

CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE

Contenido

- I. Introducción**
- II. Campo de aplicación**
- III. Hospital Pablo Tobón Uribe**
 - a. Características generales**
 - b. Marco general del Hospital**
 - c. Marco estratégico**
 - d. Estructura**
- IV. Dirección**
 - a. Junta Directiva**
 - 1. Composición de la Junta Directiva**
 - 2. Reglamento de la Junta Directiva**
 - 3. Responsabilidades**
 - b. Dirección General**
- V. Órganos de control y vigilancia**
 - a. Revisoría Fiscal**
 - b. Control Interno**
- VI. Reglas de conducta de los directivos**
 - a. Definiciones**
 - b. Reglas de conducta**
- VII. Información, confidencialidad, revelación y transparencia**
- VIII. Prevención del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva**
- IX. Gestión de Riesgos**
- IX. Responsabilidad social**

X. Sistema de evaluación y control

XI. Gestión del código de buen gobierno

COPIA CONTROLADA

CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO

I. INTRODUCCIÓN

Destacando la importancia que tienen las prácticas de BUEN GOBIERNO, se busca a través de la implementación del presente Código, compilar los principios y valores éticos, de transparencia, entre otros de la alta dirección del Hospital Pablo Tobón Uribe, que se convierten en mecanismos y herramientas de autorregulación en la labor de dirección de la Institución, para lograr así una gestión integral, eficiente y transparente, generando en los diversos públicos y sus grupos de interés, la confianza necesaria en el Hospital Pablo Tobón Uribe.

Todos los directivos y colaboradores del Hospital están obligados a cumplir con las leyes, las disposiciones y reglamentaciones que expidan las autoridades, los estatutos al igual que todas las políticas fijadas por los órganos de dirección y control del Hospital.

II. CAMPO DE APLICACIÓN

El alcance del presente Código comprende las decisiones de la Junta Directiva, el Director General, los Jefes de División, Departamento, Sección y Unidad, así como de todo el personal del Hospital, de tal forma que se garantice el cumplimiento del objetivo general de este Código.

Inspiran el funcionamiento del Hospital los siguientes valores:



- **Integridad:** Es el hábito de actuar con rectitud, probidad, autocrítica, justicia, coherencia e impecabilidad ética.
- **Compasión:** Es la actitud que dispone a ser sensible al padecimiento y fragilidad del otro y que motiva a comprender, acompañar, acoger y aliviar dicha circunstancia. Es la capacidad de situarse al lado de quien sufre.

- **Respeto:** Capacidad para reconocerse a sí mismo y al otro como merecedor de dignidad, que lleva a ser cortés, a valorar y aceptar la diversidad y la diferencia y a comportarse de acuerdo con las buenas costumbres.
- **Excelencia:** Es la búsqueda permanente de una calidad superior en el campo ético, humano, científico, técnico y administrativo, en una cultura de aprendizaje y mejora continua.
- **Equidad:** Consiste en valorar las singularidades y desigualdades de los demás, con el fin de dar el trato más justo, acorde con sus circunstancias.

III. HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE

a. CARACTERÍSTICAS GENERALES

El Hospital Pablo Tobón Uribe es una institución del sector salud, de origen privado, sin ánimo de lucro, Fundación Testamentaria, con Personería Jurídica (Ministerio de justicia, Resolución 0528,1955), de carácter general, Hospital Universitario, acorde con los Ministerios de Educación y de Salud, con acuerdo N° 00148 del 21 de marzo de 2014 otorgada por la Comisión intersectorial para el talento humano en salud. Con actividades docente-asistenciales a través de varias universidades, el SENA y su propio Instituto de Educación Pablo Tobón Uribe.

En su Junta Directiva tiene sendos representantes personales el Gobernador de Antioquia, el Alcalde de Medellín y el Presidente de la Sociedad de Mejoras Públicas de Medellín; además, cuatro (04) representantes de la comunidad (con sus respectivos suplentes) designados por el Señor Arzobispo de Medellín y el Director Seccional de Salud de Antioquia, según sus estatutos testamentarios. De la Junta depende el Director General y representante legal; de éste, los demás colaboradores; tiene Revisoría Fiscal y asesores externos de diferentes disciplinas.

Inició tareas en 1970; se ha desarrollado paulatinamente en función de sus recursos y de las posibilidades para tener colaboradores capacitados que compartan su filosofía. Catalogado en el nivel III de atención (nivel máximo de complejidad) (Resolución. 030,1999, Secretaría de Seguridad Social en Salud de Medellín). Dado su alto nivel de complejidad, es un Hospital de referencia. Habilitado en el 2003 con código de prestador de servicios de salud 050010210401 por la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia. Se financia con su facturación, con recursos propios, de crédito y algunas donaciones recibidas. De esta forma, lleva a cabo los programas de renovación e inversión.

b. MARCO GENERAL DEL HOSPITAL

El Hospital es una Institución centrada en la persona, a la que se le reconoce su dignidad independiente del género, raza o religión, brindando un servicio compasivo, enfocado en el bienestar del paciente y su familia. “Existe porque existen los enfermos”; concebido, diseñado, construido y soportado por seres humanos, para seres humanos.

