas innovadoras que fortalezcan la transparencia y la ética.	Oficina de Planeación	Innovación, Sistemas, Oficina de Calidad, Oficina de Comunicaciones, Control Interno	Desarrollo de herramientas digitales, concursos de buenas prácticas, campañas innovadoras	Innovación pública, transformación digital para la transparencia	Laboratorios de innovación, mesas de cocreación
5. Garantizar el acceso a la información pública y la	Oficina de Comunicaciones, Oficina de	Oficina de Planeación, Sistemas, Oficina	Actualización del portal web, publicación de información	Ley 1712 de 2014, transparencia activa,	Planeación de rendición de cuentas con

rendición de cuentas.	Relacionamiento con el ciudadano	Jurídica, Control Interno	obligatoria, audiencia pública de rendición de cuentas	participación ciudadana	líderes de proceso
6. Promover la participación ciudadana y el control social.	Servicio de Atención al Usuario (SIAU), Participación Social	Oficina de Comunicaciones, Oficina de Planeación, Oficina de Calidad, Dirección	Encuentros ciudadanos, asociaciones de usuarios, encuestas de satisfacción, veedurías	Participación ciudadana, control social, servicio al ciudadano	Mesas con usuarios, comunidad, academia y veedurías
7. Fortalecer la gestión del talento humano en ética pública.	Subdirección de Talento Humano	Control Interno, Oficina Jurídica, Oficina de Calidad	Plan anual de capacitación, inducción y reinducción, evaluación del conocimiento	Ética pública, integridad, conflicto de intereses, servicio humanizado, cumplimiento normativo	Comité de Capacitación y Bienestar
8. Fortalecer los mecanismos de denuncia y protección al denunciante.	Control Interno Disciplinario, Control Interno	Oficina Jurídica, Sistemas, Oficina de Comunicaciones, Subdirección de Talento Humano, Oficina de Relacionamiento con el ciudadano	Implementación de canales de denuncia, difusión de protocolos, seguimiento a denuncias	Protección al denunciante, denuncia segura, prevención del fraude	Mesas de revisión de canales y mejora continua
9. Promover la protección y gestión transparente del patrimonio histórico y cultural del hospital.	Dirección, Secretaría General	Oficina de Planeación, Oficina Jurídica, Oficina de Comunicaciones, Dirección de Infraestructura, Subdirección de patrimonio	Inventario patrimonial, divulgación histórica, seguimiento al PEMP, actividades culturales	Sensibilización sobre patrimonio histórico y normatividad del PEMP	Mesas con expertos, Ministerio de Cultura, Archivo y comunidad académica

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-10-03 16:39

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JOSE	MERARDO	GARNICA	GARCIA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	79356439

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CALLE 72 N 10 03 Pisos 4, 5, 8 y 9"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$14.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$14.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLES	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	$10.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil	**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**	

Señor usuario:

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil es responsable del tratamiento de los datos personales registrados en los campos habilitados del presente formulario. Los datos suministrados serán recolectados, almacenados, usados y tratados conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y demás normas concordantes sobre protección de datos personales, así como de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales adoptada por la Entidad.

La información suministrada tendrá como finalidad adelantar procesos administrativos, asistenciales, académicos, investigativos y de mejoramiento institucional, así como fortalecer los mecanismos de atención, participación y comunicación con los usuarios y la ciudadanía en general. En consecuencia, mediante el diligenciamiento del presente formulario, usted autoriza de manera previa, expresa e informada al Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil para la recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de sus datos personales, conforme a las finalidades anteriormente señaladas.

Como titular de la información, usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir sus datos personales; solicitar prueba de la autorización otorgada; ser informado respecto del uso que se ha dado a sus datos; presentar consultas y reclamos ante la Entidad; revocar la autorización otorgada cuando sea procedente; y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio en caso de considerar vulnerados sus derechos relacionados con la protección de datos personales.

Para mayor información consulte la Política de Tratamiento de Datos Personales en:

https://naipe-studio.com/husjd.gov.co/

Hospital Universitario
San Juan de Dios
y Materno Infantil

RECEPCIÓN DENUNCIA

Fecha recepción	
Número de radicado	

Datos de Contacto denunciante

* Tipo Documento:	* Número Documento:	Fecha Expedición:	País Expedición:

Departamento Expedición:	Ciudad Expedición:

* Primer Nombre:	Segundo Nombre:	* Primer Apellido:	Segundo Apellido:

País Nacimiento:	Departamento Nacimiento:	Ciudad Nacimiento:	Fecha Nacimiento:

Edad o edad aproximada:	Sexo:

* País Correspondencia:	Departamento Correspondencia:	Ciudad Correspondencia:	* Dirección Correspondencia:

* Celular:	Teléfono Fijo:

* Correo Electrónico:	*Confirmar Correo Electrónico:

Hospital Universitario
San Juan de Dios
y Materno Infantil

DENUNCIA

Se entiende por corrupción "el abuso del funcionario público o privado para beneficio propio".

Si usted quiere presentar una queja o denuncia relacionada con presuntos actos de corrupción cometidos por servidores públicos y privados del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil (HUSJDMI) en el desempeño de sus funciones, ponemos a su disposición el siguiente formulario.

¿Su denuncia es en contra de un funcionario que trabaja en el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil (HUSJDMI)? ☐ SI ☐ NO

¿Desea realizar el trámite como persona anónima? ☐ SI ☐ NO

Seleccione la forma de corrupción que esté relacionada con los hechos de los cuales tiene conocimiento:

◯ Soborno: Un funcionario del HUSJDMI ofreció dinero, servicios u otros objetos de valor, con el fin de persuadir a una persona a realizar algo a cambio.

◯ Peculado: Un funcionario del HUSJDMI propició la malversación de los bienes que le han sido confiados.

◯ Dádiva: Un funcionario del HUSJDMI recibió "regalo", "obsequio" o "donativo", para mermar su imparcialidad .

◯ Abuso de funciones: Un funcionario del HUSJDMI utilizó su investidura para cometer atropellos o desviarse de lo que legalmente le corresponde.

◯ Conflicto de intereses: Un funcionario del HUSJDMI en su interés propio de la función pública entra en conflicto con el interés particular y directo del servidor público.

◯ Enriquecimiento ilícito: Un funcionario del HUSJDMI realizó actos para enriquecerse por medios contrarios a la Ley.

◯ Tráfico de influencias: Un funcionario del HUSJDMI utilizó conexiones con personas que ejercen autoridad para obtener tratos especiales.

◯ Lavado de activos: Un funcionario del HUSJDMI ocultó o encubrió el origen de beneficios obtenidos ilícitamente.

Recuerde que con la información clara y detallada de cómo ocurrieron los hechos y las evidencias que usted pueda adjuntar, contribuye a orientar la investigación.

Descripción:*

Describa los hechos que motivaron a presentar esta solicitud la presente denuncia

Hospital Universitario
San Juan de Dios
y Materno Infantil

DENUNCIA

LUGAR Y FECHA DE LOS HECHOS

Dependencia o área involucrada:

Fecha aproximada de los hechos:

Lugar donde ocurrieron los hechos:

PERSONAS INVOLUCRADAS

Nombre(s) o identificación de la(s) persona(s) relacionada(s) con los hechos:

EVIDENCIAS O SOPORTES

¿Adjunta documentos o evidencias? ☐ SI ☐ NO

En caso de respuesta afirmativa, relacione los soportes:

DECLARACIÓN

Declaro que la información suministrada corresponde a hechos verídicos y ha sido reportada de buena fe.

Firma (si aplica): _____

Hospital Universitario
San Juan de Dios
y Materno Infantil

SEGUIMIENTO RECEPCIÓN DENUNCIAS

Número de radicado

Fecha de recepción

DÍA | MES | AÑO

Hora de recepción

MEDIO DE RECEPCIÓN

◯ Presencial

◯ Correo electrónico

◯ Linea telefónica

◯ Página web

◯ Buzón de sugerencias

◯ Otro Cual?

CONTROL Y SEGUIMIENTO

Tipo de denuncia:

Dependencia responsable:

Estado de la denuncia — ABIERTO | EN TRAMITE | CERRADO

Acciones realizadas:

Fecha de cierre:

Observaciones:

Funcionario asignado:

Cargo:

Firma:

Hospital Universitario
San Juan de Dios
y Materno Infantil

ASIGNACIÓN DENUNCIAS

Número de radicado

Presunto acto de corrupción: **SOBORNO**

Funcionario asignado:

Cargo:

Dependencia:

◯ No presentó acto de soborno

◯ Presentó posible acto de soborno

Descripción concepto:

Fecha de cierre: DÍA MES AÑO

Firma:

Hospital Universitario
San Juan de Dios
y Materno Infantil

ASIGNACIÓN DENUNCIAS

Número de radicado

Presunto acto de corrupción: **PECULADO**

Funcionario asignado:

Cargo:

Dependencia:

◯ No presentó acto de peculado

◯ Presentó posible acto de peculado

Descripción concepto:

Fecha de cierre: DÍA MES AÑO

Firma:

Hospital Universitario
San Juan de Dios
y Materno Infantil

ASIGNACIÓN DENUNCIAS

Número de radicado

Presunto acto de corrupción:

RECEPCIÓN DÁDIVA

Funcionario asignado:

Cargo:

Dependencia:

◯ No presentó recepción dádiva

◯ Presentó posible recepción dádiva

Descripción concepto:

Fecha de cierre: DÍA MES AÑO

Firma:

Hospital Universitario
San Juan de Dios
y Materno Infantil

ASIGNACIÓN DENUNCIAS

Número de radicado

Presunto acto de corrupción: **ABUSO DE FUNCIONES**

Funcionario asignado:

Cargo:

Dependencia:

◯ No presentó abuso de funciones

◯ Presentó posible abuso de funciones

Descripción concepto:

Fecha de cierre: DÍA MES AÑO

Firma:

Hospital Universitario
San Juan de Dios
y Materno Infantil

ASIGNACIÓN DENUNCIAS

Número de radicado

Presunto acto de corrupción: **CONFLICTO DE INTERESES**

Funcionario asignado:

Cargo:

Dependencia:

◯ No presentó conflicto de

◯ Presentó posible conflicto de intereses

Descripción concepto:

Fecha de cierre: DÍA MES AÑO

Firma:

Hospital Universitario
San Juan de Dios
y Materno Infantil

ASIGNACIÓN DENUNCIAS

Número de radicado

Presunto acto de corrupción: **ENRIQUECIMIENTO ILÍCITO**

Funcionario asignado:

Cargo:

Dependencia:

◯ No presentó enriquecimiento ilícito

◯ Presentó posible enriquecimiento ilícito

Descripción concepto:

Fecha de cierre: DÍA MES AÑO

Firma:

Hospital Universitario
San Juan de Dios
y Materno Infantil

ASIGNACIÓN DENUNCIAS

Número de radicado

Presunto acto de corrupción: **TRÁFICO DE INFLUENCIAS**

Funcionario asignado:

Cargo:

Dependencia:

◯ No presentó tráfico de influencias

◯ Presentó posible tráfico de influencias

Descripción concepto:

Fecha de cierre: DÍA MES AÑO

Firma:

Hospital Universitario
San Juan de Dios
y Materno Infantil

ASIGNACIÓN DENUNCIAS

Número de radicado

Presunto acto de corrupción: **LAVADO DE ACTIVOS**

Funcionario asignado:

Cargo:

Dependencia:

◯ No presentó lavado de activos

◯ Presentó posible lavado de activos

Descripción concepto:

Fecha de cierre: DÍA MES AÑO

Firma:

1. TABLA DE CONTENIDOS:

1. TABLA DE CONTENIDOS: 1
2. JUSTIFICACIÓN: 2
3. OBJETIVO: 4
4. ALCANCE: 5
5. NORMATIVIDAD: 8
6. DEFINICIONES: 10
7. RESPONSABLE: 13
8. LINEAMIENTOS GENERALES: 14
9. CONTENIDO DEL MANUAL: 22
10. CONTROL DE CAMBIOS. 28
11. APROBACIÓN. 28

2- JUSTIFICACION:

La construcción y adopción del presente manual de derechos y deberes de los ciudadanos surge de la necesidad institucional de fortalecer el modelo de atención centrada en la persona, garantizar la protección integral de los derechos fundamentales en salud y consolidar una cultura organizacional basada en la ética pública, la transparencia, humanización y la correspondencia social en la adecuada interacción entre la ciudadanía y el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil

El fortalecimiento institucional del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil exige la consolidación de instrumentos administrativos y técnicos que permitan articular todas las dependencias institucionales bajo principios de calidad, transparencia, participación, humanización y responsabilidad pública.

En este contexto, la aprobación del Plan Estratégico Institucional establece una nueva arquitectura organizacional y funcional que obliga a todas las dependencias, procesos, servicios y actuaciones institucionales a articularse bajo principios de planeación estratégica, gobernanza pública, fortalecimiento institucional, humanización de los servicios, participación ciudadana y garantía integral de derechos.

