MANUAL SARLAFT – SICOF

MAN- GEF -02

Nit890.303.448-6
Carrera 70 No. 2A - 04 Cali – Colombia
PBX +57 (2) 339 0821
hgsanmiguel@gmail.com - www.ancianatosanmiguel.com
Vigilado “superintendencia nacional de salud”

Contenido

1. Introducción 1
2. Propósito 4
3. Alcance 4
4. Definiciones 4
5. Marco legal 13
6. Marco de referencia corporativo 16
7. Código de integridad y buen gobierno 17
8. Etapas del sistema sarlaft 17
8.1 Identificación del riesgo 17
8.2 Medición o evaluación del riesgo 18
8.3 Control del riesgo 19
8.4 Monitoreo del riesgo 19
9. Politica sarlaft 20
10. Procesos y procedimientos sarlaft 21
11. Documentación sarlaft 29
12. Instrumentos sarlaft 31
13. Estructura organizacional y responsabilidades sarlaft 33
14. Infraestructura tecnológica y la divulgacion de la informacion sarlaft 38
15. Capacitaciones 41
16. Etapa subsistema sicof 41
16.1. Identificación de riesgos 42
16.2. Medición de riesgos 42
16.3. Control de riesgos 42
16.4. Monitoreo 45
17. Políticas del sicof 46
18. Procedimientos sicof 47
18.1. Elementos del sicof 47
18.2. Mecanismos 48
19. Instrumentos 48
20. Estructura y responsabilidades sicof 50
21. Plataforma tecnológica sicof 54
22. Divulgacion de informacuion y capacitaciones 54

INTRODUCCIÓN

Con el propósito de cumplir con las Prácticas y Normas Internacionales contempladas en las recomendaciones emitidas por el "Grupo Acción Financiera Internacional - GAFI", las Convenciones de Naciones Unidas de New York, Viena, Palermo y Mérida sobre la lucha contra el flagelo del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo, delitos que afectan gravemente a la sociedad, al orden económico formal y al sistema judicial del País, el Gobierno Nacional a través de las superintendencias designadas para vigilar y controlar el sistema económico productivo, comercial, solidario, financiero y de servicios, ha emitido una serie de Normas e Instructivos de carácter vinculante para todos los sectores económicos del País.

La Superintendencia Nacional de Salud mediante la Circular Externa 00009 de Abril 21 de 2016 y la Circular Externa 20211700000005-5 del 17 de septiembre del 2021 ha dado claras instrucciones de obligatorio cumplimiento para los Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de que adopten políticas y medidas integrales de carácter institucional que se deben reflejar en Manuales y Procedimientos que permitan establecer e implementar un Sistema de Administración del Riesgos del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo "SARLAFT" y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude "SICOF".

E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, en su gestión comunitaria acorde con los postulados gubernamentales y dando énfasis al control para prevenir situaciones o actuaciones al margen de la Ley, emite este documento que contiene principios, políticas, procedimientos y las reglas mínimas que se deben observar en todas las operaciones y transacciones, en concordancia con las normas legales vigentes. Es una invitación formal para promover y reforzar una conducta positiva relativa a hacer las cosas correctamente, ayuda a asegurar que la filosofía de la Entidad esté completamente entendida y por ser de obligatorio cumplimiento, debe ser acatado por la Junta Directiva, el Representante Legal, el Oficial de Cumplimiento y en general, todos los funcionarios y colaboradores de la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, quienes en sus actuaciones deben anteponer la observancia de los principios éticos y valores al logro de las metas comerciales o personales.

Todo incumplimiento de las normas que gobiernan la prevención del lavado de activos y la financiación del terrorismo se considera falta grave, puesto que así lo contempla la Ley 526 de 1999, Decreto 663 de 1993 (EOSF), Ley 1121 de 2006 y el Decreto 1497 del año 2002. Igualmente, todo comportamiento contrario a la ética y normas de conducta y su infractor o infractores, serán objeto de sanciones disciplinarias internas, sin perjuicio de las acciones penales correspondientes, si da a lugar.