Coherente con lo anterior, se definen los principios fundamentales (filosóficos):

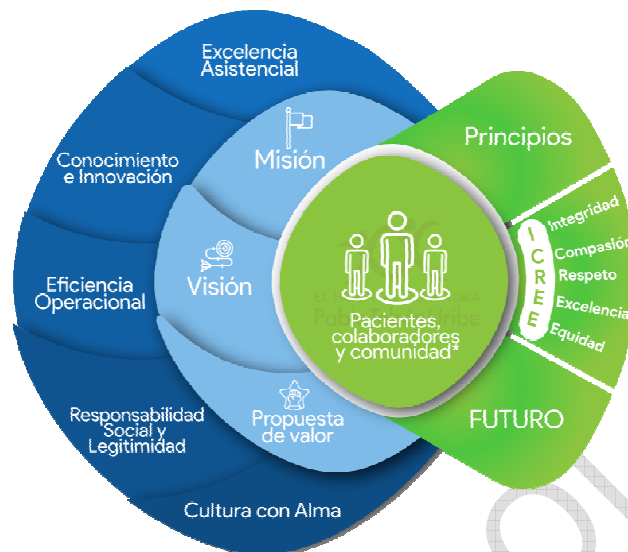
Principios fundamentales (filosóficos):

- “El Hospital Pablo Tobón Uribe cree que cada paciente, por su dignidad de persona merece toda la consideración y lo mira como tal, y como miembro de una familia y de una comunidad. Por consiguiente, brinda al enfermo todo el respeto, atención y ayuda a que tiene derecho como ser humano”.
- “Porque toda institución es reflejo de quienes la integran, el personal que presta servicios en el Hospital, se elige dentro de los más altos niveles morales, con la indispensable preparación y con el mayor sentido de servicio a la comunidad”.
- “La calidad de los servicios que presta el Hospital depende de la capacidad, de la preparación y del mejoramiento continuo de las personas que en él sirven”.
- “El Hospital procura al máximo el continuo desarrollo humano y técnico de todos sus servidores y está convencido de la necesidad de programas educativos para ellos y para la comunidad”. “Propicia estos programas en la medida de sus capacidades y así mejora constantemente la condición humana de su personal y la calidad de sus servicios”.
- “Como Hospital Universitario, participa activamente en la formación de personal médico, paramédico y administrativo del sector salud” y realiza investigación dentro de estrictos criterios éticos.
- “El Hospital no tiene ánimo de lucro, por ello sus excedentes son reinvertidos en su operación, desarrollo y en el cumplimiento de su responsabilidad social.
- “Cree el Hospital que toda persona o grupo familiar, de acuerdo con su sistema de seguridad social y según su nivel socio-económico, debe devolver a la comunidad, a través del Hospital, total o parcialmente el valor de los servicios que recibe”.
- “La atención en salud es un derecho constitucional de los colombianos. El Hospital por convicción se obliga a hacer un uso racional y pertinente de los recursos y a unir esfuerzos con los demás actores del sector salud para ello.”
- “El Hospital Pablo Tobón Uribe es un Hospital general, abierto a toda la comunidad sin distinción de raza, ideología, religión o condición social”.
- “El Hospital presta servicios de salud, acordes con las mayores necesidades de la comunidad, sin duplicar los que estén debidamente cubiertos”

c. MARCO ESTRATÉGICO

Para dar cumplimiento a la misión y lograr alcanzar la visión, se definen las áreas claves y de soporte vital, las cuales se desdoblán en objetivos estratégicos, estrategias y proyectos:

El siguiente esquema es la representación de los elementos del marco estratégico, los cuales se explican a continuación:



Misión:

Cuidar la salud y la vida con excelencia y de manera compasiva, generar y transmitir conocimiento, centrados en la persona, con sentido trascendente y de responsabilidad social.

Propuesta de valor:

Brindar soluciones a problemas de salud, preferencialmente complejos, por medio de: conocimiento actualizado, trabajo en equipo e interdisciplinario, continuidad de la atención y coordinación con otros agentes, para lograr los mejores resultados clínicos a costos razonables y con una excelente experiencia de servicio.

Visión:

Ser Hospital sobresaliente en humanismo, conocimiento, investigación, innovación y por contribuir a un mundo mejor.

Áreas estratégicas:

Para dar cumplimiento a la misión, a la propuesta de valor y lograr alcanzar la visión, se definen cinco (5) áreas estratégicas, las cuales se desdoblán en objetivos estratégicos, estrategias y proyectos:

Área estratégica	Objetivo
Excelencia asistencial	Lograr resultados clínicos de calidad superior.

Área estratégica	Objetivo
Conocimiento e innovación	Aprender, investigar, innovar, generar y transmitir conocimiento.
Eficiencia Operacional	Propiciar la sostenibilidad financiera, el crecimiento y la mejor utilización de los recursos.
Cultura con Alma	Prestar un servicio compasivo. Consolidar un equipo humano motivado, competente y en permanente desarrollo.
Responsabilidad Social y Legitimidad	Contribuir al desarrollo de la comunidad y trascender en el mundo. Ser referente e influyente en lo asistencial, social y ambiental.

d. ESTRUCTURA

La estructura administrativa del Hospital se conforma de una Dirección General que se describe a continuación, de ella dependen Control Interno, Secretaría General y Asuntos Legales y seis Divisiones: Médica, Paramédica, Administrativa y Financiera, Gestión Humana, Calidad y Operaciones. A su vez de cada División se desprenden diferentes Departamentos y de algunos de ellos Secciones y Unidades descritos en el organigrama institucional (OR-DPL-001).

IV. DIRECCIÓN

Dirección

La dirección del Hospital está cargo de los siguientes órganos:

1. Junta Directiva
2. Director General

Evaluación y control de la Dirección: La Junta Directiva y la Administración del Hospital presentan anualmente a sus grupos interés el informe de gestión y sostenibilidad que incluirá entre otros aspectos los asistenciales, económicos, sociales y ambientales.

a. LA JUNTA DIRECTIVA

1. Composición de la Junta Directiva

La Junta Directiva del Hospital, está compuesta por ocho (8) miembros, de los cuales siete (7) tienen su origen en la voluntad del testador y uno (1) en las disposiciones legales:

Miembros por voluntad del testador:

- El Gobernador del Departamento de Antioquia o su delegado personal permanente.
- El Alcalde del Municipio de Medellín o su delegado personal permanente.
- El Presidente de la Sociedad de Mejoras Públicas de Medellín o su delegado personal permanente.
- Cuatro (4) ciudadanos designados por el Señor Arzobispo de Medellín o por quien hiciere las veces de Ordinario Eclesiástico en la Arquidiócesis, con sus respectivos suplentes numéricos.