Por tal razón, el presente manual se constituye en un instrumento técnico-administrativo de carácter transversal, orientado a consolidar lineamientos institucionales claros que permitan regular las relaciones entre el Hospital, los ciudadanos, los usuarios, los pacientes, las familias y los diferentes grupos de

interés, fortaleciendo la legitimidad institucional, la confianza pública y la transparencia en la gestión hospitalaria.

Asimismo, este instrumento responde a las transformaciones contemporáneas de los sistemas de salud, en las cuales el ciudadano deja de ser considerado un sujeto pasivo receptor de servicios para convertirse en actor central de la gestión pública sanitaria, con capacidad de participación, incidencia, control social y corresponsabilidad frente al funcionamiento institucional y el cuidado de la salud colectiva.

La consolidación de un Manual de Derechos y Deberes del Ciudadano adquiere especial relevancia en el marco de los procesos de modernización del Estado, fortalecimiento de la gestión pública y consolidación de modelos de atención centrados en las personas, toda vez que permite establecer parámetros institucionales orientados a:

- Garantizar la protección integral de los derechos de los usuarios y pacientes.
- Fortalecer los mecanismos de participación ciudadana y control social.
- Promover una cultura institucional basada en la humanización, la ética pública y la transparencia.
- Consolidar relaciones institucionales sustentadas en el respeto, la confianza y la corresponsabilidad social.
- Fortalecer la gobernanza institucional y la legitimidad pública.
- Garantizar el cumplimiento del marco normativo y regulatorio aplicable al sector salud.
- Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

- Mejorar la experiencia institucional del ciudadano.
- Reducir barreras de acceso a los servicios de salud.
- Fortalecer la seguridad del paciente y la gestión del riesgo institucional.
- Implementar mecanismos efectivos de atención al usuario y gestión de PQRSDF.
- Consolidar estrategias institucionales de inclusión, accesibilidad y enfoque diferencial.
- Fortalecer la cultura organizacional y el sentido de pertenencia institucional.

Igualmente, este documento fortalece los mecanismos de inspección, vigilancia, control, auditoría y seguimiento institucional, facilitando el cumplimiento de estándares exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, los organismos de control y los procesos de habilitación, acreditación y evaluación institucional.

3- OBJETIVO:

Garantizar la protección integral de los derechos de los ciudadanos, usuarios y pacientes del HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL – HUSJDMI, así como definir las responsabilidades, deberes, mecanismos de participación y criterios institucionales que regulan las relaciones entre la institución y la ciudadanía para consolidar una cultura institucional basada en la dignidad humana, la atención humanizada, la transparencia, la participación ciudadana, la seguridad del paciente, el acceso equitativo a los servicios de salud y el fortalecimiento de la corresponsabilidad social.

4- ALCANCE:

El presente Manual de Derechos y Deberes del Ciudadano tiene un alcance institucional, administrativo, jurídico, asistencial, académico y social de carácter transversal, aplicable a todos los procesos, dependencias, servicios, actuaciones y relaciones funcionales desarrolladas por el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL (HUSJDMI), en el marco de la prestación de servicios de salud y del cumplimiento de su misión pública hospitalaria.

El alcance del presente manual comprende la totalidad de las actuaciones institucionales relacionadas con la protección de los derechos de los ciudadanos, usuarios y pacientes, así como las obligaciones, responsabilidades y deberes que deben observar tanto la institución como la ciudadanía dentro de los procesos de atención en salud, interacción administrativa, participación social y acceso a los servicios institucionales.

El presente documento aplica de manera obligatoria a:

- Todas las sedes y unidades funcionales del HUSJDMI E.S.E.
- Todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación institucional.
- Los servicios asistenciales, administrativos, académicos, científicos y de investigación.
- Las actuaciones desarrolladas por servidores públicos, trabajadores oficiales, contratistas, personal asistencial, personal administrativo, docentes, estudiantes en formación, proveedores y terceros vinculados.
- Los procesos de atención presencial, virtual, telefónica y domiciliaria.

- Las actividades relacionadas con atención al usuario, orientación ciudadana y gestión de PQRSDF.
- Las relaciones institucionales con usuarios, pacientes, familiares, acudientes, cuidadores y comunidad en general.
- Los mecanismos de participación ciudadana, control social y rendición pública de cuentas.
- Las estrategias institucionales de humanización, calidad, seguridad del paciente y mejoramiento continuo.
- Las actuaciones relacionadas con protección de datos personales, confidencialidad y manejo de información clínica y administrativa.
- Los procesos institucionales relacionados con accesibilidad, inclusión y atención diferencial.
- Los programas institucionales orientados a la protección de sujetos de especial protección constitucional.

El alcance del presente manual se extiende igualmente a todas las actuaciones institucionales relacionadas con:

- La garantía del derecho fundamental a la salud.
- La protección de los derechos humanos en salud.
- La prestación integral y humanizada de servicios de salud.
- La promoción de la corresponsabilidad ciudadana.
- La gestión ética y transparente de la administración pública hospitalaria.
- La consolidación de mecanismos de gobernanza y participación social.
- El fortalecimiento de la cultura organizacional y la legitimidad institucional.
- La implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

- La articulación institucional con el Plan Estratégico Institucional.

En términos funcionales, el presente manual constituye un instrumento de referencia obligatoria para la formulación, actualización, implementación y seguimiento de políticas, protocolos, procedimientos, rutas de atención, estrategias de humanización, mecanismos de participación ciudadana y procesos de atención al usuario desarrollados por el Hospital.

Asimismo, este documento servirá como herramienta institucional para los procesos de:

- Planeación institucional.
- Gestión de calidad.
- Gestión del riesgo.
- Control interno.
- Auditoría institucional.
- Evaluación y seguimiento.
- Inspección, vigilancia y control.
- Habilitación y acreditación en salud.
- Capacitación y fortalecimiento del talento humano.
- Rendición de cuentas y transparencia pública.

5- NORMATIVIDAD:

Norma	Concepto y Definición	Alcance Institucional
Constitución Política de Colombia de 1991	Norma superior del ordenamiento jurídico colombiano que reconoce la dignidad humana, el Estado Social de Derecho y la protección de los derechos fundamentales.	Fundamenta el derecho a la salud, la igualdad, la participación ciudadana, la protección de la vida y la obligación institucional de garantizar atención digna y humanizada.
Ley 100 de 1993	Crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Define principios de universalidad, eficiencia, solidaridad y participación en la prestación de servicios de salud.
Ley 1122 de 2007	Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Fortalece la calidad, la inspección, vigilancia y control de los servicios de salud.
Ley 1438 de 2011	Reforma orientada al fortalecimiento del sistema de salud y atención primaria.	Promueve atención integral, humanización, enfoque preventivo y fortalecimiento institucional.
Ley Estatutaria 1751 de 2015	Reconoce la salud como derecho fundamental autónomo.	Obliga a las instituciones de salud a garantizar acceso integral, continuo, oportuno y sin discriminación.
Ley 1755 de 2015	Regula el derecho fundamental de petición.	Obliga al Hospital a responder oportunamente solicitudes,

		quejas, reclamos y peticiones ciudadanas.
Ley 1712 de 2014	Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.	Garantiza publicidad, transparencia institucional y acceso a la información pública.
Ley 1581 de 2012	Régimen general de protección de datos personales.	Establece obligaciones sobre tratamiento, confidencialidad y protección de datos de usuarios y pacientes.
Ley 1098 de 2006	Código de Infancia y Adolescencia.	Protege derechos prevalentes de niños, niñas y adolescentes en servicios de salud.
Ley 1257 de 2008	Protección integral contra violencia hacia las mujeres.	Obliga a garantizar atención integral y protección de mujeres víctimas de violencia.
Ley 1618 de 2013	Garantías para personas con discapacidad.	Exige accesibilidad, inclusión y atención diferencial.
Decreto 1011 de 2006	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.	Establece estándares de calidad, seguridad y mejoramiento continuo.
Resolución 3100 de 2019	Define condiciones de habilitación de servicios de salud.	Obliga al cumplimiento de estándares técnicos, administrativos y asistenciales.
Resolución 256 de 2016	Indicadores de monitoreo de calidad en salud.	Permite evaluación institucional y seguimiento a la calidad del servicio.

Resolución 229 de 2020	Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente.	Define derechos y deberes mínimos que deben garantizar las instituciones de salud.
Política de Seguridad del Paciente	Estrategia nacional orientada a prevenir riesgos y eventos adversos.	Obliga al desarrollo de acciones institucionales de gestión del riesgo clínico.
Política de Participación Social en Salud	Política pública para fortalecer participación ciudadana.	Fortalece control social, veeduría y participación comunitaria.
Modelo Integrado de Planeación y Gestión	Modelo de gestión pública orientado a resultados.	Fortalece gestión institucional, transparencia y mejora continua.

6- DEFINICIONES:

Accesibilidad

Condición mediante la cual todas las personas pueden acceder en igualdad de condiciones a los servicios de salud, sin barreras físicas, económicas, culturales, tecnológicas o administrativas.

Atención Humanizada

Modelo de atención centrado en la dignidad humana, el respeto, la empatía, la comunicación efectiva y el reconocimiento integral del paciente como sujeto de derechos.

Atención Integral en Salud

Conjunto de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación orientadas a satisfacer las necesidades de salud del usuario.

Ciudadano

Persona titular de derechos y deberes frente al sistema de salud y frente a las instituciones públicas y privadas que prestan servicios de salud.

Consentimiento Informado

Proceso mediante el cual el paciente, de forma libre y consciente, autoriza procedimientos médicos luego de recibir información clara, suficiente y comprensible.

Calidad en Salud

Provisión de servicios accesibles y equitativos con nivel profesional óptimo, considerando balance entre beneficios, riesgos y satisfacción del usuario.

Deberes del Ciudadano

Conjunto de responsabilidades que debe cumplir el usuario frente al uso adecuado de los servicios de salud y frente a la convivencia institucional.

Derecho Fundamental a la Salud

Garantía constitucional que reconoce el acceso integral, oportuno, continuo y de calidad a los servicios de salud.

Dignidad Humana

Principio fundamental que reconoce el valor intrínseco de toda persona y obliga a brindar trato respetuoso y digno.

Enfoque Diferencial

Reconocimiento de características particulares de poblaciones vulnerables o de especial protección constitucional.

Evento Adverso

Daño ocasionado al paciente relacionado con la atención en salud y no con la enfermedad de base.

Historia Clínica

Documento privado, obligatorio y sometido a reserva que contiene información relacionada con la atención en salud del paciente.

Participación Ciudadana

Intervención activa de la ciudadanía en los procesos de decisión, control social y mejoramiento de los servicios de salud.

Paciente

Persona que recibe atención médica o asistencial dentro de la institución.

PQRSDF

Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones presentadas por los usuarios frente a la prestación de servicios.

Seguridad del Paciente

Conjunto de procesos y estrategias orientadas a minimizar riesgos asociados a la atención en salud.

Usuario

Persona natural o jurídica que accede o solicita servicios de salud o administrativos en el Hospital.

Trato Digno

Actuación institucional basada en el respeto, la cortesía, la igualdad y la protección de los derechos humanos.

7- RESPONSABLES:

Son responsables del cumplimiento, implementación, socialización, seguimiento y control del presente manual:

- Consejo Directivo.
- Director.

- Secretaria General.
- Oficina Asesora Jurídica.
- Oficina de Planeación.
- Oficina de Calidad.
- Oficina de Relacionamiento ciudadano.
- Oficina de Talento Humano.
- Líderes de procesos.
- Coordinadores asistenciales.
- Servidores públicos.
- Contratistas.
- Personal médico y asistencial.
- Estudiantes y personal en formación.
- Proveedores y terceros vinculados.

Cada dependencia deberá articular sus procesos, procedimientos y actuaciones institucionales a los lineamientos definidos en el presente manual.

8- LINEAMIENTOS GENERALES:

Los presentes lineamientos generales constituyen el conjunto de directrices institucionales, criterios técnicos, principios administrativos y orientaciones operativas que regulan la formulación, implementación, aplicación, seguimiento y cumplimiento del Manual de Derechos y Deberes del Ciudadano del HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL – HUSJDMI.

Estos lineamientos establecen las bases conceptuales y funcionales que deben orientar el comportamiento institucional de todas las dependencias, procesos,

servicios y servidores públicos del Hospital frente a la protección integral de los derechos del ciudadano y la promoción de los deberes sociales dentro del marco constitucional y legal vigente.

Los lineamientos aquí establecidos son de obligatorio cumplimiento y deberán integrarse de manera transversal en la gestión institucional, el Sistema Integrado de Gestión, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, los procesos de atención al usuario, la prestación de servicios de salud y las estrategias de fortalecimiento institucional derivadas del Plan Estratégico Institucional.

Lineamiento de Protección Integral de la Dignidad Humana

Toda actuación institucional deberá reconocer al ciudadano como sujeto pleno de derechos, garantizando el respeto por la dignidad humana como principio fundamental del Estado Social de Derecho.

