

RESOLUCIÓN N° 045  
(17 de febrero de 2026)

*“Por medio de la cual se actualiza la Política de Administración de Riesgos y la Metodología para la Identificación y Valoración de Riesgos de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería conforme a la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7, y se adoptan la Política Antifraude, Política Antisoborno, Política Antilavado de Activos y contra la Financiación del Terrorismo, e Procedimiento de Denuncias de Corrupción y el Procedimiento para la Gestión y Reporte de Operaciones Sospechosas”*

El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital San Jerónimo de Montería, en uso de sus atribuciones legales, estatutarias y;

**CONSIDERANDO:**

Que la ESE Hospital San Jerónimo de Montería es una entidad pública de orden departamental con autonomía e independencia administrativa de conformidad con la Ordenanza No. 33 de 1994 de la Asamblea Departamental Córdoba.

Que la administración de riesgos hace parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas, conforme al Decreto 1083 de 2015 (artículo 2.2.21.5.4).

Que el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG aplica a las entidades de la Rama Ejecutiva del orden territorial y descentralizadas en los términos del Decreto 1499 de 2017.

Que el Gobierno Nacional estableció la metodología y estándares para el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – PAAC y el Mapa de Riesgos de Corrupción, así como su publicación anual en el enlace de “Transparencia y acceso a la información”, de conformidad con el Decreto 124 de 2016 (que modifica el Decreto 1081 de 2015).

Que la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) dispuso medidas para fortalecer la prevención, investigación y sanción de actos de corrupción, y orientó instrumentos de prevención institucional.

Que la Ley 2195 de 2022 adoptó medidas adicionales en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción, fortaleciendo el marco de integridad y la coordinación institucional.

Que la Ley 1712 de 2014 regula el derecho de acceso a la información pública y obliga a la gestión transparente y a la publicación activa de información institucional conforme a la normatividad aplicable.

Que la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular Externa 009 de 2016, con instrucciones para diseñar, implementar y operar el SARLAFT en los agentes del SGSSS, incluyendo obligaciones de gestión del riesgo LA/FT y reportes a la UIAF.

E.S.E. Hospital San Jerónimo Montería

Dirección: Carrera 14 No. 22-200 ☎

**Citas Médicas** Teléfono: (4) 789 4698 - 018000 180454 📞

esesanjeronimo.gov.co 🌐

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: [pqrf@esesanjeronimo.gov.co](mailto:pqrf@esesanjeronimo.gov.co) ✉

Que la Superintendencia Nacional de Salud impartió instrucciones administrativas generales a sus vigilados, incluyendo lineamientos que impactan el diseño e implementación de sistemas de administración de riesgos y subsistemas asociados (p. ej., SICOF), mediante la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021.

Que la UIAF ha definido y divulgado lineamientos sobre el Reporte de Operaciones Sospechosas (ROS) y su naturaleza reservada, anónima y orientadora, así como buenas prácticas para su gestión.

Que el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), en articulación con entidades competentes, publicó la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 (2025), la cual actualiza el enfoque de gestión integral del riesgo y fortalece la gobernanza, tratamiento, monitoreo y comunicación del riesgo.

Que, en virtud de lo anterior, se hace necesario actualizar la Política de Administración de Riesgos institucional, contar con una metodología unificada para identificación y valoración, e integrar políticas y procedimientos de integridad (antifraude, antisoborno, antilavado, denuncias y operaciones sospechosas), con roles claros, mecanismos de seguimiento, control, reporte y mejora continua.

En mérito de lo anterior;

#### RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO. Adopción:** Actualizar y adoptar, en la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería los siguientes instrumentos institucionales, en alineación con MIPG, el Sistema de Control Interno y la Guía para la Gestión Integral del Riesgo – Versión 7 (2025) del DAFP:

- a) Política de Administración de Riesgos.
- b) Metodología institucional para Identificación y Valoración de Riesgos.
- c) Política Antifraude.
- d) Política Antisoborno.
- e) Política Antilavado de Activos y contra la Financiación del Terrorismo (en armonía con SARLAFT y demás obligaciones aplicables al SGSSS).
- f) Procedimiento para Denuncias de Corrupción, Opacidad, Fraude y demás conductas contrarias a la integridad.
- g) Procedimiento para la Gestión, Análisis y Reporte de Operaciones Sospechosas (ROS) y demás reportes aplicables ante la UIAF.