Miembro por disposición legal:

- Un (1) representante del Sector Salud designado de acuerdo con las disposiciones legales, con derecho a voz, pero sin voto.

2. Reglamento de la Junta Directiva

La Junta Directiva del Hospital Pablo Tobón Uribe se rige por su reglamento interno, de acuerdo con los principios organizacionales y de Gobierno Corporativo, el cual establece:

De los miembros de la Junta Directiva

Para la designación de sus miembros, La Junta Directiva se ceñirá a lo estipulado en los estatutos. La Junta procurará que en su composición se encuentren reflejadas variedad de disciplinas, conocimientos y experiencias, con el fin de enriquecer los análisis y la toma de decisiones.

Para los miembros designados por el Señor Arzobispo de Medellín, la calidad de principal y de suplente se asignará siguiendo en estricto orden la antigüedad de su ingreso a la Junta.

La Junta designará, entre sus miembros, a un Presidente, un Vicepresidente Primero y un Vicepresidente Segundo mediante votación secreta. Los períodos serán de dos años, con posibilidad de reelección indefinida. Podrán ejercer estos cargos, tanto miembros principales como suplentes y la edad de retiro máximo es de 75 años de edad.

Principios de actuación de los miembros

Los miembros de la Junta Directiva tendrán en cuenta los siguientes principios para el ejercicio de sus responsabilidades, de tal forma que mantengan la mayor objetividad, independencia y conocimiento en la toma de decisiones:

1. Actuar de buena fe, con la debida diligencia y cuidado, procurando siempre que sus decisiones estén encaminadas a garantizar la supervivencia y el cumplimiento del objeto social del Hospital.
2. Actuar con independencia de la Administración y de intereses particulares distintos a los del Hospital.
3. Evitar conflictos de interés entre sus intereses particulares y los del Hospital. Expresar los conflictos de interés cuando sea del caso a la Comisión de la Mesa.
4. Tratar respetuosamente a los otros miembros de Junta, a los administradores y a todas las personas que entren en contacto con los miembros en razón de sus funciones.
5. Participar activamente y de manera responsable en el diálogo, expresar opiniones con franqueza y debatirlas rigurosamente. Contribuir con su experiencia y conocimiento al mejoramiento y sostenibilidad del Hospital.
6. Promover en lo que concierne a sus funciones, el cumplimiento de los estatutos y demás normas y reglas que rigen el funcionamiento del Hospital.
7. Guardar y proteger la reserva de la información obtenida en el seno de la Junta y abstenerse de utilizarla indebidamente.

Reuniones

1. Sesiones: La Junta Directiva tendrá sesiones ordinarias con una periodicidad preferiblemente mensual y un mínimo de diez sesiones al año, en el día y a la hora que señale la misma Junta o la Dirección; y de manera extraordinaria cuando sea convocada por su Presidente o por el Revisor Fiscal o cuando lo solicite alguno de sus miembros a través del Presidente. La citación para las reuniones extraordinarias se comunicará con antelación, por lo menos, de un día hábil.

La Junta Directiva podrá sesionar sin la presencia del Director General cuando así lo considere.

2. Calendario: Se contará con un calendario tentativo de reuniones de la Junta, cuya modificación podrá hacerse por decisión del Presidente o de la misma Junta.

3. Métodos Alternativos de Deliberación: En los casos y con los requisitos establecidos por la Ley, las deliberaciones y decisiones de la Junta, podrán efectuarse mediante comunicación simultánea o sucesiva entre sus miembros. ,.

4. Citación: Se citará a las reuniones ordinarias y extraordinarias vía telefónica y por correo electrónico. La citación deberá contener: la fecha, la hora, el lugar, la agenda, el acta de la reunión anterior, la información financiera y otra de interés para las deliberaciones.

A las sesiones de la Junta serán citados tanto los miembros principales, como los miembros suplentes.

5. Asistencia: De acuerdo con los estatutos, los miembros de la Junta Directiva deberán asistir al menos a la mitad de las sesiones de Junta realizadas durante el año. El incumplimiento de este artículo por parte de alguno de los miembros ameritará la revisión del caso, para definir la

puesta en conocimiento de esta situación al respectivo nominador por parte de la Junta y tomar así la decisión de su continuidad o remplazo según las circunstancias.

6. Quórum: Habrá quórum para sesionar cuando se reúna por lo menos la mitad de los Miembros de la Junta Directiva y sus decisiones se adoptarán por consenso de sus miembros asistentes con derecho a voto.

Parágrafo: En caso de no existir consenso y de acuerdo con el criterio del Presidente de la Junta Directiva, éste se encuentra facultado para dirimir el asunto mediante votación de sus miembros, decisión que será aprobada por mayoría absoluta. Para efectos de la votación se tendrán en cuenta solo los miembros principales. Una vez la Junta Directiva adopte por mayoría una decisión, se espera que sea acatada y respetada por todos sus miembros independientemente de quienes estuvieron a favor o en contra de tal decisión.

7. Actas: De todas las reuniones y de las decisiones adoptadas por la Junta Directiva, se elaborarán las correspondientes actas, las cuales serán asentadas en el libro de actas.

Las actas no serán transcripciones textuales, excepto en lo necesario y su contenido será un resumen de lo tratado en la reunión, los principales argumentos, consideraciones de la deliberación y las decisiones adoptadas. Las deliberaciones y actas tendrán carácter reservado.