La dignidad humana constituye el eje transversal de la prestación de servicios de salud y de la gestión institucional, razón por la cual todas las actuaciones administrativas, asistenciales, académicas y operativas deberán desarrollarse bajo criterios de respeto, sensibilidad humana, empatía y protección integral de la persona.

La institución deberá prevenir cualquier forma de discriminación, violencia institucional, trato degradante o vulneración de derechos fundamentales.

Lineamiento de Atención Centrada en el Ciudadano

El ciudadano constituye el eje central de la gestión institucional y de la prestación de servicios del HUSJDMI, por lo cual todos los procesos institucionales deberán orientarse a satisfacer las necesidades, expectativas y condiciones particulares de los usuarios.

La atención centrada en el ciudadano implica garantizar acceso oportuno, atención integral, información clara, participación en las decisiones relacionadas con su salud y acompañamiento permanente durante el proceso de atención.

Todas las dependencias institucionales deberán articular sus funciones y procedimientos bajo criterios de calidad, accesibilidad y enfoque humanizado.

Lineamiento de Humanización Institucional

La humanización constituye un principio institucional obligatorio que deberá integrarse en todos los procesos asistenciales y administrativos del Hospital.

La atención humanizada comprende la prestación de servicios con respeto, cortesía, empatía, sensibilidad social, escucha activa, trato digno y reconocimiento integral de las condiciones físicas, psicológicas, sociales y culturales del usuario.

La institución deberá implementar estrategias permanentes de fortalecimiento de competencias humanas, comunicación asertiva, bienestar del usuario y mejoramiento de la experiencia institucional.

Lineamiento de Universalidad, Equidad e Igualdad en la Atención

El Hospital garantizará el acceso a los servicios de salud bajo principios de universalidad, igualdad y equidad, sin discriminación por razones de sexo, género, orientación sexual, identidad de género, condición económica, discapacidad, etnia, religión, ideología política, nacionalidad, edad o condición social.

La prestación de servicios deberá garantizar igualdad de trato y oportunidades para todos los ciudadanos, especialmente para poblaciones vulnerables y sujetos de especial protección constitucional.

Lineamiento de Enfoque Diferencial e Inclusión Social

La institución adoptará medidas orientadas a garantizar atención diferencial e inclusiva para poblaciones con condiciones particulares de vulnerabilidad o protección constitucional.

El enfoque diferencial reconoce las características culturales, sociales, territoriales, étnicas, poblacionales y de género de cada ciudadano, permitiendo que la prestación de servicios responda de manera adecuada a las necesidades específicas de cada población.

El Hospital implementará estrategias de accesibilidad física, comunicativa, administrativa y tecnológica que faciliten el acceso efectivo a los servicios institucionales.

Lineamiento de Participación Ciudadana y Control Social

El HUSJDMI promoverá mecanismos efectivos de participación ciudadana y control social como herramientas fundamentales para fortalecer la transparencia, la legitimidad institucional y el mejoramiento continuo de los servicios de salud.

La participación ciudadana permitirá que usuarios, pacientes, organizaciones sociales, asociaciones de usuarios y comunidad en general intervengan activamente en los procesos de evaluación, seguimiento y fortalecimiento institucional.

La institución garantizará espacios permanentes de diálogo ciudadano, rendición pública de cuentas, atención a observaciones comunitarias y fortalecimiento de las asociaciones de usuarios.

Lineamiento de Transparencia y Ética Pública

Todas las actuaciones institucionales relacionadas con la atención al ciudadano deberán desarrollarse bajo principios de transparencia, legalidad, integridad, responsabilidad pública y ética institucional.

El Hospital garantizará el acceso a la información pública conforme a la normatividad vigente y promoverá prácticas institucionales orientadas a prevenir actos de corrupción, conflictos de interés y conductas contrarias a la ética pública.

La gestión institucional deberá garantizar publicidad, trazabilidad documental y acceso oportuno a la información institucional.

Lineamiento de Corresponsabilidad Ciudadana

El presente manual reconoce que la garantía efectiva del derecho a la salud implica deberes y responsabilidades compartidas entre la institución y el ciudadano.

Los usuarios deberán hacer uso adecuado de los servicios de salud, suministrar información veraz, cumplir las recomendaciones médicas y respetar las normas institucionales.

La corresponsabilidad ciudadana fortalece la convivencia institucional, la sostenibilidad del sistema de salud y la adecuada utilización de los recursos públicos.

Lineamiento de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo

La seguridad del paciente constituye una prioridad institucional orientada a prevenir, reducir y controlar riesgos asociados a la atención en salud.

El Hospital implementará estrategias permanentes de gestión del riesgo clínico y administrativo, fortalecimiento de la cultura de seguridad, reporte de incidentes y eventos adversos, análisis de causas y mejora continua.

Todos los servidores públicos y colaboradores deberán cumplir los protocolos institucionales relacionados con seguridad del paciente, bioseguridad y calidad en la atención.

Lineamiento de Calidad y Mejoramiento Continuo

La institución garantizará que todos los procesos relacionados con la atención al ciudadano se desarrollen bajo criterios de calidad, eficiencia, oportunidad, continuidad y mejoramiento continuo.

El Hospital implementará mecanismos de evaluación, seguimiento, auditoría y control orientados al fortalecimiento permanente de la prestación de servicios y de la experiencia del usuario.

Los resultados derivados de indicadores, auditorías, PQRSDF y mecanismos de participación ciudadana deberán incorporarse a los planes institucionales de mejoramiento.

Lineamiento de Protección de Datos Personales y Reserva de la Información

Toda información clínica, administrativa y personal relacionada con los usuarios tendrá carácter reservado y confidencial conforme a las disposiciones legales vigentes.

La institución garantizará la protección de datos personales, la seguridad de la información y la adecuada custodia de historias clínicas y documentos institucionales.

El acceso a la información estará restringido únicamente a personal autorizado y deberá realizarse conforme a principios de legalidad, confidencialidad y responsabilidad institucional.

Lineamiento de Información y Comunicación con el Ciudadano

El Hospital garantizará mecanismos efectivos de información y comunicación institucional dirigidos a orientar a los ciudadanos sobre derechos, deberes, rutas de atención, servicios disponibles, procedimientos institucionales y mecanismos de participación.

La información suministrada deberá ser clara, veraz, comprensible, oportuna y accesible para todos los ciudadanos.

La institución promoverá estrategias de comunicación institucional incluyentes y adaptadas a las necesidades de la población usuaria.

Lineamiento de Articulación Institucional

Todas las dependencias, procesos, oficinas y servicios del HUSJDMI E.S.E. deberán articular sus funciones, procedimientos y actuaciones institucionales a los lineamientos establecidos en el presente manual.

La implementación del manual deberá integrarse con:

- El Plan Estratégico Institucional.
- El Sistema Integrado de Gestión.
- El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- Las políticas institucionales.
- Los procesos de planeación.
- Los procesos de atención al usuario.
- Los programas de humanización.
- Las estrategias de seguridad del paciente.

Lineamiento de Obligatoriedad y Cumplimiento Institucional

El presente manual es de obligatorio cumplimiento para todos los servidores públicos, contratistas, personal asistencial, administrativo, estudiantes, proveedores y terceros vinculados al Hospital.

El incumplimiento de los lineamientos establecidos podrá generar las acciones administrativas, disciplinarias, contractuales o legales a que haya lugar conforme a la normatividad vigente.

La Gerencia General, las subgerencias y los líderes de procesos serán responsables de garantizar la implementación, socialización, seguimiento y control del presente manual.

9. CONTENIDO MANUAL

Manual de Derechos y Deberes del Ciudadano

Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil (HUSJDMI)

Presentación

En el HUSJDMI, entendemos la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable. Como entidad de carácter especial y Monumento Nacional, nuestra misión es garantizar una atención humanizada, académica y transparente. Este manual es la hoja de ruta para nuestra relación con usted y su familia.

Sus Derechos

Como usuario del HUSJDMI, usted tiene derecho a:

- **Atención Digna y Humanizada:** Recibir trato respetuoso, sin discriminación por origen étnico, religión, orientación sexual, discapacidad o condición económica.
- **Comunicación Efectiva:** Que se le explique su diagnóstico y tratamiento en lenguaje claro. Usted tiene derecho a que el personal le pueda explicar lo comprendido para asegurar que no existan dudas sobre su salud.
- **Privacidad y Confidencialidad:** Que su atención se realice en ambientes que garanticen la intimidad y que su Historia Clínica sea tratada bajo reserva legal y protección de datos.
- **Acceso Multimodal:** Recibir atención de especialistas en Bogotá o en su territorio a través de Telemedicina y Unidades Fluviales/Terrestres, eliminando barreras administrativas.
- **Información y Transparencia:** Conocer los costos de su atención (si aplica) y acceder a la información pública del hospital bajo el modelo de "Institución de Cristal".
- **Segunda Opinión:** Solicitar y recibir una segunda opinión médica cuando lo considere necesario.
- **Muerte Digna:** A que se respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal.

Sus Deberes

Para que podamos cuidarlo con excelencia, su compromiso es:

- **Autocuidado y corresponsabilidad:** Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad, siguiendo las recomendaciones médicas.
- **Información veraz:** Suministrar de manera oportuna, clara y completa la información sobre su estado de salud, antecedentes y tratamientos previos.
- **Respeto al equipo humano:** Tratar con dignidad y respeto a los médicos, enfermeras, estudiantes en formación y personal administrativo. Las agresiones físicas o verbales no son toleradas.
- **Cumplimiento de normas:** Respetar los horarios de visita, los protocolos de bioseguridad y las normas internas de preservación de nuestra infraestructura patrimonial.
- **Uso Racional de recursos:** Utilizar adecuadamente los servicios de salud y las tecnologías asignadas, actuando siempre de buena fe frente al sistema.
- **Participación ciudadana:** Participar en las veedurías y espacios de rendición de cuentas para ayudarnos a mejorar la gestión del hospital.

¿Cómo ejercer sus derechos? (Canales ORC)

Si usted considera que sus derechos han sido vulnerados o desea felicitarnos, la **Oficina de Relacionamiento con el Ciudadano (ORC)**, liderada por la Dirección General, tiene dispuestos los siguientes canales:

- **Ventanilla Única (Sede Bogotá):** Atención presencial bajo normas de accesibilidad.
- **PQRSD con Triage de Riesgo:** Sus reclamos serán clasificados y respondidos en **horas corridas**:
  - **Riesgo Vital:** Máximo 24 horas.
  - **Riesgo Priorizado:** Máximo 48 horas.

- **Canal Virtual:** Portal de transparencia y radicación electrónica.
- **ANEXO I: Derechos y Deberes en el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil**

"Protegiendo la vida desde su etapa inicial"

1. Derechos de la Mujer en Gestación, Parto y Posparto

En el HUSJDMI, reconocemos a la mujer como protagonista de su proceso de maternidad. Usted tiene derecho a:

- **Parto respetado y humanizado:** A un proceso que respete la fisiología del parto, permitiéndole el movimiento libre y el uso de métodos para el manejo del dolor (farmacológicos y no farmacológicos), siempre que su salud y la del bebé lo permitan.
- **Compañía de su elección:** A estar acompañada por una persona de su total confianza y elección durante el trabajo de parto, el parto y el posparto.
- **Plan de parto:** A presentar y que se respete su "Plan de Parto", donde consten sus preferencias y expectativas sobre la atención.
- **No a la medicalización rutinaria:** A no ser sometida a procedimientos rutinarios o aceleraciones del parto que no tengan una justificación médica de emergencia basada en evidencia científica.
- **Derecho a la intimidad especial:** A ser atendida en espacios con biombos o barreras físicas que garanticen su privacidad total durante los tactos vaginales y el amamantamiento.

- **Atención intercultural:** Si pertenece a un grupo étnico, tiene derecho a que se respeten sus costumbres y cosmovisiones, incluyendo la entrega de la placenta si así lo solicita.
- **Duelo perinatal digno:** En caso de pérdida, tiene derecho a recibir acompañamiento de un equipo interdisciplinario experto en duelo y a ser ubicada en un área física separada de otras madres con recién nacidos vivos.

2. Derechos del Recién Nacido (Neonato)

Todo bebé nacido en el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil es sujeto de protección especial y tiene derecho a:

- **No Separación:** A no ser separado de su madre, a menos que existan condiciones de salud críticas que exijan cuidados especiales en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.
- **Derecho a la Identidad:** A ser inscrito de manera gratuita en el Registro Civil de Nacimiento y a ser afiliado de inmediato al Sistema de Seguridad Social en Salud.
- **Atención Médica Gratuita:** A recibir atención integral y gratuita durante su primer año de vida, incluyendo el plan de vacunación completo y controles de crecimiento y desarrollo.
- **3. Deberes:**

Para garantizar un entorno seguro para todos los recién nacidos, los padres y familias deben:

- **Suministrar Información Veraz:** Informar sobre antecedentes genéticos, consumo de medicamentos o sustancias durante la gestación para prevenir riesgos en el neonato.
- **Seguir el Plan de Cuidado:** Cumplir rigurosamente con las recomendaciones de lactancia materna exclusiva y los signos de alarma explicados mediante la técnica **Teach-back**.
- **Respeto al Entorno Patrimonial:** Cuidar las instalaciones del hospital, entendiendo que el hospital (husjdmi) es un **Monumento Nacional** que pertenece a todos los colombianos.