**ARTÍCULO SEGUNDO. Alcance de aplicación:** Las disposiciones de la presente Resolución aplican a:

- Servidores públicos de planta y temporales
- Trabajadores oficiales, si aplica
- Contratistas
- Estudiantes, practicantes y personal en formación
- Proveedores y terceros vinculados mediante contratos o convenios
- Cualquier persona que actúe en nombre, por cuenta o en interés de la E.S.E., en lo que resulte pertinente.

**ARTÍCULO TERCERO. Marco institucional de gestión integral del riesgo:** La E.S.E. gestionará integralmente los riesgos institucionales, incluyendo como mínimo (sin limitarse a): estratégicos,

E.S.E. Hospital San Jerónimo Montería

Dirección: Carrera 14 No. 22-200 ☎

**Citas Médicas** Teléfono: (4) 789 4698 - 018000 180454 ☎

esesanjeronimo.gov.co 🌐

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: [pqrf@esesanjeronimo.gov.co](mailto:pqrf@esesanjeronimo.gov.co) ✉

misionales/asistenciales, operativos, de cumplimiento, financieros, fiscales, de corrupción, fraude, soborno, LA/FT, tecnológicos/seguridad digital, SST, ambientales y reputacionales, articulando su tratamiento con la planeación, el desempeño institucional y la mejora continua.

**ARTÍCULO CUARTO. Adopción de la Política de Administración de Riesgos:** Adoptar la Política de Administración de Riesgos actualizada, la cual define:

- a) Principios (integridad, legalidad, transparencia, enfoque preventivo, autocontrol, trazabilidad, mejora continua).
- b) Objetivos de la política.
- c) Gobernanza: roles, responsabilidades y líneas de defensa.
- d) Niveles de aceptación del riesgo (apetito/tolerancia) por tipología y criticidad.
- e) Reglas de escalamiento, reporte y toma de decisiones.
- f) Revisión periódica y actualización.

**ARTÍCULO QUINTO. Adopción de la Metodología para identificación y valoración de riesgos:** Adoptar la Metodología institucional, la cual comprende las siguientes etapas:

- Contexto y alcance
- Identificación
- Análisis
- Valoración
- Tratamiento
- Monitoreo y revisión
- Comunicación y consulta
- Registro y evidencia documental.

**Parágrafo 1.** La metodología unifica criterios para: causas, eventos, consecuencias, controles, responsables, indicadores, planes de tratamiento, evidencias, periodicidad y criterios de actualización.

**Parágrafo 2.** La valoración de riesgos se documentará en matrices institucionales y por proceso, manteniendo trazabilidad, versionamiento y soporte de decisiones.

**ARTÍCULO SEXTO. Adopción integral de las Políticas de Integridad y Transparencia:** Adoptar e integrar al Sistema de Control Interno y al Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG las siguientes políticas institucionales:

**Política Antifraude:** Establece el principio de cero tolerancias frente al fraude, definiendo mecanismos de prevención, detección, investigación y sanción de conductas que afecten los recursos públicos, la prestación de servicios de salud y la confianza institucional.

Incluye:

- Identificación de tipologías de fraude interno y externo.
- Controles preventivos en contratación, facturación, tesorería y gestión asistencial.
- Deber de reporte oportuno.
- Medidas disciplinarias y acciones legales correspondientes.

**Política Antisoborno:** Establece la prohibición expresa de ofrecer, prometer, autorizar, solicitar o aceptar beneficios indebidos, directa o indirectamente.

Contempla:

- Gestión de conflictos de interés.
- Debida diligencia de terceros.

E.S.E. Hospital San Jerónimo Montería

Dirección: Carrera 14 No. 22 200 ☎

**Citas Médicas** Teléfono: (4) 789 4698 - 018000 180 454 ☎

esesanjeronimo.gov.co ☎

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: [pqrf@esesanjeronimo.gov.co](mailto:pqrf@esesanjeronimo.gov.co) ☎

- Control sobre regalos, hospitalidades y patrocinios.
- Segregación de funciones y trazabilidad en procesos críticos.
- Sanciones administrativas, disciplinarias y penales.