Las actas serán suscritas por el Presidente de la respectiva reunión y por el Secretario que haya actuado en ella. En todos los casos las actas se someterán a aprobación en la subsiguiente de la Junta y deberán ser firmadas por el Presidente y el Secretario.

Comisiones

Con el fin de mejorar y facilitar la participación de la Junta en los asuntos del Hospital, la Junta Directiva, creará dos tipos de comités, conformados por personas con la calidad de miembros de ésta. Los comités informarán a la Junta Directiva, acerca de sus actividades, dejarán consignadas en un acta el desarrollo de la reunión y el director asistirá a todos los comités o delegará su asistencia

Comisiones permanentes:

- Comisión de la Mesa: conformada por el Presidente, el Vicepresidente Primero, el Vicepresidente Segundo y un Miembro de la Comisión Asistencial. Se encarga de lo relacionado con asuntos cotidianos, de gobierno corporativo, de salarios, de estructura organizacional y de políticas contractuales y de gestión del personal.
- Comisión Financiera: Se encarga de asuntos relativos al control interno, Revisoría Fiscal, el seguimiento al desempeño y la sostenibilidad financiera.
- Comisión Asistencial: Apoya el desempeño asistencial del Hospital Pablo Tobón Uribe, acompaña las tendencias en nuevos servicios, tecnologías y herramientas de gestión clínica, para facilitar la orientación de la Junta en aspectos asistenciales y contribuir a la mejora continua en los procesos de atención, como fruto del análisis y seguimiento a los indicadores y a la comparación con otras instituciones similares.

- Comisión de Riesgos: Su propósito es hacer seguimiento, aprobar y asesorar a la Junta en pleno, sobre las prácticas de administración de riesgos críticos del Hospital, actuando en coordinación con la Comisión Financiera y Asistencial.

Comisiones temporales:

-La Junta podrá decidir de manera temporal la conformación de comisiones que sirvan de soporte a la Administración del Hospital en asuntos en los que se considere conveniente. Estos comités funcionarán de acuerdo con lo decidido en la sesión de Junta pertinente.

Confidencialidad

Los miembros de Junta se comprometen a mantener la estricta reserva sobre los asuntos que específicamente se hayan tratado bajo la confidencialidad y en términos generales, sobre aquella información que pueda poner en riesgo la supervivencia y sostenibilidad del Hospital.

Conflictos de interés

Los miembros de Junta se comprometen a manifestar desde el momento de su ingreso y cada que haya lugar en un tema, los conflictos de interés que pueden influir en la toma de decisiones, con el fin de que ellos sean conocidos por los restantes miembros de Junta y evaluadas las acciones pertinentes.

Para efectos de los conflictos de interés relacionados con negocios en los que tengan participación directa o indirecta los miembros de la Junta, ellos deberán ser expresados a la Comisión de la Mesa para cuantías superiores a trescientos (300) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Resolución de controversias

El Hospital propende por el buen relacionamiento de sus órganos de dirección y la búsqueda de consensos. Las disputas que puedan presentarse entre los miembros de la Junta Directiva, entre estos y miembros del Comité de Dirección, colaboradores con apoderamiento general, serán sometidas a consideración, y decisión por parte de la Comisión de la Mesa. En todo caso, el Directivo involucrado se abstendrá de participar en la discusión y decisión del asunto que genere la diferencia.

En caso de que el directivo no esté de acuerdo con la decisión de la Comisión, deberá agotar el mecanismo alternativo de solución de conflictos de conciliación ante un tercero previo a acudir a la jurisdicción ordinaria.

Interpretación y prelación

Los Estatutos del Hospital primarán sobre el presente Reglamento en el evento de cualquier vacío, inconsistencia o conflicto.

3. Responsabilidades.

Son responsabilidades de la Junta Directiva y de sus miembros:

1. Aprobar los reglamentos, las normas y disposiciones para el régimen interno del **Hospital** y el suyo propio.
2. Reformar los Estatutos del **Hospital** y someterlos a la aprobación de la autoridad competente.
3. Aprobar la misión, la visión y el plan estratégico del **Hospital**, contribuir a su recta interpretación, a una más eficaz implantación y garantizar su revisión periódica.
4. Determinar las políticas y orientaciones generales del **Hospital**.
5. Elegir sus dignatarios en los términos establecidos en los Estatutos del **Hospital**.
6. Nombrar, evaluar y remover al Director General.
7. Determinar los criterios para fijar la remuneración del personal y sus esquemas. Definir la remuneración del Director General y aprobar la de los Jefes de División.
8. Definir el plan de sucesión y desarrollo de líderes para los cargos directivos.
9. Designar a los representantes legales suplentes.
10. Nombrar y remover al Revisor Fiscal principal y suplente y señalarle su remuneración.
11. Aprobar la estructura organizacional y sus políticas.
12. Aprobar los presupuestos financieros.
13. Examinar, aprobar y fenecer los estados financieros correspondientes a cada ejercicio anual.
14. Velar por la salud financiera del **Hospital**, y dar las orientaciones requeridas para que este permanezca financieramente viable en el tiempo.
15. Examinar los riesgos y el establecimiento de planes de contingencia para afrontar las circunstancias que pongan en peligro la supervivencia y el cumplimiento de la misión del **Hospital**.
Pronunciarse sobre los informes que en materia de revelación de riesgos le sean presentados y tomar las medidas necesarias para su mitigación.
16. Crear los Comités que considere necesarios y recibir información acerca de su funcionamiento.
17. Crear y organizar servicios especiales, Institutos o dependencias dotadas de autonomía administrativa o funcional, destinar a ellos parte de sus bienes y reglamentar su funcionamiento.

18. Autorizar sobre arrendamientos y enajenación de los bienes del **Hospital** y establecer las bases para la celebración de sus contratos.

19. Autorizar al Director General para:

Realizar contratos de prestación de servicios de salud cuya cuantía exceda los veinte mil (20.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes al momento de la celebración, por cada cliente y vigencia anual.