10.CONTROL DE CAMBIOS:

CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	FECHA	CRITERIO MODIFICADO	JUSTIFICACIÓN
1	22-06-2026		

11. APROBACION:

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Cristhian Ernan Jiménez	Auxiliar Administrativo de la oficina de relacionamiento con la ciudadanía	22-06-2026	
REVISÓ	Christian Tiberio Robayo Arias	Jefe de la oficina de relacionamiento con la ciudadanía	22-06-2026	
APROBÓ	Pedro Pablo Tinjacá Ruíz	Director general	22-06-2026	

Tabla de Contenido:

1. Marco Estratégico y Jurídico 3
1.1. Justificación e Importancia Institucional 3
1.2. Objetivo General y Alcance 3
1.3. Fundamentación Normativa 3
3.1. Principios Rectores 5
3.2. Protocolos de Comunicación y Lenguaje Claro 6
3.3. Protocolo Egreso Humanizado 6
4. Modelo de Atención Multimodal y Territorial 7
4.1. Salud Digital y Telemedicina 7
5. Gestión Integral de PQRSD 7
5.1. Tratamiento de Peticiones y Tiempos de Respuesta 7
5.2. Participación Ciudadana y Control Social 8
6. Calidad y Medición de la Experiencia 8
6.1. Indicadores de Desempeño (ISGU) 8
6.2. Protocolo Índice de Satisfacción con el Trámite (IST) 8
7. Enfoque e Inclusión: 9
Glosario Operativo (Conceptos Claves para la atención) 9
Protocolo de Atención Positiva y Sin Barreras: 10
A. Lenguaje Incluyente y Respetuoso: 10
Recomendaciones de Gestión Interna 11
8. Gestión del Talento Humano y Cultura del Servicio 12
8.1. Cuidado al Cuidador y Formación: 12
8.2. Protocolo Apoyo Emocional Post-Evento Crítico 13
9. Infraestructura, Transparencia y Comunicación 13
9.1. Entorno Terapéutico y Patrimonio 13
9.2. Protocolo Asistencia para la Inclusión Digital 13

9.3. Protocolo: Decálogo de Derechos y Deberes (Pacto de Coexistencia) 13

9.4. Estrategia de Transparencia y Racionalización..... 14

9.5. Protocolo Comunicación en Crisis 14

1. Marco Estratégico y Jurídico

1.1. Justificación e Importancia Institucional

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil (HUSJDMI), en su calidad de Monumento Nacional y eje de la salud pública, establece este manual como el instrumento técnico para garantizar la dignificación del ser humano en la prestación de servicios básicos de salud ambulatoria y atención extramural. La misión institucional integra la excelencia científica con un modelo de cuidado humanizado.

1.2. Objetivo General y Alcance

Objetivo: Definir las directrices y estándares técnico-administrativos que regulan la interacción entre el HUSJDMI y la ciudadanía, asegurando una atención inclusiva, transparente y de calidad superior.

Alcance: Las disposiciones del presente documento son de carácter obligatorio y vinculante para la totalidad del talento humano, abarcando al personal médico, asistencial y administrativo, así como a contratistas y personal en formación. Su aplicabilidad rige de manera transversal en los ámbitos ambulatorio y extramural básico, independientemente de la modalidad de prestación de servicios (presencial o extramural).

1.3. Fundamentación Normativa

Marco Normativo de Referencia El presente manual se sustenta en el ordenamiento jurídico colombiano vigente.

Norma	Definición
Constitución Política: Artículos 2 (Fines del Estado), 23 (Derecho de Petición) y 49	Atención de la salud como servicio público
Ley 735 de 2002	Reconocimiento del valor patrimonial y educativo de la institución
Ley 1438 de 2011	Modifica el SGSSS orientándolo hacia la Atención Primaria en Salud (APS).
Ley 1581 de 2012	Tratamiento de Información y Protección de Datos
Ley 1712 de 2014	Transparencia y acceso a la información pública
Ley Estatutaria 1751 de 2015:	Garantía de la salud como derecho fundamental
Ley 1955 de 2019 y normatividad vigente	Establece la obligatoriedad de la simplificación de trámites en salud. El hospital debe garantizar canales no presenciales y eliminar barreras administrativas que dilaten la atención al usuario.
Resolución 2063 de 2017	Política de Participación Social en Salud (PPSS).
Resolución 3100 de 2019	Estándares de habilitación y humanización en salud
Decreto 1757 de 1994	Que organiza las formas de participación ciudadana en el sector salud.
Decreto 780 de 2016:	Regulación única del sector salud y funcionamiento del SIAU
Decreto 1959 de 2023	Crea la entidad especial e institucionaliza el rescate de su infraestructura y patrimonio. Define que debe prestar servicios de salud con perspectiva de equidad social y territorial, garantizando el derecho fundamental a la salud.
Decreto 010 de 2025	Adopta la estructura del Hospital San Juan de Dios y Materno Infantil. Crea formalmente la Oficina de Relacionamiento con el Ciudadano, encargada de canalizar la atención al usuario, peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRSD).
Circular Externa 047 de 2007	Atención al usuario: Regula de manera estricta el funcionamiento del SIAU (Sistema de Información y Atención al Usuario). Fija tiempos perentorios para la

Supersalud Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud	respuesta a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS).

2. Estructura Organizacional y Gobernanza

2.1. Liderazgo y Política de Humanización La gobernanza del modelo de servicio está encabezada por la Dirección General y el Comité de Humanización, encargados de la asignación de recursos y la vigilancia de la cultura institucional. Los Líderes de Procesos actúan como garantes de la implementación de estándares de trato digno en sus áreas respectivas.

2.2. Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) El SIAU constituye el eje técnico para la recepción de necesidades ciudadanas y su transformación en planes de mejora continua. Se apoya en Gestores de Experiencia y Anfitriones, cuya función técnica es la orientación proactiva y el acompañamiento físico dentro de la infraestructura patrimonial.

3. Protocolos Técnicos de Interacción y Humanización

Principios Rectores de Atención El relacionamiento se rige por la Dignidad Humana, Empatía, Integralidad y Respeto a la Autonomía (garantizado mediante el consentimiento informado).

3.1. Principios Rectores

1. **Dignidad:** Cada persona es un fin en sí misma, nunca un medio.
2. **Empatía:** Sentir con el otro, reconociendo su vulnerabilidad ante la enfermedad.
3. **Integralidad:** Cuidamos cuerpos, pero también mentes, entornos sociales y espiritualidades.

4. **Respeto a la Autonomía:** El paciente es dueño de sus decisiones a través de un consentimiento informado real y consciente.

3.2. Protocolos de Comunicación y Lenguaje Claro

- **Saludo Institucional:** Contacto visual, tono cálido y frase de apertura: "Bienvenido al Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, ¿en qué puedo servirle con el mayor de los gustos?"
- **Técnica de Verificación del Entendimiento:** Evitaremos el uso de tecnicismos y nos aseguraremos de explicar los términos médicos de manera sencilla para que el usuario comprenda plenamente su proceso de salud.
- **Comunicación No Verbal:** Postura de escucha activa (ligeramente inclinada hacia el usuario), Priorizaremos el contacto visual y la atención plena, manteniendo los dispositivos móviles personales fuera del espacio de interacción para garantizar que usted sea nuestra única prioridad en este momento.

3.3. Protocolo Egreso Humanizado

El momento del alta es tan crítico como el ingreso. Se debe seguir este procedimiento:

1. **Validación Clínica:** Confirmación de estabilidad y firma de órdenes por el especialista.
2. **Educación de Cierre:** El personal de enfermería explica cuidados en casa, signos de alarma y citas de control usando lenguaje pedagógico.
3. **Agilidad Administrativa:** El SIAU prioriza el cierre de la cuenta para que el paciente no espere más de lo necesario tras recibir el alta médica.

4. **Despedida Cálida:** Acompañamiento del anfitrión hacia la salida y mensaje de cierre: "Fue un honor cuidarle; esperamos que su recuperación continúe con éxito en su hogar".

4. Modelo de Atención Multimodal y Territorial

4.1. Salud Digital y Telemedicina

La tecnología es una herramienta de equidad. Utilizamos la tele consulta para que nuestros especialistas lleguen a los lugares más remotos, eliminando las barreras del transporte y permitiendo que el conocimiento del HUSJDMI proteja vidas en cualquier rincón del país.

5. Gestión Integral de PQRSD

El HUSJDMI garantiza Canales y Tiempos de Respuesta Legales, Escucha Activa y Participación multimodales (físicos y web) con accesibilidad para personas con discapacidad. Los términos de respuesta se ajustan a la legalidad vigente.

5.1. Tratamiento de Peticiones y Tiempos de Respuesta

Tipo de Solicitud	Definición	Tiempo Máximo de Respuesta
Petición General	Información o prestación de un servicio.	15 días hábiles
Información / Copias	Copias de Historias Clínicas (con reserva legal).	10 días hábiles
Consulta	Concepto técnico o médico institucional.	30 días hábiles
Quejas y Reclamos	Inconformidad con la atención recibida.	15 días hábiles

Sugerencias / Felicitaciones	Propuestas de mejora o reconocimientos.	10 días hábiles
Autoridades	Requerimientos de entidades públicas.	10 días hábiles
Riesgo Vital	Petición que compromete la vida inmediata.	Inmediato (Máx. 24 horas)

5.2. Participación Ciudadana y Control Social

El hospital es de la ciudadanía. Promovemos el control social a través de:

- **Asociación de Usuarios:** Participación en la Junta Directiva y comités de ética.
- **Veedurías Ciudadanas:** Puertas abiertas para la vigilancia de contratos y calidad asistencial.
- **Rendición de Cuentas:** Ejercicio anual de transparencia total sobre la gestión financiera y social.

6. Calidad y Medición de la Experiencia

6.1. Indicadores de Desempeño (ISGU)

Medimos mensualmente el Índice de Satisfacción Global del Usuario (Meta >90%) y el cumplimiento de tiempos en Triage de Urgencias para garantizar que la oportunidad sea nuestra norma.

6.2. Protocolo Índice de Satisfacción con el Trámite (IST)

Este indicador mide la "carga burocrática" impuesta al usuario. Se evalúa mediante:

1. **Número de pasos:** Cantidad de ventanillas o firmas necesarias para una autorización.

2. **Tiempo de espera en fila:** Medición de minutos efectivos antes de ser atendido. Objetivo: Vincular el IST con la "Estrategia Anti-trámites" para eliminar procesos redundantes y facilitar la vida del ciudadano.

7. Enfoque e Inclusión:

Principio Rector: La identidad de género, la orientación sexual y la expresión de género no pueden ser, en ninguna circunstancia, barreras para el acceso a los servicios públicos, ni motivos para un trato degradante o restrictivo.

Cabe señalar que el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil, define el enfoque poblacional-diferencial como una herramienta que: “Busca visibilizar las particularidades y necesidades de personas y colectivos, con el fin de generar acciones diferenciales desde la política pública para cambiar las situaciones de exclusión y discriminación que evitan el goce efectivo de sus derechos.

La Oficina de Relacionamiento con el Ciudadano es la principal puerta de entrada a la institución. Para garantizar que el acceso a los servicios del estado se realice bajo los principios de igualdad y no discriminación, es fundamental aplicar el enfoque diferencial. Este enfoque reconoce que las personas de los sectores sociales LGBTIQ+ han enfrentado históricamente barreras sociales, culturales e institucionales que dificultan el pleno ejercicio de sus derechos.

Glosario Operativo (Conceptos Claves para la atención)

Para brindar una atención adecuada, es indispensable comprender y usar correctamente los términos. Evitemos suposiciones:

- **Orientación Sexual:** Quién te atrae física, emocional o afectivamente (ej. Lesbiana, Gay, Bisexual, Heterosexual).
- **Identidad de Género:** La vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede o no corresponder con el sexo asignado al nacer (ej. Trans, Cisgénero).
- **Expresión de Género:** La manifestación externa del género de una persona (a través del vestuario, el habla, el comportamiento). No siempre define su orientación o identidad.
- **Persona Trans:** Término paraguas para personas cuya identidad de género difiere del sexo asignado al nacer (incluye hombres trans, mujeres trans y personas no binarias).
- **Nombre Social:** El nombre elegido por una persona trans que refleja su identidad de género, independientemente de que haya realizado o no el trámite de rectificación en su documento de identidad.