1. PROPÓSITO

Prevenir o detectar oportunamente la ocurrencia del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, actos de corrupción, opacidad y fraudes originados tanto al interior como al exterior del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, a través de la implementación de acciones preventivas o correctivas que se consideren necesarias para controlar los factores generadores de riesgos.

PROPÓSITOS ESPECIFICOS:

- Fomentar el diseño e implementación de controles que faciliten la prevención de riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, actos de corrupción, opacidad y fraudes internos y externos.
- Liderar los procedimientos requeridos para detectar oportunamente riesgos Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, actos de corrupción, opacidad y fraudes internos y externos.
- Reducir el nivel de exposición a riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, actos de corrupción, opacidad y fraudes internos y externos.
- Fortalecer la cultura de control interno en la entidad.

2. ALCANCE

El presente manual es transversal a toda la organización e incluye cada uno de los criterios del sistema SARLAFT y el subsistema SICOF.

3. DEFINICIONES

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS: Cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.

ALTA GERENCIA: Personas de más alto nivel jerárquico en el área administrativa o corporativa, responsables del giro ordinario del negocio de la entidad y encargadas de idear, ejecutar y controlar los objetivos y estrategias de la misma. Se incluye también al director general o presidente ejecutivo y el Contralor Interno.

ANÁLISIS DEL RIESGO: Proceso para comprender la naturaleza del riesgo y determinar su nivel. Proporciona las bases para decidir sobre el tratamiento del riesgo.

BENEFICIARIO FINAL: Se refiere a las personas naturales que finalmente poseen o controlan a un cliente y/o la persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción.

Incluye también a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona u otra estructura jurídicas.

CANAL ANTICORRUPCIÓN: Herramienta diseñada para prevenir y detectar eventos de fraude, opacidad o corrupción, además de monitorear oportunamente las irregularidades que involucren a colaboradores, proveedores, clientes y terceros.

CLIENTE Y/O CONTRAPARTE: Es toda persona natural o jurídica con la cual se establece y mantiene una relación contractual o legal, sea contratista, proveedor suministro de medicamentos e insumos, contratos de red de prestadores, compradores y/o cualquier figura contractual que suponga la inyección efectiva de recursos como lo son afiliados a los planes voluntarios de salud.

CIBERCRIMEN: Actividades ilícitas que se llevan a cabo para robar, alterar, manipular, enajenar o destruir información o activos (como dinero, valores o bienes desmaterializados) de compañías, valiéndose de herramientas informáticas y tecnológicas.

COHECHO: Delito que comete un particular, que ofrece a un funcionario público o persona que participa en el ejercicio de la función pública dádiva, retribución o beneficio de cualquier clase para sí o para un tercero, para que ejecute una acción contraria a sus obligaciones, o que omita o dilate el ejercicio de sus funciones.

COLUSIÓN: Pacto o acuerdo ilícito, es decir, acuerdo anticompetitivo para dañar a un tercero en procesos de contratación pública.

CONCUSIÓN: Acción realizada por un funcionario público en abuso de su cargo, para inducir a otra persona a dar o prometer a él mismo o a una tercera persona, el pago de dinero u otra utilidad indebida.

CONDUCTA IRREGULAR: Hace referencia a incumplimientos de leyes, regulaciones, políticas internas, reglamentos o expectativas de las organizaciones respecto a la conducta, ética empresarial y comportamientos no habituales.

CONFLICTO DE INTERÉS: Situación en virtud de la cual una persona (funcionario, contratista o tercero vinculado al sector salud), debido a su actividad se enfrenta a distintas situaciones frente a las cuales podría tener intereses incompatibles, ninguno de los cuales puede ser privilegiado en atención a sus obligaciones legales o contractuales

CONSECUENCIA: Efectos generados por la ocurrencia de un riesgo que afecta los objetivos o un proceso de la entidad. Pueden ser entre otros, una pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento.

CONTRAPARTE(S): Son aquellas personas naturales o jurídicas con las cuales la organización y sus filiales y subordinadas tiene vínculos comerciales, de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden. Es decir, accionistas, socios, colaboradores o empleados de la empresa, clientes y proveedores de bienes y servicios.