Realizar compra de medicamentos y suministros relativos al cumplimiento de objeto social del Hospital cuya cuantía exceda los diez mil (10.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por cada cliente y vigencia anual.

Realizar otros contratos de naturaleza distinta a los anteriores cuya cuantía exceda de dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes al momento de la celebración, por cada cliente y vigencia anual.

20. Resolver sobre la adquisición, enajenación o constitución de gravámenes a bienes inmuebles, cualquiera sea la cuantía.

21. Ordenar el otorgamiento de las distinciones oficiales del Hospital.

22. Revisar con suficiente anticipación las agendas de las reuniones y el material que presente la administración. Atender cumplidamente a las reuniones que se citen.

23. Orientar, vigilar, preguntar, opinar, pero no coadministrar.

24. Delegar las funciones que estime conveniente.

25. Autoevaluarse en forma individual y colegiada anualmente. Convenir las acciones para mejorar su gestión.

b. DIRECTOR GENERAL

Director General

El Gobierno y la Administración directa del **Hospital** estarán a cargo del Director General.

El Director General será el Representante legal principal del **Hospital** judicial y extrajudicialmente. En caso de falta accidental o temporal será reemplazado por uno de los dos Representantes Legales suplentes. El Director General podrá delegar la Representación Legal del **Hospital**, previa autorización de la Junta Directiva.

Responsabilidades

Son responsabilidades del Director General:

Última actualización Versión junio de 2023, OD-DGL-002

1. Cumplir y hacer cumplir fielmente los Estatutos del **Hospital**, sus normas y reglamentos, las disposiciones de la Junta Directiva y las normas legales vigentes.
2. Ejercer la representación del **Hospital** con facultades para transigir, desistir y sustituir parcialmente sus facultades; recibir, adquirir muebles, constituir gravámenes, enajenar toda clase de bienes muebles; celebrar el contrato comercial de cambio en todas sus manifestaciones y los demás actos de disposición y administración; en todos los casos anteriores con las limitaciones de cuantía establecidas en estos mismos estatutos.
3. Proponer a la Junta la estrategia del **Hospital** para que esta la analice, la enriquezca, la interprete y la interiorice de manera unánime.
4. Someter a la consideración y aprobación de la Junta Directiva los presupuestos financieros del **Hospital**.
5. Poner en conocimiento de la Junta Directiva los nombramientos, promociones, traslados, licencias y remociones del personal directivo del **Hospital**.
6. Planear, dirigir y controlar el trabajo de las diferentes dependencias con el fin de cumplir los objetivos del **Hospital**.
7. Mantener a la Junta Directiva oportuna y totalmente informada.
8. Proponer a la Junta una agenda anual sobre asuntos estratégicos y sobre su capacitación e información.
9. Proponer el orden del día de las sesiones de la Junta Directiva.
10. Hacer la inducción general del **Hospital** a los nuevos miembros de la Junta Directiva, de manera conjunta con el presidente de la Junta Directiva.
11. Presentar oportunamente ante las autoridades competentes, los informes exigidos por las disposiciones legales vigentes.
12. Rendir cuentas a los organismos que la Ley exija.
13. Asegurar la ejecución del presupuesto.
14. Cumplir las demás funciones que le asignen la Ley, la Junta Directiva y las que le corresponden por la naturaleza de su cargo.
15. Delegar algunas de sus atribuciones de conformidad con lo establecido en los estatutos y en la ley.

V. ÓRGANOS DE CONTROL Y VIGILANCIA.

a. Revisoría Fiscal.

El Hospital tendrá un Revisor Fiscal nombrado por la Junta Directiva quien ejercerá sus funciones de acuerdo con las normas que le determinen la Ley, los estatutos y la Junta Directiva. Esta determinará la periodicidad para el cambio de la firma que realiza la Revisoría Fiscal y su equipo.

b. Control Interno.

Dependencia que reporta y depende de la Dirección General del Hospital, con las siguientes funciones:

1. Gestionar las actividades de control interno, a partir de la priorización en los planes de auditoría de las áreas consideradas vulnerables, que permitan reducir sus efectos y así garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos del Hospital.
2. Asesorar en la incorporación de las mejores prácticas de administración de riesgo.
3. Diseñar y promover programas para la difusión, creación implementación y mantenimiento de un ambiente y una cultura de control en el Hospital.
4. Planear las actividades anuales de control utilizando herramientas de priorización, para cubrir los procesos críticos.
5. Asignar responsabilidades a los analistas de control interno de acuerdo con las competencias de cada uno, para hacer cumplimiento en su totalidad al plan anual del área.
6. Asesorar el diseño y efectividad de los controles para asegurar los procesos.
7. Establecer planes de seguimiento y monitoreo para asegurar el cumplimiento del plan de auditoría.
8. Controlar los avances en el plan anual de auditoría en el tiempo pactado.
9. Elaborar informes periódicos a la Dirección y dar las recomendaciones para el mejor funcionamiento del Hospital y su ambiente de control.
10. Valorar los colaboradores del área, a partir de los procedimientos establecidos por el Hospital, para determinar fortalezas y oportunidades de mejoramiento.

VI. REGLAS DE CONDUCTA DE LOS DIRECTIVOS

a. DEFINICIONES

Conflictos de interés

Un conflicto de interés es una situación en virtud de la cual una persona, en razón del desempeño de sus funciones, se encuentra en una posición en donde podría aprovechar para sí o para un tercero las decisiones que se tomen frente a distintas alternativas de conducta.

Grupos de interés

Personas, grupos o entidades sobre las cuales el Hospital tiene influencia. Es sinónimo de partes interesadas.

Valores éticos

Atributos o cualidades propias de las personas que posibilitan la construcción de una sociedad sana y armónica y de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana. Estos valores se expresan en el comportamiento de las personas.