Protocolo de Atención Positiva y Sin Barreras:

El personal de relacionamiento con la ciudadanía debe aplicar las siguientes pautas en cada interacción (presencial o virtual):

A. Lenguaje Incluyente y Respetuoso:

- **Pregunte, no asuma:** Si el nombre o la expresión de género de la persona genera dudas sobre cómo referirse a ella, pregunte de manera natural y respetuosa: ¿Cómo prefiere que le llame? o ¿Cuáles son sus pronombres? (él, ella, elle).

- **Uso del Nombre Social:** Si una persona trans manifiesta su nombre social, este debe ser utilizado durante toda la atención verbal, incluso si en el documento de identidad todavía aparece el nombre legal anterior.
- **Evite títulos basados en la apariencia:** Reemplace el "señor" o "señora" visual automática por saludos neutros como Buenas tardes, ¿en qué puedo ayudarle hoy? hasta confirmar la preferencia del ciudadano.

Recomendaciones de Gestión Interna

Para que este enfoque sea sostenible, la Oficina de Relacionamiento con el Ciudadano se compromete a:

1. **Capacitación Continua:** Realizar al menos dos talleres anuales de sensibilización sobre diversidad de género y orientación sexual para el personal de primera línea (incluyendo personal de seguridad y aseo).
2. **Señalética Inclusiva:** Disponer de material visible que declare a la oficina como un "Espacio Libre de Discriminación".
3. **Monitoreo de PQRS:** Evaluar periódicamente los reclamos interpuestos por la población LGBTIQ+ para identificar cuellos de botella en los trámites o conductas reiterativas de mal servicio.

7.1. Atención a Poblaciones Vulnerables:

El manual debe incluir un directorio de emergencia interinstitucional. La Oficina de relacionamiento no trabaja sola; es el puente con el estado, para la atención a la población vulnerable:

Población	Entidad Aliada Clave	Objetivo de la Coordinación
Personas NN / Inconscientes	Registraduría / Fiscalía / Medicina Legal	Verificación de identidad y búsqueda de familiares.
Habitantes de Calle	Secretarías de Desarrollo Social y Distrital / Albergues	Inclusión en programas sociales post-alta.
Menores Vulnerables / Adulto Mayor	ICBF (en Colombia) / Comisarías de Familia	Restablecimiento de derechos en caso de abandono o maltrato.

7.2. Atención a Población Migrante Se garantiza la atención de Urgencia Vital sin barreras administrativas ni exigencia previa de documentos, promoviendo la orientación para la regularización en salud bajo principios de no discriminación.

8. Gestión del Talento Humano y Cultura del Servicio

8.1. Cuidado al Cuidador y Formación:

Para cuidar, debemos estar bien implementamos programas de bienestar, pausas activas y el reconocimiento público de los "Campeones de la Humanización", premiando mensualmente a los colaboradores que encarnan la excelencia en el trato.

8.2. Protocolo Apoyo Emocional Post-Evento Crítico

Tras situaciones traumáticas (fallecimientos inesperados o agresiones), el hospital activa:

1. **Espacio de Desahogo:** Retiro inmediato del área asistencial a un lugar tranquilo.
2. **Intervención Psicológica:** Soporte profesional en las primeras 2 horas post-evento.
3. **Seguimiento:** Monitoreo del colaborador para prevenir estrés postraumático o Burnout.

9. Infraestructura, Transparencia y Comunicación

9.1. Entorno Terapéutico y Patrimonio

Aprovechamos nuestro diseño arquitectónico histórico (áreas abiertas y jardines) para crear un ambiente que reduzca el estrés. La señalización debe ser clara, funcional y respetuosa de la estética del Monumento Nacional.

9.2. Protocolo Asistencia para la Inclusión Digital

Nuestros anfitriones deben guiar paso a paso a adultos mayores o personas con baja alfabetización digital en el uso de quioscos electrónicos y portales web para la descarga de historias clínicas o solicitud de citas. No dejamos a nadie atrás en la transformación digital.

9.3. Protocolo: Decálogo de Derechos y Deberes (Pacto de Coexistencia)

Usted y nosotros somos un equipo para su salud:

1. Usted tiene derecho a un trato digno; nosotros el deber de dárselo con amor.

2. Usted merece información clara; nosotros el compromiso de hablarle con sencillez.
3. Su intimidad es sagrada; nosotros la protegeremos con total reserva.
4. Usted es libre de decidir; nosotros respetaremos sus valores y creencias.
5. Usted es bienvenido con su identidad y cultura; nosotros celebramos la diversidad.
6. Proporciónenos información sincera y completa para que podamos cuidarle mejor.
7. Trate a nuestro personal con el mismo respeto con el que desea ser atendido.
8. Ayúdenos a cuidar este hospital, que es patrimonio de todos los colombianos.
9. Siga las normas de convivencia para que todos tengamos un entorno de paz.
10. Use los servicios de salud con responsabilidad para que lleguen a quien más los necesita.

9.4. Estrategia de Transparencia y Racionalización

Cero tolerancias a la corrupción. Todo trámite es gratuito según la ley. Promovemos la digitalización para erradicar las filas y publicamos nuestros resultados para el escrutinio público.

9.5. Protocolo Comunicación en Crisis

Ante emergencias o eventos adversos, el HUSJDMI hablará con una sola voz oficial. La comunicación será inmediata, veraz y enfocada en la calma, priorizando siempre la seguridad de los pacientes y la transparencia informativa hacia la prensa y los familiares.

9.6. Trazabilidad, Evidencia y Auditoría

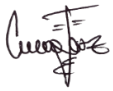
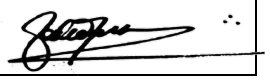
Registro y Trazabilidad de la Experiencia: Toda interacción de valor realizada por los Gestores de Experiencia, Anfitriones y personal asistencial debe quedar debidamente documentada. La asistencia para la inclusión digital, las sesiones de apoyo emocional

post-evento crítico y las respuestas a PQRSD deberán registrarse en los aplicativos institucionales destinados para tal fin. Estos registros servirán como evidencia técnica para el monitoreo de indicadores de calidad y la rendición de cuentas ante la ciudadanía y entes de control.

Control de cambios

CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	FECHA	CRITERIO MODIFICADO	JUSTIFICACIÓN
001	18-06-2026		Primera versión

Aprobación

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Cristhian Ernan Jiménez	Auxiliar Administrativo de la oficina de relacionamiento con la ciudadanía	18-06-2026	
REVISÓ	Christian Tiberio Robayo Arias	Jefe de la oficina de relacionamiento con la ciudadanía	22-06-2026	
APROBÓ	Pedro Pablo Tinjacá Ruíz	Director general	22-06-2026	

1. TABLA DE CONTENIDOS:

1. TABLA DE CONTENIDOS: 1

Procedimiento de Intervención de Trabajo Social 2

1. Justificación y Propósito 2

2. Marco Normativo 2

3. Descripción del Procedimiento: Ruta de Intervención Social 3

Fase 1: Identificación y Triage Social 3

Fase 2: Diagnóstico Sociofamiliar (Factor Sociocultural) 3

Fase 3: Intervención Especializada por Centros de Referencia 4

Fase 4: Gestión de Egreso y Transporte Multimodal 5

4. Registro en el Ecosistema Digital 5

5. Indicadores de Calidad y Mejora Continua 5

Procedimiento de Intervención de Trabajo Social

Hospital Universitario San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil (HUSJDMI) Vigencia: 2026-2027

1. Justificación y Propósito

El HUSJDMI, como entidad de carácter especial del orden nacional, tiene la misión de prestar servicios médico-asistenciales con preferencia a personas carentes de recursos económicos. Su finalidad está en poder abordar los determinantes sociales de la salud para asegurar que la atención médica no se quede solo en lo clínico, sino que se complemente con una respuesta sociosanitaria que sea **digna, transparente y eficiente**.

2. Marco Normativo

- **Ley 2015 de 2020:** "Por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones".
-
- **Decreto 1959 de 2023:** "Por medio del cual se adoptan medidas para la adquisición y recuperación de la infraestructura del hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil y se crea una entidad de carácter especial "Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno infantil.
- **Resolución 1888 de 2025:** "Por medio de la cual se adopta el Resumen Digital de Atención en Salud -RDA en el marco de la Interoperabílidad de la Historia Clínica Electrónica IHCE, se establece el mecanismo para su implementación a nivel nacional y se dictan otras disposiciones.

- **Ley 1448 de 2011:** "Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones".

3. Descripción del Procedimiento: Ruta de Intervención Social

Fase 1: Identificación y Triage Social

Al ingreso del ciudadano un profesional a cargo de la ventanilla única o Urgencias aplica un tamizaje social automatizado en el sistema institucional sincronizado con el software de la ORC.

- **Riesgo Vital Social (24h corridas):** Casos de abandono total, violencia activa (VBG), situación de calle extrema o víctimas del conflicto sin red de apoyo inmediata.
- **Riesgo Priorizado (48h corridas):** Madres gestantes (IMI), menores de edad en vulnerabilidad, personas con discapacidad o adultos mayores sin cuidador.
- **Riesgo Simple (72h corridas):** Requerimientos de transporte para retorno al territorio o trámites administrativos de seguridad social.

Fase 2: Diagnóstico Sociofamiliar (Factor Sociocultural)

El profesional realizará una entrevista estructurada bajo la técnica **Teach-back** para evaluar el **Factor Sociocultural** definido en el Estudio Técnico:

Definición:

Teach-back: Es una técnica de comunicación y educación en salud donde, tras explicar una instrucción o concepto, el profesional pide al paciente que repita la información con sus propias palabras. No es un examen al paciente, sino una herramienta para que el profesional verifique si su explicación fue lo suficientemente clara.

1. **Entorno de Vivienda:** Evaluación de condiciones de habitabilidad y servicios básicos.
2. **Pertenencia Étnica:** Registro obligatorio de etnia para el reporte nacional de interoperabilidad.
3. **Redes de Apoyo:** Mapeo de familia nuclear y organizaciones comunitarias (articulación con el Edificio San Roque).

Fase 3: Intervención Especializada por Centros de Referencia

La labor del trabajador social se adapta a la vocación de cada edificio del complejo:

- **Instituto Materno Infantil (IMI):** Gestión del duelo perinatal y acompañamiento en el Programa Madre Canguro.
- **Centro Nacional de Salud Mental:** Fomento de la participación familiar, preparación para el "Hospital Día" y eliminación del estigma social.
- **Centro de Atención Primaria (San Roque):** Educación para la salud territorial y enlace con veedurías ciudadanas.
- **Hospital Regional para Víctimas del Conflicto:** Ruta especializada de reparación integral, orientación legal y acompañamiento psicosocial para la resiliencia y construcción de paz.

Fase 4: Gestión de Egreso y Transporte Multimodal

Para garantizar la continuidad del cuidado, Trabajo Social coordinará:

- **Retorno al Territorio:** Gestión de traslados a través de **Unidades Fluviales** o terrestres en zonas apartadas.
- **Referencia Social:** Notificación a las Secretarías de Salud territoriales para seguimiento ambulatorio.

4. Registro en el Ecosistema Digital

Dada la fecha (13 de abril de 2026), es imperativo que el profesional de Trabajo Social cumpla con el flujo técnico nacional antes del 15 de abril:

1. **Generación del RDA Social:** Las variables sociales (etnia, discapacidad, antecedentes de vulnerabilidad) se capturan en el software y se transforman automáticamente al estándar.
2. **Sincronización:** El registro se envía a la Plataforma Nacional de Interoperabilidad del Ministerio de Salud.
3. **Identificador Vida:** El sistema local debe recibir y almacenar el **número Vida** como comprobante de que la atención social ha sido validada y es parte de la historia clínica interoperable del país.

5. Indicadores de Calidad y Mejora Continua

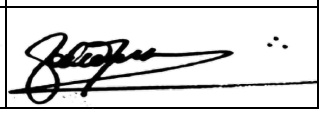
- **Meta de Satisfacción:** > 95% de los usuarios atendidos por Trabajo Social deben calificar el trato como "digno y humanizado" en la encuesta de percepción de la ORC.

- **Capacitación Mensual:** Participación obligatoria en el módulo "Gestión del RDA y número VIDA" liderado por la Oficina TICS.

Control de cambios

CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	FECHA	CRITERIO MODIFICADO	JUSTIFICACIÓN
1	25-05-2026		

Aprobación

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Cristhian Ernan Jiménez	Auxiliar Administrativo de la oficina de relacionamiento con la ciudadanía	25-05-2026	
REVISÓ	Christian Tiberio Robayo Arias	Jefe de la oficina de relacionamiento con la ciudadanía	22-06-2026	
APROBÓ	Pedro Pablo Tinjacá Ruíz	Director general	22-06-2026	

1. TABLA DE CONTENIDOS:

1. TABLA DE CONTENIDOS: 1

Manual de Procedimiento Medición de la Percepción y Satisfacción del Usuario 2

1. Objetivo y Alcance 2

2. Marco Normativo 2

3. Metodología de Medición 3

Fase 1: Planificación y Definición de la Muestra 3

Fase 2: Instrumento de Recolección (Dimensiones Críticas) 4

Fase 3: Aplicación Multimodal del Instrumento 4

4. Procesamiento, Análisis y Mejora Continua 4

Paso 1: Tabulación y Reporte a SISPRO 4

Paso 2: Análisis de Fallas (Protocolo de Londres) 5

Paso 3: Plan de Mejoramiento 5

5. Responsabilidades Operativas 5

Procedimiento Medición de la Percepción y Satisfacción del Usuario

Hospital Universitario San Juan de Dios e Instituto Materno Infantil (HUSJDMI)

Responsable: Oficina de Relacionamiento con el Ciudadano (ORC) **Apoyo Técnico:** Oficina de Calidad

1. Objetivo

Objetivo: Establecer la metodología para capturar, analizar y transformar la percepción de los usuarios en acciones de mejora, garantizando un trato digno y el cumplimiento de los estándares de accesibilidad universal.