CONTROL DEL RIESGO DE LA/FT: Comprende la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras acciones existentes que actúan para minimizar el riesgo de LA/F en las operaciones, negocios o contratos que realice la entidad.

CONTROL DE RIESGOS: Parte de la administración de riesgos que involucra la implementación de políticas, estándares, procedimientos para minimizar los riesgos adversos.

CORRUPCIÓN: Obtención de un beneficio particular por acción u omisión, uso indebido de una posición o poder, o de los recursos o de la información.

CORRUPCIÓN PRIVADA: El que directamente o por interpuesta persona prometa, ofrezca o conceda a directivos, administradores, empleados o asesores de una sociedad, asociación o fundación una dádiva o cualquier beneficio no justificado para que le favorezca a él o a un tercero, en perjuicio de aquella. En este tipo el beneficio es para una persona natural o empresa privada.

CORRUPCIÓN PÚBLICA: Cuando en el acto de Corrupción intervienen funcionarios públicos y/o la acción reprochable recaiga sobre recursos públicos.

DEBIDA DILIGENCIA: Equivale a ejecutar algo con suficiente cuidado. Existen dos interpretaciones sobre la utilización de este concepto en la actividad empresarial. La primera se concibe como actual con el cuidado que sea necesario para evitar la posibilidad de llegar a ser considerado culpable por negligencia y de incurrir en las respectivas responsabilidades administrativas, civiles o penales. La segunda, de contenido económico y proactiva se identifica como el conjunto de procesos necesarios para poder adoptar decisiones suficientemente informadas.

DENUNCIA: Es la puesta en conocimiento ante la entidad de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

ESTAFA: Es un delito contra el patrimonio económico, donde una persona denominada estafador, genera una puesta en escena y se aprovecha de la buena voluntad para presentar negocios inexistentes y obtener algún beneficio como sumas de dinero.

EVENTO: Incidente o situación que ocurre en la empresa durante un intervalo particular de tiempo. Presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.

EVENTO INCIDENTE O SITUACIÓN DE LA/FT que ocurre en la organización durante un intervalo particular de tiempo.

EVALUACIÓN DEL RIESGO: Proceso de comparación de resultados del análisis del riesgo con los criterios técnicos para determinar si el riesgo, su magnitud (nivel) o ambos son aceptables o tolerables.

EVALUACIÓN: Medición de riesgos frente a su probabilidad de ocurrencia y la severidad de sus consecuencias, de acuerdo con las escalas preestablecidas para cada recurso. Permite identificar las prioridades para su gestión.

FACTORES DE RIESGO: Son los agentes generadores del riesgo de LA/FT que aplican de acuerdo con la naturaleza de la actividad de la entidad.

FAVORITISMO: Preferencia dada al "favor" sobre el mérito o la equidad, especialmente cuando aquella es habitual o predominante.

FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO: Delito que comete toda persona que incurra en alguna de las conductas descritas en el Artículo 345 del Código Penal.

FUENTES DE RIESGO DE LA/FT: Son los agentes generadores de riesgo de LA/FT en una entidad y se deben tener en cuenta para identificar las situaciones que pueden generarles este riesgo en las operaciones, negocios o contratos que realiza.

FRAUDE: Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física, perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a la entidad, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.

FRAUDE EXTERNO: Se define como los actos realizados por una persona externa a la entidad, que buscan defraudar, apropiarse indebidamente de activos de la misma o incumplir normas o leyes.

FRAUDE INTERNO: Se define como todos aquellos actos que de forma intencional buscan la apropiación indebida de activos o busca causar las pérdidas que se ocasionan por actos cometidos con la intención de defraudar, malversar los activos o la propiedad de la entidad. Estos actos son realizados por al menos un empleado o administrador de la Entidad.

GAFI (Grupo de Acción Financiera Internacional): Organismo intergubernamental cuyo propósito es elaborar y promover medidas para combatir el lavado de activos y financiación del terrorismo a nivel mundial.

GAFILAT (antes GAFISUD) - Grupo de Acción Financiera de Latinoamérica. Organismo intergubernamental dependiente del GAFI conformado por países de América del Sur y del Caribe, incluido Colombia, cuyo compromiso es adoptar las recomendaciones del GAFI, sobre la Prevención, Control y Administración del Riesgo.