Reglas de conducta

Son aquellas guías de comportamiento creadas por autoridades estatales o fijadas por la Dirección General del **Hospital Pablo Tobón Uribe**.

b. REGLAS DE CONDUCTA NORMAS DE COMPORTAMIENTO

Generalidades:

Todo el personal del Hospital Pablo Tobón Uribe está obligado a cumplir con las disposiciones legales vigentes, con las propias del Sistema General De Seguridad Social En Salud y con la normativa interna de la Institución.

En el desarrollo del objeto social del Hospital, prevalece el interés de la Institución sobre los intereses particulares.

Todo el personal de la Institución siempre debe actuar en búsqueda del bienestar y el éxito del Hospital.

Lealtad: El personal del Hospital debe seguir los principios de lealtad, buena fe y diligencia, en todas sus actuaciones, anteponiendo siempre el interés del Hospital sobre los suyos.

Utilización del cargo: El personal del Hospital no puede sacar provecho o beneficios indebidos de su posición para sí mismo o para terceras personas. Se debe mantener un trato justo, equitativo y respetuoso con todas las personas y partes interesadas.

El personal debe trabajar contra la corrupción en todas sus formas, incluidas la extorsión y el soborno.

Utilización de bienes del Hospital: Los bienes y servicios que están a disposición del personal, deben ser utilizados para el propósito definido por el HOSPITAL.

Contratación con terceros: Entiende el HOSPITAL que para concentrarse en el cumplimiento de su objeto social, debe apoyarse en empresas que prestan servicios especializados, diferentes a los de salud propios del Hospital, tales como la seguridad, la limpieza, la alimentación, entre otros. La relación con los directivos y empleados de dichas organizaciones se debe ceñir a los parámetros de comportamiento que sigue el HOSPITAL con sus propios colaboradores buscando el fortalecimiento de relaciones comerciales que se mantengan en el largo plazo y con base en la mutua confianza, el mutuo respeto y el mutuo compromiso. Estas entidades son verdaderos aliados del Hospital para cumplir de la mejor forma el proceso de atención en salud al paciente. Se debe mantener una permanente comunicación como base del servicio. La prioridad del tercero debe ser atender la necesidad del HOSPITAL para la cual fue contratado.

Los terceros deben ser informados de las políticas y expectativas que frente a ellos tiene el HOSPITAL.

Aceptación de prebendas: Está prohibido que los colaboradores del HOSPITAL acepten prebendas que puedan condicionar sus decisiones.

Seguridad y confidencialidad de la información y del capital intelectual del HOSPITAL: Se debe mantener la confidencialidad y seguridad en la custodia y manejo de la información y del capital intelectual del HOSPITAL.

Planes de contingencia y continuidad del servicio: Los colaboradores del HOSPITAL están en la obligación de identificar y gestionar las acciones conducentes para garantizar la continuidad del funcionamiento de la Institución.

Información a clientes internos y externos: Los colaboradores del HOSPITAL deben mantener la confidencialidad de los documentos o información que se encuentre bajo reserva sin importar la forma cómo accedió a la misma. Dentro de esta obligación se incluye la restricción de informar a los proveedores las cotizaciones presentadas por sus competidores.

Esta reserva se puede levantar con la autorización expresa del Director General o de la Junta Directiva, según el caso.

Toda información que sea suministrada a los clientes externos del HOSPITAL debe seguir las normas legales y contractuales de confidencialidad, así como de tratamiento de datos.

Aceptación de cargos extra laborales: Los Directivos del HOSPITAL (Director General y jefes de División) deben consultar previamente para aceptar cargos en Juntas Directivas o de cualquier naturaleza. El Director General o la Junta Directiva, según el caso, valorará la situación y decidirá al respecto.

Reglas adicionales de conducta: Adicionalmente, el personal del HOSPITAL se encuentra obligados a:

1. No hacer parte o facilitar actuaciones que atenten contra el interés público o del HOSPITAL.
2. Abstenerse de llevar a cabo actividades que pongan en riesgo la supervivencia del HOSPITAL.
3. No tener conductas dirigidas a intimidar o infundir miedo, terror, angustia, discriminación, maltrato, persecución, entorpecimiento, desprotección dentro del campo laboral con respecto de los colaboradores o compañeros de trabajo.
4. Informar a los estamentos correspondientes, sobre cualquier irregularidad que conozca.
5. Las demás que establezcan el Director General o la Junta Directiva.

VII. INFORMACIÓN, CONFIDENCIALIDAD, REVELACIÓN Y TRANSPARENCIA

En cumplimiento de la normatividad vigente y en adopción de las mejores prácticas empresariales, el Hospital pone a disposición de sus grupos de interés toda la información pertinente asegurando la máxima calidad y representatividad de la información revelada.

Así mismo, se definen los procedimientos para la calificación de la información como reservada o confidencial para el manejo de esta información frente a las exigencias de revelación de la normativa vigente.

El Hospital reconoce el valor del suministro de información clara, íntegra, correcta y oportuna para el adecuado conocimiento de su situación financiera y no financiera, y como sustento fundamental de la relación con sus grupos de interés. En el propósito de alcanzar sus objetivos estratégicos, el Hospital actuará con prudencia y lealtad hacia los mismos.

En todo caso, El Hospital se compromete a respetar los principios frente al manejo de los datos personales de todos sus grupos de interés y disponer de los recursos tecnológicos, administrativos y económicos que estén a su alcance para proteger la información y garantizar el ejercicio de los derechos de los titulares en los términos establecidos por la normatividad vigente en la materia.

Así mismo, a través de la Junta Directiva y la Alta Dirección, el Hospital reitera que está comprometido con la prevención del riesgo de corrupción, opacidad y fraude - COF y soborno, así como de cualquier otra práctica corrupta, de forma tal que pueda llevar a cabo sus actividades de manera ética, transparente y honesta.