Alcance: Aplica a todos los servicios prestados en la sede Bogotá (HUSJDMI), servicios de telemedicina y atenciones en territorio mediante transporte multimodal.

2. Marco Normativo

- **Resolución 256 de 2016:** Disposiciones sobre el Sistema de Información para la Calidad y monitoreo de indicadores de satisfacción.
- **Decreto 010 de 2025:** Asignación a la ORC de la función de disminuir barreras de acceso.
- **Norma NTC 6047:** Requisitos de accesibilidad física y sensorial en salud.
- **Resolución 1888 de 2025:** Obligatoriedad de la interoperabilidad (RDA) y generación del número VIDA.

3. Metodología de Medición

Fase 1: Planificación y Definición de la Muestra

La ORC, en conjunto con la Oficina de Calidad, definirá mensualmente la muestra representativa de usuarios atendidos en:

1. **Ventanilla Única Bogotá:** Encuestas físicas y digitales al cierre del trámite.
2. **Servicios Asistenciales (HUSJDMI / Torre Central):** Encuestas post-atención en hospitalización y urgencias.

Dimensión	Factor de Evaluación	Criterio de Éxito
Humanización	¿El personal se identificó y le saludó por su nombre de forma respetuosa?	Trato digno y humanizado.
Claridad	¿Le solicitaron explicar en sus palabras la información recibida? (Técnica **Teach-back**)	Comprensión total del diagnóstico.

Dimensión	Factor de Evaluación	Criterio de Éxito
Oportunidades	¿Su tiempo de espera en ventanilla fue inferior a 20 minutos?	Celeridad administrativa.
Accesibilidad	¿Pudo desplazarse y leer la señalética (Braille/Macrotipo) sin barreras?	Cumplimiento NTC 6047.
Interoperabilidad	¿Sintió que su información clínica estaba disponible sin necesidad de aportar papeles físicos?	Eficiencia del sistema RDA/VIDA.

Fase 3: Aplicación Multimodal del Instrumento

- **Punto de Atención Bogotá:** Uso de tabletas con software accesible (lectores de pantalla JAWS para personas ciegas).
- **Canal Virtual (WhatsApp/Web):** Envío automático del link de encuesta tras la notificación de respuesta a un trámite o generación de cita.
- **Atención Territorial:** Aplicación por parte de los gestores sociales en zonas remotas, con carga de datos en diferido si no hay conectividad.

4. Procesamiento, Análisis y Mejora Continua

Paso 1: Tabulación y Reporte a SISPRO

La Oficina de relacionamiento con el ciudadano automatizará la consolidación de datos para que la ORC generen el reporte de "Satisfacción Global" exigido por el Ministerio de Salud.

Paso 2: Análisis de Fallas (Protocolo de Londres)

Si el índice de satisfacción en "Claridad" cae por debajo del 90%, se activará un análisis multicausal para identificar si la falla se debe a omisiones en la técnica **Teach-back** o barreras tecnológicas.

Paso 3: Plan de Mejoramiento

Los resultados se presentarán mensualmente en los "Diálogos Participativos" con veedurías ciudadanas. La Oficina de Calidad liderará la formulación de acciones correctivas que se incluirán en el Plan Institucional de Socialización y Capacitación.

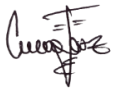
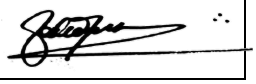
5. Responsabilidades Operativas

- **Director ORC:** Liderar la política de atención y garantizar que los resultados de las encuestas influyan en el diseño de trámites.
- **Oficina de Calidad:** Auditar semestralmente la veracidad de los datos de satisfacción reportados.
- **Oficina TICS:** Asegurar que la plataforma de encuestas —ya sea mediante desarrollo propio (herramientas como Excel) o por contratación externa— cumpla con los estándares de accesibilidad para personas con discapacidad y se integre correctamente con el historial de atención.

Control de cambios

CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	FECHA	CRITERIO MODIFICADO	JUSTIFICACIÓN
001	28-05-2026		

Aprobación

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	Cristhian Ernan Jiménez	Auxiliar Administrativo de la oficina de relacionamiento con la ciudadanía	28-05-2026	
REVISÓ	Christian Tiberio Robayo Arias	Jefe de la oficina de relacionamiento con la ciudadanía	22-06-2026	
APROBÓ	Pedro Pablo Tinjacá Ruíz	Director general	22-06-2026	

1. TABLA DE CONTENIDOS:

1. TABLA DE CONTENIDOS: 1
OBJETIVO: 2
ALCANCE: 2
MARCO NORMATIVO: 3
DEFINICIONES: 4
DESCRIPCION DE ACTIVIDADES 4
CONTROL DE CAMBIOS: 11
APROBACION 11

OBJETIVO:

Garantizar en el Hospital Universitario San Juan de Dios Materno Infantil (HUSJDMI) la atención integral, oportuna y humanizada de los requerimientos ciudadanos (peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias, solicitudes, consultas y felicitaciones – PQRSD) presentados por los usuarios internos y externos, mediante la recepción, registro, seguimiento y respuesta a través de los diferentes canales institucionales, asegurando un trámite eficaz, eficiente, transparente, digno e igualitario, que contribuya al mejoramiento continuo de la calidad, la seguridad del paciente y la satisfacción de la comunidad usuaria.

ALCANCE:

El proceso de Atención y Servicios a la Ciudadanía (PQRSD) del Hospital Universitario San Juan de Dios Materno Infantil (HUSJDMI) aplica a todas las sedes, servicios clínicos, administrativos, docentes y asistenciales, tanto en modalidad intramural como extramural, e incluye la atención de los requerimientos presentados por usuarios internos y externos, sus familias y la comunidad.

Este proceso inicia con la recepción de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias, solicitudes, consultas y felicitaciones (PQRSD) a través de los diferentes canales institucionales, universitarios y comunitarios, incluidos aquellos utilizados por los Equipos Básicos de Salud (EBS) durante la prestación de servicios en el territorio, jornadas comunitarias, atención domiciliaria y acciones de Atención Primaria en Salud (APS).

Comprende el registro, clasificación, asignación, seguimiento y gestión de cada requerimiento en el sistema institucional "El San Juan te escucha", la articulación con las dependencias y áreas responsables de su atención, y finaliza con la emisión de la respuesta al ciudadano, el cierre del caso y la retroalimentación para el mejoramiento continuo de la calidad, la seguridad del paciente y la experiencia del usuario, garantizando en todo momento un acceso oportuno, eficaz, eficiente, digno, transparente e igualitario a los servicios que presta el HUSJDMI.

MARCO NORMATIVO:

- Ley 1712 de 2014: Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública.
- Ley 1757 de 2015: Estatuto de participación ciudadana y rendición de cuentas.
- Decreto 1499 de 2017: Integra el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), que articula la política de servicio al ciudadano.
- Ley 2052 de 2020: Su Artículo 17 ordena la creación y el fortalecimiento de esta dependencia, encargada de la relación Estado-Ciudadanía
- Ley 2195 de 2022: Adopta medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción.

DEFINICIONES:

- **Humanizada:** Significa hacer que algo o alguien sea más humano, afable, cercano y empático. Implica tratar a las personas reconociendo sus emociones, dignidad y derechos, evitando la frialdad, el maltrato o la mecanización.
- **Emisión:** Significa la acción y el efecto de expulsar, producir, transmitir o poner algo en circulación.
- **Igualitario:** hace referencia a la doctrina o principio que sostiene que todas las personas deben tener los mismos derechos, oportunidades, obligaciones y dignidad, sin importar su género, origen, clase social o creencias. Promueve la justicia y la ausencia de discriminación.

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

Los únicos canales dispuestos en la entidad para la recepción de requerimientos de la ciudadanía (peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias –PQRSD-, solicitudes, consultas y felicitaciones) son:

• **Presencial:** Sede administrativa principal calle 28 #13-22 Edificio Palma Real tercer piso.

• **Escrito**:

- Ventanilla Única de Correspondencia
- Buzones de Sugerencias: Ubicados en cada dependencia del HUSJDMI.

• **Virtual:**

- Correo electrónico: PQRSD@husjdmi.gov.co

Es importante que la información de los canales de atención sea socializada con los usuarios y colaboradores al ingreso y de manera periódica durante su permanencia, con el fin de promover la participación y uso de los diferentes canales de comunicación.

Los colaboradores que presten sus servicios y que reciban directamente en los correos electrónicos institucionales cualquier requerimiento de la ciudadanía, deberán remitirlos oportunamente al correo electrónico pqrsd@husjdmi.gov.co de Atención a la Ciudadanía y su posterior asignación a la dependencia correspondiente para su gestión.

En la gestión de las respuestas a las PQRSD y demás requerimientos, se deberán atender con los criterios de calidad, calidez, amabilidad, coherencia, claridad y oportunidad, se realizará análisis mensual del cumplimiento de estos criterios.

Orientaciones generales.

1. **Especificaciones sobre el buzón de sugerencias y PQRSD**

Para atender las PQRSD es necesario que en todas las sedes se dispongan del buzón de sugerencias. Cuando no se cuente con el elemento dispuesto se debe adecuar, a través de una herramienta o sistema que permita el ejercicio de PQRSD y la privacidad de la información.

Siempre se debe disponer de formatos de *Presentación de Quejas, Reclamos y Sugerencias- Código: xx.xxx.xxxx.* (versión vigente) y lapicero.

2. **Trámite de apertura del buzón de sugerencias y remisión para radicación de PQRSD:**

1. Diariamente, los responsables revisarán la disposición de PQRSD en el buzón de sugerencias. En caso de identificar su existencia, informarán de manera inmediata vía correo electrónico pqrsd@husjdmi.gov.co para que se programe la respuesta a más tardar al día siguiente hábil.
2. La apertura de PQRSD ubicado de forma física solo podrá realizarla el responsable para el trámite pertinente y junto con la guarda de seguridad de turno y que se registre en el drive carpeta compartida

Archivo Drive registro de PQRSD

i. Una vez efectuado lo anterior, el administrativo y/o la persona designada procederá a remitir escaneados de manera inmediata todas las PQRSD que se conozcan a través de este medio.

ii. Se debe realizar la creación del radicado en el Excel de seguimiento de PQRSD (pues todas las comunicaciones de entrada y/o salida deberán tener su respectivo número de radicado).

ii. Se efectuará el trámite de asignación y gestión de la respuesta, atendiendo a los tiempos estipulados en la Ley 1755 de 2015 y el procedimiento interno de la entidad.

4. Se registrará en el respectivo formato *de evidencia de reuniones internas y externas*)**,** la descripción de las PQRSD encontradas en el buzón de sugerencias; documento que deberá ser suscrito por las personas presentes.

5. El correo electrónico pqrsd@husjdmi.gov.co, es el único canal a través del cual se envían las respuestas a las solicitudes presentadas, lo que NO sea se pueden remitir a dicha cuenta de correos que no sean de este proceso.

6. Adicionalmente se deberá cargar el escáner de todas las PQRSD con numero de radicado y fecha en la carpeta correspondiente.

2. **Trámite de respuestas a PQRSD:**

1. Una vez se reciba respuesta con el número de radicado asignado para las PQRSD, se verificará que fue efectivamente copiado a las personas que deben apoyar la respuesta.

2. El responsable de gestionar los insumos que den respuesta al requerimiento presentado, mediante los canales dispuestos por la entidad. Asimismo, deberá adelantar las acciones a que haya lugar para conocer o ampliar la situación identificada, teniendo en cuenta los criterios de calidad (como señala el numeral C de este documento) y su responsabilidad con la confiabilidad y organización de la información proyectada en las respuestas.

4. Igualmente, se atenderá los ajustes o ampliación de la información para el trámite de la respuesta.

5. Se brindará la respuesta por correo electrónico en un plazo no mayor a 15 días hábiles por medio de correo electrónico registrado.

6. En caso de solicitudes anónimas se realizará una respuesta genérica la cual será expuesta en cartelera por 5 días hábiles y se registrará en el archivo de seguimiento a PQRSD.

Nota: Cuando se identifiquen PQRSD presentadas de manera reiterativa en un corto periodo de tiempo y relacionadas con la misma situación, se recomienda consolidar los insumos en una sola respuesta, sin que se afecte los tiempos de gestión y respuesta.