GESTIÓN DEL RIESGO DE LA/FT: Es la adopción de políticas y procedimientos que permiten prevenir y controlar el riesgo de LA/FT.

HERRAMIENTAS. Son los medios que permiten prevenir y controlar los riesgos del LA/FT, detectar operaciones inusuales o sospechosas, identificar señales de alerta y establecer programas de administración de riesgos y hojas electrónicas de control.

HURTO: Delito consistente en tomar con ánimo de lucro cosas muebles ajenas contra la voluntad de su dueño, con el propósito de obtener provecho para sí o para otro.

IDENTIFICACIÓN: Proceso para determinar los posibles eventos que afecten los recursos o desvíen el logro de los objetivos de la empresa.

INFORMACIÓN PRIVILEGIADA: Aquella que está sujeta a reserva, así como la que no ha sido dada a conocer al público existiendo deber para ello.

LAVADO DE ACTIVOS: Delito que comete toda persona que busca dar apariencia de legalidad a bienes o dineros provenientes de alguna de las actividades previstas en el Artículo 323 del C.P.

LA/FT: Abreviatura de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

LAVADO DE ACTIVOS: Delito que comete toda persona que busca dar apariencia de legalidad a bienes o dinero provenientes de alguna de las actividades descritas en el artículo 323 del Código Penal.

LISTAS INTERNACIONALES: Relación de personas que de acuerdo con el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas pueden estar vinculadas con actividades relacionadas con el terrorismo o, las vinculadas con lavado de dinero, detalladas en las listas OFAC/Clinton o, las que tienen una orden de detención como son las listas de Interpol o FBI, entre otras.

LISTAS NACIONALES: Son las que mantienen organismos del Estado (Procuraduría General de la Nación, Contraloría General, fiscalía general, Policía Nacional) sobre personas que han sido investigadas o tiene investigaciones en curso por su actuar como funcionario o por haber delinquido o estar involucrado en investigaciones penales.

MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL: Se le conoce como asamblea de asociados o delegados y se conforma cuando se reúnen los asociados o delegados respectivamente.

MONITOREO: Es el proceso continuo y sistemáticos mediante el cual se verifica la eficiencia y la eficacia de una política o de un proceso, así como la identificación de sus fortalezas y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados. Es condición para rectificar o profundizar la ejecución y para asegurar la retroalimentación entre los objetivos, así, los presupuestos teóricos y las lecciones aprendidas a través de la práctica.

NIVEL DE RIESGO: Magnitud de un riesgo o de una combinación de riesgos expresada en probabilidad e impacto o consecuencias.

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO: Es la máxima persona encargada del cumplimiento del SARLAFT, es un funcionario de la entidad vigilada encargado de verificar el cumplimiento de los manuales y políticas de procedimientos de la entidad, así como de la implementación del SARLAFT.

OMISIÓN DE DENUNCIA DE PARTICULAR. Consiste en tener conocimiento de la comisión de los delitos señalados en el artículo 441 del Código Penal y no denunciarlos ante las autoridades competentes.

OMISIÓN DE REPORTE. Incumplir con la instrucción emanada de autoridad competente (Superintendencias-UIAF) sobre la obligatoriedad del reporte de operaciones sospechosas. (Artículo 325 A del Código Penal).

ONU: Organización de Naciones Unidas.

OPACIDAD: Falta de claridad o transparencia, especialmente en la gestión pública.

OPERACIÓN INTENTADA: Se configura cuando se tiene conocimiento de la intención de una persona natural o jurídica de realizar una operación sospechosa, pero no se perfecciona por cuanto quien intenta llevarla a cabo desiste de la misma o porque los controles establecidos o definidos por los agentes del SGSSS no permitieron realizarla. Estas operaciones también deberán reportarse a la UIAF.

OPERACIÓN INUSUAL: Es aquella cuya cuantía o características no guardan relación con la actividad económica de los asociados/clientes, o que, por su número, por las cantidades transadas o por sus características particulares, se salen de los parámetros de normalidad establecidos.