El Hospital implementa un programa de transparencia y ética empresarial (PTEE) el cual hace parte de las Políticas de Gobierno Organizacional enfocadas en prevenir que se presenten fenómenos de Corrupción, Opacidad y Fraude (COF) y soborno nacional y transnacional, manteniendo los esfuerzos para operar de manera eficaz y responsable frente a cualquier acto.

El PTEE se elabora y desarrolla con el fin de permitir, prevenir, detectar y corregir situaciones que tengan la potencialidad de convertirse en una práctica indebida o fraudulenta. Adicionalmente, el PTEE compila de manera integral todas las normas internas en materia de prevención y mitigación del riesgo de COF y soborno, así como los principios y valores éticos, para llevar a cabo la operación de manera ética, transparente y honesta.

VIII. PREVENCIÓN DEL LAVADO DE ACTIVOS LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA

La Junta Directiva, la Dirección General, así como todos los colaboradores del Hospital, mantienen la cultura de prevenir, detectar y controlar que la Institución sea utilizada como instrumento para el Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LA/FT/FPADM).

El Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM), contiene:

1. Las políticas de ética que orientan la actuación de la alta gerencia, administradores, y colaboradores ;
2. Las políticas de vinculación y conocimiento de contrapartes;
3. Políticas para el manejo de efectivo,
4. Gestión de operaciones inusuales
5. Reporte de Operaciones Sospechosas.
6. Los procedimientos y metodologías para la identificación, evaluación, control y monitoreo de riesgos;
7. La capacitación al personal
8. La colaboración con las autoridades

Este sistema está contenido en el MANUAL SARLAFT/FPADM aprobado por la Junta Directiva, y es administrado por el Oficial de Cumplimiento, quien tiene la responsabilidad de evaluar los mecanismos de prevención, a fin de establecer la efectividad de los mismos y su cumplimiento por parte de todos los colaboradores del Hospital.

IX. GESTIÓN DE RIESGOS

Por medio de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, el Hospital busca:

- Fortalecer la prestación, el cumplimiento de metas, el mejoramiento y la mitigación de los riesgos en salud; con el fin de brindar servicios con mayor calidad y oportunidad.
- Incrementar la probabilidad de que los eventos de mayor impacto (eventos en salud, administrativos, financieros, entre otros), sean detectados y prevenidos antes que se materialicen.

- Fomentar una cultura de autocontrol, supervisión y gestión de riesgos de manera que se interiorice en toda la estructura del Hospital. Para ello incluirá políticas de control interno.
- Generar condiciones de estabilidad operativa y financiera a través de la implementación de Subsistemas de Administración de Riesgos estratégicamente diseñados e implementados, y debidamente documentados. Para ello define Políticas de Gestión de Riesgo y manuales de procesos y procedimientos donde se incluyen Metodologías de valoración de los riesgos y las funciones de los Órganos de Control
- Estimular la transparencia, la calidad y la preservación de la información
- Impulsar las mejores prácticas de Gobierno Organizacional e incorporar e interiorizar el Código de Conducta y Buen Gobierno en todas las instancias del Hospital.

XRESPONSABILIDAD SOCIAL

El Hospital concibe su Responsabilidad Social como un compromiso y una vocación que se deriva de sus convicciones y su esencia, de modo que es transversal a toda la organización, tanto desde su direccionamiento estratégico hasta la gerencia de los procesos del día a día en sus distintos niveles de responsabilidad.

El Hospital es socialmente responsable porque es su vocación y porque conviene serlo: como institución de salud y como fundación privada sin ánimo de lucro está llamado a serlo, su propósito no es otro que prestar un servicio mediante el cual beneficie a la sociedad; como parte de ésta, el Hospital la afecta con su actuar, de la misma manera que lo que sucede en ella repercute en él, de manera que trabajar por una sociedad justa, equitativa y sostenible conviene a la sociedad, a sí mismo y a sus partes interesadas.

El Hospital concibe la Responsabilidad Social desde su Direccionamiento estratégico, como un compromiso social y legal que permite contribuir al bienestar de la comunidad y trascender en el mundo. Ser referente a influyente en lo asistencial, social y ambiental.

Además, entiende que las distintas manifestaciones de su Responsabilidad Social deben ser gestionadas, es decir planeadas, implementadas, evaluadas y ajustadas, de manera integral, gradual, dinámica, dialógica, concertada, según la vocación del Hospital.

Integralidad: La Responsabilidad Social del Hospital es concebida de manera integral en tanto considera fundamentales las dimensiones social, económica y ambiental, que son necesarias para la búsqueda de un desarrollo sostenible.

Aplicación gradual, dinámica, dialógica y concertada: La gestión de la Responsabilidad Social es gradual porque exige cambios en la organización que requieren tiempo para implementarse tanto en el nivel directivo como operativo; así mismo, es dinámica porque la realidad social cambia constantemente y demanda permanentemente cambios en su abordaje, que debe ser dialógico y concertado, de modo que tiene en cuenta las necesidades y expectativas de las distintas partes interesadas del Hospital, con quienes en consecuencia se busca generar confianza, elemento necesario para la creación de valor social.

Componentes de la responsabilidad social

Para facilitar la gestión de la Responsabilidad Social, el Hospital ha definido una estructura que está conformada por cinco componentes representados por círculos concéntricos, que se contienen sucesivamente, definidos acorde a su razón de ser.

Calidad, seguridad y accesibilidad a los servicios de salud:

Por convicción filosófica, desde los principios fundamentales, el Hospital le ha apostado a la calidad y seguridad de sus servicios, con un enfoque diferenciador, centrado en el paciente, su medio familiar y social.