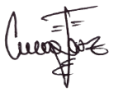
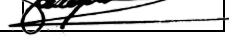
ACTIVIDAD (QUÉ)	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO	DÓNDE
Disponer buzón de sugerencias PQRSD	Coordinador de sede / Coordinador administrativo	Instalando buzón físico o habilitando herramienta alternativa que garantice privacidad de la información	Permanente	Todas las sedes del HUSJDMI
Disponibilidad de formatos y lapicero	Coordinador de sede	Manteniendo formatos vigentes de Quejas, Reclamos y Sugerencias y material de diligenciamiento	Permanente	Punto de atención al usuario / junto al buzón
Revisión del buzón de sugerencias	Coordinadores de sede	Inspección física del buzón para verificar	Diaria	Sedes del HUSJDMI

		existencia de PQRSD		
Notificación de PQRSD encontradas		Envío de correo electrónico a Servicios a la Ciudadanía informando la existencia de PQRSD	Inmediato, una vez identificadas	Correo institucional
Apertura del buzón de sugerencias	El responsable de la sede y guarda de seguridad	Apertura conjunta del buzón y registro de la actividad	Cuando se identifiquen PQRSD	Área donde se ubica el buzón
Registro de apertura del buzón	Coordinador de sede	Diligenciamiento del registro en la carpeta compartida Drive – Archivo de registro de PQRSD	En el momento de la apertura	Drive institucional
Escaneo de PQRSD	Coordinador administrativo o persona designada	Digitalización inmediata de los documentos	Inmediato posterior a la apertura	Sede correspondiente
Remisión de PQRSD escaneadas	Coordinador administrativo o persona designada	Envío por correo electrónico a Servicios a la Ciudadanía	Inmediato	Correo institucional
Creación del radicado PQRSD	Servicios a la Ciudadanía	Registro del caso en el Excel de seguimiento de PQRSD asignando número de radicado	Al momento de recibir la PQRSD	Excel institucional de seguimiento

Asignación y gestión del trámite	Servicios a la Ciudadanía / Líder del proceso	Asignación a las áreas competentes según el tipo de requerimiento	Según Ley 1755 de 2015	Sistema de seguimiento PQRSD
Registro en formato de evidencia de reuniones	Coordinador de sede	Diligenciamiento del formato con descripción de PQRSD y firmas de los asistentes	Cada apertura de buzón	Formato institucional
Cargue de soportes en Drive	Servicios a la Ciudadanía	Cargar escáner de PQRSD con número de radicado y fecha	Posterior a la radicación	Carpeta Drive correspondiente
Verificación de responsables copiados	Servicios a la Ciudadanía	Revisión del correo de respuesta para validar copia a responsables	Al recibir respuesta de las áreas	Correo institucional
Gestión de insumos para respuesta	Líder del proceso asignado	Solicitud, recopilación y validación de información con áreas involucradas	Durante el trámite	Canales institucionales
Ajustes o ampliación de información	Líder del proceso	Incorporación de observaciones y ajustes requeridos	Cuando aplique	Área responsable
Emisión de respuesta al ciudadano	Servicios a la Ciudadanía	Envío de respuesta por correo electrónico registrado	Máximo 5 días hábiles	Correo institucional

Respuesta a solicitudes anónimas	Servicios a la Ciudadanía	Elaboración de respuesta genérica y publicación en cartelera	Por 3 días hábiles	Cartelera institucional
Registro de respuesta anónima	Servicios a la Ciudadanía	Registro en archivo de seguimiento PQRSD	Posterior a la publicación	Excel de seguimiento
Consolidación de PQRSD reiterativas	Servicios a la Ciudadanía / Líder del proceso	Unificación de insumos en una sola respuesta	Cuando se identifiquen casos reiterativos	Sistema PQRSD

APROBACION:

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaboro	Cristhian Ernan Jiménez	Auxiliar Administrativo de la oficina de relacionamiento con la ciudadanía	26-05-2026	
Reviso	Christian Tiberio Robayo Arias	Jefe de la oficina de relacionamiento con la ciudadanía	22-06-2026	
Aprobó	Pedro Pablo Tinjacá Ruíz	Director general	22-06-2026	

CONTROL DE CAMBIOS:

CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	**FECHA**	**CRITERIO MODIFICADO**	**JUSTIFICACIÓN**
1	26-05-2026		

MANUAL DEBIDA DILIGENCIA HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL

OBJETIVO

Brindar lineamientos para la implementación de las medidas de debida diligencia en los distintos niveles de riesgo identificados en el Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil nombrado de aquí en adelante con las siglas presentadas a continuación (HUSJDMI) y de conformidad con la normatividad vigente en la materia.

ALCANCE

Este lineamiento comprende las orientaciones, elementos conceptuales y mecanismos para implementar la debida diligencia en los procesos en que se hayan identificado riesgos de soborno, conflicto de interés, y demás aspectos importantes que se puedan presentar relacionados con los riesgos de corrupción. Este manual hace parte del proceso de gestión del talento humano y deberá tener en cuenta los sistemas, procesos y documentos con los que interactúa.

DEFINICIONES

Administración del riesgo: es el proceso a través del cual la institución identifica, cuantifica, controla y monitorea los riesgos a los cuales se encuentra expuesta.

Financiamiento de delitos: Es el proceso por el cual una persona natural o jurídica, provee o recolecta fondos por el medio que fuere, directa o indirectamente, a sabiendas de que serán utilizados o con la intención deliberada de que se utilicen, en todo o en parte, para cometer un acto o actos delictivos, por parte de una organización criminal o por un delincuente individualmente considerado

Financiamiento del terrorismo: Actividad por la cual cualquier persona deliberadamente provea o recolecte fondos por el medio que fuere, directa o indirectamente, con la intención ilícita de que se utilicen o a sabiendas que serán utilizados, en todo o en parte para cometer un acto o actos de terrorismo, por una organización terrorista o por un terrorista.

Debida Diligencia: proceso para evaluar con mayor detalle la naturaleza y alcance del riesgo de soborno y para ayudar a las organizaciones a tomar decisiones en relación con transacciones, proyectos, actividades, socios de negocios y personal específico.

Lavado de activos: Es el proceso por el cual los bienes y ganancias monetarias de origen delictivo e ilícito, se invierten, integran o transforman en el sistema económico financiero legal con apariencia de haber sido obtenido de forma ilícita y procurando ocultar su verdadera procedencia, así como su real propiedad y el ejercicio de su dominio y control.

Listas de control: son listas de información nacionales e internacionales utilizadas principalmente por los oficiales de cumplimiento o encargados de las funciones de cumplimento que, contienen información de diversas fuentes sobre personas naturales o jurídicas. Esta información contribuye a que la entidad tenga conocimiento más amplio de los antecedentes legales de sus contrapartes.

Operación o transacción económica inusual e injustificada: Es aquella operación o transacción que no guarda correspondencia con los patrones regulares de las actividades económicas que habitualmente realiza el cliente, y cuyo origen no puede ser justificado.

Persona políticamente expuesta (PEP).- Son todas aquellas personas naturales nacionales o extranjeras que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en el exterior, por ejemplo, Jefe de Estado o de un gobierno, político de alta jerarquía, funcionario gubernamental, judicial o militar de alto rango, ejecutivo estatal de alto nivel, funcionario importante de partidos políticos, así como su cónyuge y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad y sus colaboradores cercanos.

Riesgo Legal: Es la posibilidad de pérdida en que incurre una compañía al ser sancionada, multada u obligada a indemnizar daños como resultado del incumplimiento de normas o regulaciones y obligaciones contractuales. El riesgo legal surge también como consecuencia de fallas en los contratos y transacciones, derivadas de actuaciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones.

Parte Interesada o Grupo de interés: Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad. Puede ser interna o externa a la organización.

Riesgo reputacional: Es la posibilidad de pérdida en que incurre una entidad por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, cierta o no, respecto de la institución y sus prácticas de negocios, que cause pérdida de clientes, disminución de ingresos o procesos judiciales.

Sarlaft: Sistemas de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

Señales de alerta: Son aquellos elementos que evidencian los comportamientos particulares de los clientes o usuarios y las situaciones atípicas que presentan las operaciones o transacciones que pueden encubrir actividades de lavado de activos o de financiamiento del terrorismo. Hay que tener en cuenta que no todas las operaciones que presentan comportamientos atípicos e inusuales son operaciones ilegales, por tal razón, el hecho de identificar señales de alerta no significa que la operación deba ser reportada de forma inmediata a las autoridades.

Soborno: oferta, promesa, entrega, aceptación o solicitud de una ventaja indebida de cualquier valor (que puede ser de naturaleza financiera o no financiera), directa 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.

1. Riesgos Asociados a la Debida Diligencia

El Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil realiza el respectivo seguimiento a la naturaleza y el alcance del riesgo de soborno, conflicto de interés, y demás aspectos importantes que se puedan presentar relacionados con los riesgos de corrupción teniendo en cuenta las transacciones, proyectos, actividades, proveedores y demás personal. Este seguimiento se debe realizar mediante la identificación de cargos y actividades críticas de acuerdo con el alcance definido en los procesos priorizados.

A continuación, se detallan los riesgos asociados a la debida diligencia:

Riesgo reputacional: se refiere a la posibilidad de que las prácticas o decisiones del HUSJDMI, en el marco de sus transacciones, proyectos y actividades, puedan afectar negativamente su imagen pública o la percepción de la ciudadanía y otras entidades, comprometiendo su confianza y credibilidad.

Riesgo legal: está relacionado con la posibilidad de que el HUSJDMI incurra en incumplimientos normativos, regulatorios o contractuales durante la ejecución de sus proyectos y actividades. La falta de cumplimiento con las leyes y regulaciones aplicables podría resultar en sanciones, demandas o acciones legales que afecten la integridad institucional y la operatividad de la entidad.

Riesgo operativo: se refiere a la posibilidad de que fallos en los procesos internos, ineficiencias en la gestión o deficiencias en la implementación de controles afecten la ejecución adecuada de los proyectos y actividades del HUSJDMI. Tales fallos pueden derivar en la interrupción de las operaciones, pérdidas de recursos, o en la imposibilidad de cumplir con los objetivos establecidos.

Riesgo económico: está relacionado con la posibilidad de que decisiones o acciones del HUSJDMI resulten en pérdidas financieras significativas. Esto puede ocurrir como consecuencia de una mala gestión de recursos, errores en la planificación financiera, fraudes, o la imposibilidad de cumplir con los compromisos económicos, lo que afectaría la sostenibilidad y viabilidad de los proyectos y actividades en curso.

2. Detalle de las actividades para la debida diligencia

- Identificación de los riesgos de soborno, conflicto de interés, y demás aspectos importantes que se puedan presentar relacionados con los riesgos de corrupción, considerando el mapa de riesgos y los procesos más vulnerables.
- Realizar la revisión de los resultados de la matriz de riesgos de soborno considerando: número de riesgos, cantidad de incertidumbres y su rango residual.
- Realizar un análisis que permita identificar las actividades necesarias para evaluar de manera más detallada la naturaleza y el alcance del riesgo de soborno, así como apoyar a la Entidad en la toma de decisiones relacionadas con transacciones, proyectos, actividades, socios proveedores y personal determinado.
- Establecer actividades o controles que permitan aplicar medidas específicas para gestionar y supervisar cada uno de los procesos relacionados con transacciones, proyectos, actividades y personal determinado. La información clave necesaria para conocer o investigar las actividades puntuales puede estar documentada en los procedimientos mediante la identificación de cargos y actividades críticas de acuerdo con el alcance definido en los procesos priorizados.

A continuación, se presenta la aplicación de la debida diligencia:

SUBDIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO – SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FISICOS

Debida Diligencia - Altos Directivos: Director general o su delegado/a, Secretario/a General o su delegado/a, Directoras/es de dependencias misionales o sus delegados/as, Subdirectoras/es de dependencias misionales o sus delegados/as, Jefes de Oficina o sus delegados/as.

Debida Diligencia para Servidores Públicos: Con el objetivo de que la entidad disponga de un conocimiento adecuado sobre el perfil de riesgo de los servidores, como provisionales, se llevará a cabo la revisión y validación de la información general y específica de cada aspirante y será actualizada cuando se presenten cambios que justifiquen su ajuste. Los resultados de este proceso deberán formar parte del expediente de cada servidor público, junto con la declaración origen los fondos.

En este sentido, se realizará la verificación y evaluación de antecedentes para garantizar que las personas que ocupan cargos claves actúen con integridad, cumplan con la normativa vigente y no representan un riesgo para la Entidad. Este proceso incluye la revisión de su historial laboral y profesional, posibles conflictos de interés y cualquier otra señal de alerta relacionada con conductas ilícitas o inapropiadas. El objetivo es asegurar que los altos directivos estén alineados con los valores y principios del código de integridad, minimizando el riesgo de corrupción o malas prácticas en la gestión institucional.