OPERACIÓN SOSPECHOSA. Es aquella que por su número, cantidad o características no se enmarca dentro de los sistemas y prácticas normales de los negocios, de una industria o de un sector determinado y, además, que de acuerdo con los usos y costumbres de la actividad que se trate, no ha podido ser razonablemente justificada. Cuando se detecten esta clase de operaciones, deben ser reportadas a la UIAF1.

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN O DIRECCIÓN: Es la Junta Directiva o quien haga sus veces y puede variar de su denominación según la figura jurídica de que se trate. En organizaciones de la economía solidaria, se denomina consejo de administración. En el caso de las cajas de compensación familiar, se denomina Consejo Directivo. Estos consejos directivos se apoyarán de un Comité de Dirección de EPS, integrado por un subconjunto de los miembros del Consejo de directivos e invitados externos.

ÓRGANO DE CONTROL: Es la instancia creada al interior de la persona jurídica para ejercer las funciones de control interno. Sus principales funciones son las de evaluar, monitorear y verificar que los procesos y procedimientos a cargo de la entidad, cumplan las metas y propósitos previamente planteados en torno a una gestión con calidad.

PECULADO: Conducta en la que incurren los servidores públicos cuando se apropian o usan indebidamente de los bienes del Estado en provecho suyo o de un tercero y cuando dan o permiten una aplicación diferente a la prevista en la Constitución o en las leyes a tales bienes, a las empresas o instituciones en que se tenga parte, a los fondos parafiscales y a los bienes de particulares cuya administración, tenencia o custodia se le haya confiado por razón o con ocasión de sus funciones.

PERFIL DE RIESGO: Es el resultado individual o consolidado de la medición de los riesgos.

PIRATERÍA: Obtención o modificación de información de otros, sin la debida autorización, ya sea una página web, una línea telefónica, computador o cualquier Sistema informático de una entidad.

PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE (PEP): Son personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre éstos o gozan o gozaron de reconocimiento público.2

POLÍTICAS: Son los lineamientos, orientaciones o aspectos que fundamentan la prevención y el control del riesgo de LA/FT en la entidad. Deben hacer parte del proceso de gestión del riesgo del LA/FT

POLÍTICA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO: Declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.

PREVARICATO POR ACCIÓN: Actuación voluntaria de un funcionario público para proferir resolución, dictamen y/o conceptos contrarios a la ley.

PREVARICATO POR OMISIÓN: Actuación voluntaria de un funcionario público para dejar de ejecutar o cumplir con un acto propio de sus funciones.

PROBABILIDAD / POSIBILIDAD: Oportunidad que algo suceda.

PROCEDIMIENTO: Son las políticas que constituyen lineamientos generales que permiten orientar la actuación de los directivos y empleados en la toma de decisiones.

REPORTES EXTERNOS: Son los reportes que se deben hacer ante la UIAF, esto es, ROS (negativos o positivos) y transacciones en efectivo (negativas y positivas).

REPORTES INTERNOS: Son aquellos que se manejan al interior de la Entidad, según el caso, y pueden ser efectuados verbalmente o por escrito y con carácter confidencial, por cualquier empleado o miembro de la Entidad, que tenga conocimiento de una posible operación inusual.

RIESGO: Es todo evento que puede impedir la consecución de los objetivos del negocio generando consecuencias de orden reputacional o económicas que pueden afectar los recursos de la entidad. Éste se mide en términos de probabilidad e impacto.

RIESGO DE LA/FT: Es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad por su propensión a ser utilizada directa o a través de sus operaciones, como instrumento para cometer los delitos de LA o canalización de recursos para la FT.

RIESGOS ASOCIADOS A LA/FT: Son aquellos a través de los cuales se puede llegar a materializar el riesgo de LA/FT, estos son: contagio, legal, operativo, y reputacional.

RIESGO DE CONTAGIO. Es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir la entidad directa o indirectamente, por una acción de una persona natural o jurídica que posea vínculos con la entidad.