El Hospital concibe su modelo de atención desde una perspectiva integral, por ello involucra todas las esferas del ser humano- bio-psico-social en éste proceso; profesionales de todas las áreas, ofrecen al paciente un acompañamiento interdisciplinario que de manera articulada aportan al proceso de la atención del paciente y su familia, mediante la aplicación del modelo asistencial. Este enfoque se complementa con diversos programas de educación en patologías que afectan a los pacientes que las padecen.

Dentro de su política de calidad, el Hospital brinda a los pacientes la atención requerida, buscando en todo momento mejorar su nivel de satisfacción. Para ello se cuenta con espacios de atención y escucha en los cuales se evalúa su percepción durante el proceso de atención. En cuanto a la seguridad, la concibe desde aquellas prácticas que buscan minimizar el riesgo de daño y deterioro del paciente.

Por vocación el Hospital facilita el acceso de las personas menos favorecidas a los servicios de salud; por ello asigna un valor importante de sus recursos para subsidiar a las personas que requieren sus servicios.

Compromiso con los colaboradores y sus familias:

El Hospital trabaja con y para seres humanos. En consecuencia, Las políticas y prácticas laborales al interior del Hospital, reflejan el compromiso e interés por el bienestar de los colaboradores.

El Hospital cree en sus colaboradores, en sus capacidades y en su interés por realizar su labor lo mejor posible, por lo tanto, diseña y genera espacios para el desarrollo y fortalecimiento de sus competencias, su enriquecimiento personal, intelectual y profesional.

Gestión con proveedores de bienes y servicios:

El Hospital entiende sus relaciones con los proveedores de bienes y servicios como parte vital de la organización, si bien les encomienda tareas de apoyo y provisión a la prestación de los servicios de salud, mantiene un monitoreo permanente en el cumplimiento de estas tareas.

Las relaciones con estas empresas están mediadas por valores como el diálogo, el respeto, la honestidad, la transparencia, los cuales trascienden las meras relaciones contractuales. Aplicar este tipo de valores, permite a las partes, relaciones duraderas y confiables.

Como parte de su compromiso con el medio ambiente y la seguridad de sus colaboradores y pacientes, el Hospital procura acompañar a las empresas delegadas de servicios (empresas que prestan servicios de apoyo al interior del Hospital) en la gestión de los aspectos ambientales y la seguridad de sus colaboradores.

Cuidado y compromiso con el medio ambiente:

El Hospital hace público su compromiso con la sostenibilidad, por ello sus acciones trascienden el ámbito normativo y procuran generar bienestar social, tanto a las generaciones presentes como a las generaciones futuras.

En el marco de la política de gestión ambiental, el Hospital considera fundamental incentivar estrategias, proyectos y prácticas basadas en Hospital Verde, que permitan adaptarnos a las consecuencias del cambio climático.

Relaciones con la comunidad local, nacional e internacional:

Como Institución referente e influyente en lo asistencial, social y ambiental, el Hospital hace público su compromiso social y legitimidad con las comunidades con las cuales interactúa, contribuyendo a su bienestar y desarrollo social. Para alcanzar este propósito, desarrolla estrategias, programas y proyectos sociales, los cuales monitorea periódicamente de forma rigurosa.

Rendición de cuentas a las partes interesadas

Consciente de su compromiso con la comunidad, el Hospital da cuenta a la sociedad de sus impactos negativos y positivos por medio de la memoria de sostenibilidad, en el cual anualmente presenta su gestión en materia de Responsabilidad Social, los retos y acciones de mejora.

Como parte de su ejercicio de reporte, el Hospital se soporta en metodologías internacionales de verificación, evaluación y comunicación; las cuales le permiten estar al tanto de las tendencias globales en el tema.

XI. SISTEMAS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

DISPOSICIONES GENERALES

SISTEMA PARA LA EVALUACIÓN Y EL CONTROL: Anualmente, los miembros de la Junta Directiva autoevalúan sus actividades de acuerdo con el Reglamento Interno que rige para la Junta. Así mismo, el Director General del Hospital presenta ante la Junta Directiva un informe en el cual se detallan las actuaciones llevadas a cabo por la Institución, que servirá como herramienta para la valoración del desempeño de los colaboradores, a la luz de los Objetivos Estratégicos.

El personal del HOSPITAL, en cabeza de la Junta Directiva, el Director General y los jefes de División, deben llevar a cabo las acciones requeridas para la actualización, despliegue y cumplimiento de las políticas de Buen Gobierno aquí contenidas.

HERRAMIENTAS DE CONTROL INTERNO: Con el fin de proteger los recursos del HOSPITAL y mantener la confianza en la prestación del servicio, se deben implementar sistemas de auditoría y control. Se dispondrá de un sistema de rendición de cuentas, de gestión de riesgos y cumplimiento efectivo de las metas y objetivos, así como la creación de planes de control.

VULNERACIÓN O INCUMPLIMIENTO: El presente Código de Buen Gobierno hace parte integral del contrato laboral y del Reglamento Interno de la Junta Directiva, según el caso. Su incumplimiento, omisión o vulneración constituye una violación del Contrato de Trabajo o del Reglamento que será valorada por la instancia correspondiente.

IX. GESTIÓN DEL CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO

DEFINICIÓN: El Presidente de la Junta Directiva y el Director General tienen la responsabilidad de gestionar y velar por el cumplimiento estricto del presente código.

IMPLEMENTACIÓN DEL CÓDIGO: Anualmente se hará el seguimiento respectivo y la programación que garantice la efectividad de la gestión. Lo anterior, teniendo en cuenta aspectos como: La valoración del desempeño de los jefes, los informes de la Revisoría Fiscal y el cumplimiento de los Objetivos Estratégicos.

La divulgación del contenido de este Código se hará en la inducción y en las diferentes reuniones del personal del HOSPITAL.