**Política Antilavado de Activos y Contra la Financiación del Terrorismo (LA/FT):** Adoptada en armonía con las instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud sobre SARLAFT y los lineamientos de la UIAF.

Establece:

- Identificación y evaluación del riesgo LA/FT.
- Señales de alerta.
- Procedimientos de debida diligencia.
- Gestión de operaciones inusuales y sospechosas.
- Reserva y confidencialidad en los reportes.
- Responsables institucionales para su monitoreo.

**ARTÍCULO SÉPTIMO. Adopción del Procedimiento Institucional de Denuncias de Corrupción y Canal de Integridad:** Adoptar el Procedimiento Institucional de Recepción, Trámite y Gestión de Denuncias, el cual garantiza:

- Canales accesibles, confidenciales y seguros.
- Protección contra represalias.
- Trazabilidad y tiempos definidos de respuesta.
- Clasificación y escalamiento según competencia.
- Articulación con Control Interno Disciplinario, Oficina Jurídica y entes de control cuando corresponda.
- Protección de datos personales y reserva legal.

Este procedimiento aplicará a denuncias relacionadas con corrupción, fraude, soborno, conflictos de interés, irregularidades administrativas o hechos que comprometan la integridad institucional.

**ARTÍCULO OCTAVO. Adopción del Procedimiento para la Gestión y Reporte de Operaciones Sospechosas:** Adoptar el Procedimiento para la Identificación, Análisis y Reporte de Operaciones Sospechosas (ROS), el cual establecerá:

- Definición de operación inusual y operación sospechosa.
- Responsables del análisis interno.
- Registro y custodia documental.
- Reporte oportuno ante la UIAF cuando aplique.
- Garantía de confidencialidad y reserva.
- Monitoreo permanente de señales de alerta.

**ARTÍCULO NOVENO: Integración sistémica de las políticas adoptadas:** Las políticas y procedimientos adoptados mediante la presente resolución:

- Se integran al Sistema de Control Interno.
- Forman parte del Mapa Institucional de Riesgos.
- Se articulan con el Programa de Transparencia y Ética Pública.

**ARTÍCULO DECIMO: Obligatoriedad y responsabilidad:** El incumplimiento de las disposiciones contenidas en las políticas y procedimientos adoptados mediante la presente resolución dará lugar a las acciones disciplinarias, fiscales, contractuales o penales a que haya lugar, conforme al régimen jurídico aplicable.

E.S.E. Hospital San Jerónimo Montería

Dirección: Carrera 14 No. 22-200 ☎

**Citas Médicas** Teléfono: (4) 789 4698 - 018000 180454 📞

esesanjeronimo.gov.co 🌐

Sus Peticiones, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, serán respondidas en este correo: [pqrf@esesanjeronimo.gov.co](mailto:pqrf@esesanjeronimo.gov.co) ✉

**ARTÍCULO DECIMO PRIMERO:** Anexos Técnicos: Hacen parte integral de la presente resolución los siguientes anexos:




- Anexo 1. Política de Administración de Riesgos y Metodología para la Identificación y Valoración de riesgos.
- Anexo 2. Política Antifraude.
- Anexo 3. Política Antisoborno.
- Anexo 4. Política Antilavado de Activos y contra la Financiación del Terrorismo (SARLAFT).
- Anexo 5. Procedimiento de Denuncias de Corrupción (canal de integridad).
- Anexo 6. Procedimiento de Operaciones Sospechosas (ROS) y reporte a UIAF.

**ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO:** La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deja sin efectos todas las disposiciones que le sean contrarias.

**COMUNÍQUESE, PUBLIQUESE Y CÚMPLASE**

Dado en Montería, a los 17 días del mes de febrero de 2026.

**GUILLERMO HOYOS MADER**  
 Gerente

		
Elaboró	Revisó	Aprobó
<b>ALEXANDRA NEGRETE ROJAS</b>	<b>MARIA EUGENIA FERREIRA</b>	<b>CARLOS GÓNZALEZ HERREÑA</b>
Profesional Universitario Gestión de Riesgo	Jefe Oficina Jurídica	Profesional Esp. Planeación y Gestión de la Calidad