RIESGO LEGAL. Es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad al ser sancionada u obligada a indemnizar daños como resultado del incumplimiento de normas o regulaciones, obligaciones contractuales, fallas en los contratos y transacciones, derivadas de actuaciones malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones.

RIESGO OPERATIVO. Es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad por incurrir en deficiencias, fallas o inadecuaciones en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos.

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 asociados/clientes, disminución de ingresos o procesos judiciales.

RIESGO INHERENTE: Es el nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control.

RIESGO NETO O RESIDUAL: Es el nivel resultante del riesgo después de la aplicación de los mecanismos de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.

SARLAFT: Es el Sistema de Administración de Riesgos del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo que se debe adoptar, con el fin de prevenir que una entidad sea utilizada para fines delictivos.

SEGMENTACIÓN: Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos que compartes características homogéneas al interior de ellos y heterogéneos al interior de ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).

SEÑALES DE ALERTA: Son circunstancias particulares que llaman la atención y justifican un mayor análisis, con el fin de detectar operaciones inusuales o reconocer formas de evadir controles establecidos para prevenir el LA/FT.

SOBORNO: Ofrecimiento de dinero u objeto de valor a una persona para conseguir un favor o un beneficio personal, o para que no cumpla con una determinada obligación o control.

SOBORNO TRANSNACIONAL: El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto

relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional

SNS: Superintendencia Nacional de Salud

TIPOLOGÍA: Término usado por el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) en la discusión de los métodos de lavado de dinero y financiamiento del terrorismo.

TRÁFICO DE INFLUENCIAS: Utilización indebida, en provecho propio o de un tercero, de influencias derivadas del ejercicio del cargo público o de la función pública, con el fin de obtener cualquier beneficio de parte de servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer. Incluye el ejercicio indebido de influencias por parte de un particular sobre un servidor público en asunto que éste se encuentre conociendo o haya de conocer, con el fin de obtener cualquier beneficio económico.

TRANSACCIONES EN EFECTIVO: Es el recibo o entrega de dinero en efectivo (billetes-Monedas), donde la persona que interviene en la transacción debe tener la condición de cliente o contraparte en la entidad vigilada.

TRANSACCIÓN INUSUAL: Transacciones que, por su número, valores transados o por sus características particulares, se salen de los parámetros de normalidad establecidos para determinado rango de mercado, según los perfiles de cliente o usuario definidos.

UIAF: Unidad de Información y Análisis Financiero, encargada de la recepción de reportes y de analizar las operaciones con el fin de determinar si es consistente o no, una actividad económica ejercida por un cliente/usuario.

USUARIO: Son aquellas personas naturales o jurídicas a las que, sin ser clientes, la entidad les presta un servicio de salud.

VANDALISMO: Acciones físicas que atenten contra la integridad de los elementos informáticos, la infraestructura, entre otros, cuya finalidad es causar un perjuicio, por ejemplo, la paralización de las actividades, como medio de extorsión o cualquier otro.

4. MARCO LEGAL

El Manual adoptado, atiende las normas dictadas por la Superintendencia Nacional de Salud en concordancia con las siguientes normas:

Ley 87 de 1993 Control Interno.

Ley 526 de 1999 mediante la cual se creó la "Unidad Especial de Investigación y Análisis Financiero - UIAF", como una Unidad de inteligencia financiera, encargada de recibir y administrar todos los Reportes que permitan analizar las diferentes operaciones. Entre estos reportes están: Operaciones Sospechosas (ROS). Operaciones en Efectivo. Asociados exonerados. Productos entregados.

Ley 599 de 2000, mediante la cual se expidió el Código Penal que describe en el Título X, Capítulo Quinto las diferentes conductas punibles relacionadas con el Lavado de Activos. Igualmente, en Título XIII - Capítulo Primero se hace mención sobre los delitos "Del concierto, el terrorismo, las amenazas y la instigación".

Ley 906 de 2004 que estableció el sistema penal acusatorio y la obligatoriedad que se tiene en las diferentes fases de un proceso penal, observar estrictamente los procedimientos legales para la cadena de custodia de pruebas.