A continuación, se presenta la lista de documentos de acuerdo con la provisión de empleos:

ITEM	DESCRIPCIÓN	TIPO DE PROVISION DEL EMPLEO			
		ENCARGO	PERIODO DE PRUEBA	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN	PROVISIONAL
15	Formato de no estar incurso en procesos de alimentos	X	X	X	X
16	Consulta de Antecedentes Fiscales (Contraloría)	X	X	X	X
17	Consulta de Antecedentes, Sanciones e Inhabilidades (Procuraduría)	X	X	X	X
18	Consulta de Antecedentes Judiciales (Policía Nacional)	X	X	X	X
19	Consulta de Medidas correctivas (Policía Nacional)	X	X	X	X
20	Formatos declaración de bienes y Rentas /Conflicto de Intereses (Ley 2013 de 2019)			X	
21	Certificación Publicación Ley 2013 de 2019 (Declaración de bienes y Rentas /Conflicto de Intereses)			X	
22	certificación de Publicación de hoja de vida en el DAPRE y MEN			X	
23	Autorización Tratamiento de datos	X	X	X	X
24	Formato análisis de Experiencia	X	X	X	X

ITEM	DESCRIPCIÓN	TIPO DE PROVISION DEL EMPLEO			
		ENCARGO	PERIODO DE PRUEBA	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN	PROVISIONAL
4	Copia Tarjeta Profesional (si aplica)	X	X	X	X
5	Certificado de Antecedentes disciplinarios profesionales (si aplica)	X	X	X	X
6	Certificado de vigencia Tarjeta profesional (si aplica)	X	X	X	X
7	Certificaciones laborales (con fecha de inicio y finalización exacta, cargo desempeñado y descripción de las funciones) – Para el caso de certificaciones en otro idioma, deben estar traducidas al idioma español por un traductor oficial.		X	X	X
8	Certificación Bancaria con número y tipo de cuenta para consignar la nómina (no mayor a 3 meses de expedición).		X	X	X
9	Copia del Rut actualizado		X	X	X
10	Certificación de afiliación a EPS		X	X	X
11	Certificación de afiliación al Fondo de Pensiones		X	X	X
12	Registro o Actualización de hoja de vida en SIGEP con documentos adjuntos de acuerdo con la información consignada (En caso de no estar registrado, se le enviará clave de acceso mediante correo electrónico).	X	X	X	X
13	Formato de Bienes y Rentas formato SIGEP	X	X	X	X
14	Certificado de Registro de Deudores Alimentarios Morosos REDAM	X	X	X	X

Antecedentes y capacidades: Se realizará el análisis del historial personal y profesional de los servidores públicos, verificando antecedentes laborales, educativos, fiscales y judiciales, con el fin de detectar posibles irregularidades, conflictos de interés o vínculos con actividades ilegales o no éticas.

Detección y manejo de conflictos de interés: Se deberán identificar posibles situaciones en las que los servidores públicos puedan tener intereses personales, familiares o económicos que afecten su imparcialidad y objetividad en el ejercicio de sus funciones. En caso de encontrarse tales situaciones, se gestionan de acuerdo con la normativa vigente.

Capacitación y sensibilización continua: Se implementarán en los procesos de inducción y reinducción programas regulares de formación en ética pública, anticorrupción, buenas prácticas y gestión pública, con el fin de reforzar los principios de transparencia, responsabilidad y compromiso con el servicio público entre los servidores del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil.

Monitoreo y seguimiento del desempeño: Se realizará el proceso de evaluación del desempeño. Este monitoreo también permitirá tomar medidas correctivas cuando se detectan prácticas inapropiadas.

Listas restrictivas: como medida preventiva, se realizará una consulta anual masiva del personal vinculado o activo al HUSJDMI.

Esta verificación deberá quedar registrada en el expediente de cada servidor público. En caso de identificar alguna novedad, se deberá reportar a la dependencia encargada, conforme al régimen disciplinario de la función pública.

Debida diligencia para contratistas y/o proveedores: implica la investigación y evaluación para asegurar que las empresas o contratistas con los que el HUSJDMI establece relaciones comerciales cumplan con los estándares legales, éticos y de transparencia requeridos. Este proceso incluye la revisión de antecedentes financieros, legales, fiscales, reputacionales y laborales, así como la identificación de posibles conflictos de interés, prácticas de corrupción o irregularidades. El objetivo es mitigar riesgos asociados con contratos públicos, asegurando que los proveedores actúen de acuerdo con las normativas y principios institucionales, garantizando así la eficiencia, legalidad y transparencia en la gestión de los recursos públicos.

En este sentido, la Subdirección de Contratación desarrollo el formato Lista de Chequeo Recepción de Documentos CN-FT-18 el cual recopila los documentos necesarios para la vinculación de los diferentes tipos de contratos.

Anexo: *Ver anexo formato lista de chequeo recepción de documentos etapa precontractual.*

Asimismo, se establecen los siguientes controles:

Investigación de antecedentes: verificación de los antecedentes legales, financieros y reputacionales del contratista o proveedor para detectar posibles vínculos con actividades ilícitas, fraudes o conflictos de interés.

Evaluación de cumplimiento normativo: Se revisa el cumplimiento de la normatividad nacionales e internacionales aplicables y relacionadas con anticorrupción, fiscales y laborales, para asegurar que el proveedor opere dentro del marco legal.

Análisis de riesgos financieros y operativos: Se evalúan los estados financieros del contratista o proveedor, su solvencia económica y su capacidad operativa para ejecutar los proyectos de manera eficiente y sin comprometer los intereses institucionales.

Auditoría de prácticas comerciales: Se realiza un análisis de las prácticas comerciales y éticas del proveedor, garantizando que sus políticas y procedimientos no favorezcan la corrupción, el soborno ni ninguna otra conducta ilegal.

Monitoreo continuo: Después de la contratación, se implementan mecanismos de monitoreo y evaluación para garantizar que el proveedor cumpla con los términos del contrato y las expectativas éticas y legales durante toda la duración de la relación comercial.

El objetivo de estos controles es mitigar los riesgos asociados con la contratación de proveedores, asegurando que el proceso sea transparente, ético y alineado con las políticas públicas del HUSJDMI.

Debida Diligencia para Usuarios: Con el fin de asegurar la integridad, transparencia y seguridad en las relaciones con los usuarios, el HUSJDMI llevará a cabo un proceso de debida diligencia que permita garantizar el cumplimiento de las normativas legales y evitar riesgos asociados con actividades ilegales o no éticas.

A continuación, se detalla la verificación de requisitos:

Recolección de información básica:

1. Solicitar a los usuarios la información esencial, como nombre completo, documento de identidad, dirección, número de contacto y otros datos relevantes para su identificación.
2. Verificar la autenticidad de los documentos presentados, como cédulas de ciudadanía, pasaportes, comprobantes de domicilio, etc.

Verificación de identidad:

1. Validar la identidad del usuario mediante el uso de bases de datos oficiales, como registros civiles, sistemas de identificación biométrica (cuando sea posible) o tecnologías de verificación en línea.
2. En casos de usuarios extranjeros, realizar la validación de su identidad en fuentes oficiales internacionales.

Evaluación de riesgos de lavado de dinero y financiamiento del terrorismo:

Realizar una evaluación de riesgo de acuerdo con el perfil del usuario, teniendo en cuenta factores como la actividad económica, ubicación geográfica y posibles vínculos con sectores de alto riesgo.

Implementar mecanismos para monitorear y detectar actividades sospechosas relacionadas con lavado de dinero o financiamiento del terrorismo.

Notificación y Reporte de Irregularidades:

Establecer un protocolo para la notificación inmediata de cualquier irregularidad detectada en el proceso de debida diligencia, incluyendo la restrictivas o la detección de actividades sospechosas.

Reportar a las autoridades competentes o las dependencias internas encargadas de gestionar el régimen disciplinario, si se identifican irregularidades graves.

Aspectos claves de la debida diligencia relacionadas con situaciones sospechosas de lavado de activos y financiamiento del terrorismo.

A continuación, se presentan posibles situaciones que podrían presentarse en el ejercicio del Hospital Universitario San Juan de Dios y Materno Infantil:

1. El usuario se niega a proporcionar la información solicitada o la información proporcionada es inconsistente o de difícil verificación por parte del HUSJDMI

2. El usuario solicita ser excluido del registro de operaciones sin causa aparente o justificada.

3. El usuario insiste en encontrarse con el personal del HUSJDMI en un lugar distinto al de las instalaciones para realizar una operación o pago en efectivo aun cuando existe los medios electrónicos.

4. El usuario trata de presionar a un servidor para no llenar los formularios requeridos por el HUSJDMI.

5. El usuario realiza constantemente operaciones fraccionadas de pagos mediante dinero en efectivo como único medio de pago en lugar de utilizar los canales electrónicos o bancarios.

En este sentido, para evaluar el riesgo de lavado de dinero y financiamiento de delitos, como el terrorismo, se contemplan los siguientes pasos:

- Identificar las categorías específicas de riesgos asociadas con los servicios, clientes o usuarios, entidades adscritas o vinculadas, contratistas o proveedores, así como la ubicación o localización geográfica, derivadas del perfil de cada uno.
- Realizar un análisis detallado de la cantidad, montos y tendencias de los diferentes factores de riesgo identificados, con el fin de analizarlos de manera eficaz.

El procedimiento que se describe a continuación tiene como objetivo facilitar la aplicación adecuada de medidas y procedimientos para prevenir el lavado de activos y el financiamiento de delitos, como el

terrorismo, en las operaciones del HUSJDMI. Además, busca establecer reglas de conducta que orienten la actuación de sus servidores en cuanto a:

- Cumplir y hacer cumplir por parte de los servidores las disposiciones establecidas en la normativa vigente. También se deberá observar los convenios, tratados y acuerdos internacionales suscritos y ratificados por la Unidad de Investigación de Análisis Financiero, entre otras, así como las mejores prácticas internacionales, siempre que no contravengan la legislación nacional.
- Aplicar los lineamientos que adoptará la Entidad frente a los factores de riesgo de exposición al lavado de activos, para la identificación, aceptación, permanencia y terminación de relaciones comerciales con usuarios o relaciones contractuales con contratistas o aliados estratégicos.
- Implementar los controles de debida diligencia para la selección y contratación de personal.
- Proteger la imagen del HUSJDMI mediante el análisis y reporte de posibles operaciones de lavado de activos y financiamiento del terrorismo.

Conductas inusuales relativas a los Servidores públicos

- El estilo de vida del servidor público no guarda relación con sus ingresos, o presenta un cambio notable e inesperado en su situación económica.
- El servidor público evita constantemente o se niega a tomar vacaciones.
- El servidor público presenta ausencias frecuentes e injustificadas.
- El servidor público permanece con frecuencia en la oficina fuera del horario laboral, sin una causa justificada.
- El servidor público utiliza su domicilio personal para recibir documentación de los usuarios.
- El servidor público insiste en realizar reuniones con usuarios del HUSJDMI en lugares distintos a las oficinas o fuera del horario laboral, sin justificación, para llevar a cabo operaciones comerciales o financieras.
- Se observa un crecimiento inusual o repentino en el número de operaciones bajo la responsabilidad del servidor público.
- Se registra un cambio notable o inesperado en los negocios de carácter comercial de propiedad del servidor público.
- Se confirma que el servidor público no ha comunicado o ha ocultado al oficial de cumplimiento información relevante sobre cambios en el comportamiento de algún usuario.

Situaciones sospechosas o conductas inusuales en operaciones o actividades relacionadas con el sistema financiero

- Transacciones incompatibles con el perfil del cliente: Operaciones cuyos valores no concuerdan con la ocupación profesional y la situación financiera declarada del cliente.
- Estructuración de transacciones para eludir reportes: Transacciones diseñadas para evitar los umbrales de reporte establecidos, como dividir grandes sumas en depósitos más pequeños.
- Uso de cuentas con múltiples firmantes no relacionados: Cuentas con varias personas autorizadas para firmar, entre las cuales no existe una relación aparente, ya sea familiar o comercial.

La detección de estas y otras conductas inusuales requiere un monitoreo constante y un análisis detallado, al identificar patrones atípicos, se pueden implementar medidas preventivas y, de ser necesario, reportar las operaciones sospechosas a las autoridades competentes para su investigación.

Listas restrictivas

- Lista de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN**) Enlace**: DIAN - Listados
- Lista de la Superintendencia de Sociedades. **Enlace**: Superintendencia de Sociedades
- Lista de Personas y Entidades de la Fiscalía General de la Nación. **Enlace**: Fiscalía General de la Nación

REPORTES

Si un servidor público del HUSJDMI, en virtud de las señales de alerta establecidas, considera que una operación o transacción presenta características inusuales, deberá informar a la Oficina de control disciplinario interno, según corresponda.

Esta notificación deberá ir acompañada de los documentos relacionados con la operación o transacción, en dicho formulario, se incluirá un resumen detallado de la operación o transacción, junto con las razones por las cuales se considera que presenta características de inusualidad.