Ley 1121/2006 llamada "Ley Antiterrorista", mediante la cual se establecieron nuevas penas, se adicionaron y modificaron algunos artículos del Código Penal por conductas punibles relacionadas con la financiación del terrorismo y se otorgó facultades discrecionales a la UIAF para el acopio de información de su competencia. El Artículo 20 señala la obligatoriedad que se tiene de dar cumplimiento al control sobre listas del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas en donde se detallan las personas y organizaciones relacionadas con actividades terroristas a nivel mundial. Igualmente, el Articulo 27 de esta Ley, expresa que "El Estado colombiano y las Entidades Territoriales en cualquier proceso de contratación deberán identificar plenamente a las personas naturales y jurídicas que suscriban el contrato, así como el origen de sus recursos; lo anterior con el fin de prevenir actividades delictivas". (Sub- rayado fuera de texto).

Ley 1186 de 2008 mediante la cual se adopta el acuerdo de Cartagena del año 2000 sobre la participación de Colombia en el Grupo GAFISUD (hoy GAFILAT).

Ley 1453 de 2011 "Ley de seguridad ciudadana", mediante la cual se modificó el Artículo 323 de CP, incrementando penas e incluyendo dos nuevos delitos como fuente de dinero ilegal: Tráfico de Menores de Edad y la Asociación para el concierto para Delinquir.
Ley 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción, mediante la cual se crean los delineamientos para sancionar la corrupción pública y privada, estableciendo la obligación de los agentes del SGSSS, establecer medidas e indicadores que permitan prevenir e identificar eventos sospechosos o de fraude en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 1708 de 2014 nueva ley de extinción de dominio y sus efectos prácticos sobre bienes mal habidos.

Ley 1762 de 2015 “Ley Anti-contrabando”, mediante la cual en su artículo 11 modifica el Artículo 323 del Código Penal, incorporando dentro de las conductas generadoras de dinero para el Lavado de Activos, al contrabando y sus conductas punibles conexas.

Ley 1778 de 2016, “Ley mediante la cual se dictan normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de corrupción transnacional.

Decreto 1497 de 2002 mediante el cual se reglamentó la ley 526 de 1999, señalando que las entidades públicas y privadas, diferentes al sector financiero, deben reportar operaciones sospechosas a la UIAF y dar cumplimiento a los Artículos 102 a 105 del Decreto 663/93 EOSF.

Decreto Único 1068 de 2015 mediante el cual se compila todos los decretos reglamentarios de la administración pública, reiterando la obligatoriedad de cumplir con los Artículos 102, 103 y 104 del EOAF.

Decreto 943 de 2016 Modelo Estándar de Control Interno

Decreto 124 de 2016 Plan Anticorrupción

Decreto 1674 de 2016 mediante el cual el Gobierno Nacional da a conocer los cargos que, al ser desempeñados por las personas naturales designadas, se consideran PEP.

Documento CONPES 3793 de 2013, mediante el cual se establece la Política Nacional Anti lavado de Activos y Contra la Financiación del Terrorismo.

Resolución 285 de 2007 emitida por la UIAF sobre la obligatoriedad de realizar los reportes de operaciones sospechosas.

Resolución 212 de 2009 mediante la cual la UIAF adiciona los reportes trimestrales de ausencia de operaciones en efectivo y de operaciones sospechosas e impone el “Sistema de Reporte en Línea “SIREL””
Circular Externa 000009/2016 de la Superintendencia Nacional de Salud en la cual se dictan las reglas relativas sobre el Sistema de Administración de Riesgos del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo “SARLAFT”.

Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018.

5. MARCO DE REFERENCIA CORPORATIVO

Armonización con el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano Decreto 943 de 2014, en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 por la cual se establece el Control Interno y la Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción por el cual se establecen nuevas disposiciones orientadas a mitigar los riesgos de corrupción y Fortalecimiento de los

Mecanismos de Prevención, Investigación y Sanción de Actos de Corrupción y la Efectividad del Control de la Gestión Pública, y el Decreto 124 de 26 de enero de 2016, Plan anticorrupción y de atención al ciudadano.

La Cartilla “Guía para la Administración del Riesgo” Versión 6, propuesta por el DAFP.

La norma NTC ISO 31000, la cual establece un número de principios que es necesario satisfacer para hacer que la gestión del riesgo sea eficaz. Esta norma recomienda que las organizaciones desarrollen, implementen y mejoren continuamente un marco de referencia cuyo propósito sea integrar el proceso para la gestión del riesgo en los procesos globales del gobierno, estrategia y planificación, gestión, proceso de presentación de informes, políticas, valores y cultura de la organización.

Por otro lado, es importante tener en cuenta dentro de la administración del riesgo el cumplimiento del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011. En este sentido, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, diseñó una metodología para elaborar la estrategia de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano, que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal. Dentro de los temas que contiene esta estrategia, se encuentra el mapa de riesgos de corrupción.

Este componente debe establecer los criterios generales para la identificación y prevención de los riesgos de corrupción de las entidades, permitiendo a su vez la generación de alarmas y la elaboración de mecanismos orientados a evitarlos; previniéndolos o mitigándolos. La base metodológica para la construcción de esta guía, la constituye la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública, por lo que no se desconoce para su construcción los elementos básicos iniciales; así como los parámetros y lineamientos establecidos por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República.

Finalmente, es recomendable que la administración de riesgos sea vista con un enfoque de gestión de riesgos, entendido como “un proceso efectuado por el consejo de administración de una entidad, su dirección y restante personal, aplicado en la definición de la estrategia y en toda la entidad y diseñado para identificar eventos potenciales que puedan afectar a la organización y gestionar sus riesgos dentro del riesgo aceptado, proporcionando una seguridad razonable sobre el logro de los objetivos”

Este concepto permite establecer que la administración del riesgo se convierte en un proceso transversal a todas las acciones de la entidad, que inicia desde la planeación institucional incluyendo a todas las personas que hacen parte de la organización, proporcionando una seguridad razonable de la consecución de los objetivos de los procesos e institucionales.

6. CÓDIGO DE INTEGRIDAD Y BUEN GOBIERNO

Los Directivos, Representante Legal y Empleados de "E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel" están comprometidos con las normas y principios éticos actuando con respeto, honestidad, justicia, tolerancia, calidad y transparencia en el ejercicio diario de sus labores, de forma que su actuar, es el reflejo de una cultura organizacional en la que priman los principios y valores humanos y la rectitud en sus operaciones.

7. ETAPAS DEL SISTEMA SARLAFT

El Hospital debe aplicar las etapas del SARLAFT como la identificación, Evaluación, Medición, Control, Seguimiento y Monitoreo, siguiendo la metodología de Gestión del Riesgo establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, la cual se ha diseñado teniendo en cuenta la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000 y el Formato Matriz de Riesgo por Proceso, la cual permite realizar la Gestión del Riesgo LA/FT atendiendo los pasos de identificación, Medición, Control y Monitoreo del Riesgo.

8.1 IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

Para cada fuente de riesgo:

- Clientes/Usuarios/Contrapartes
- Proveedores
- Productos
- Canales de Distribución
- Jurisdicciones/Zonas Geográficas

En esta etapa se debe proceder a identificar los posibles eventos de riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/FT, se identifica una lista de riesgos para cada uno de las fuentes de riesgo, teniendo en cuenta los procesos actuales en áreas susceptibles de riesgo LA/FT.

Ya enmarcados dentro del contexto estratégico de cada proceso, sus integrantes identifican los riesgos más relevantes que puedan afectar el logro de su objetivo, su clasificación, las causas que lo generan con base en los factores analizados y las consecuencias si llega a materializarse dicho riesgo.

Esta etapa tiene como principal objetivo medir el riesgo inherente o riesgo originado por la propia naturaleza o características de las contrapartes, productos, canales y jurisdicciones frente a cada evento de riesgo.

En la identificación del riesgo LA/FT el Hospital Geriatrico y Ancianato San Miguel, deberá implementar una metodología a seleccionar de segmentación de las fuentes de riesgo teniendo en cuenta lo siguiente:

Concepto de segmentación

Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación del universo de elementos en grupos homogéneos al interior de ellos y heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características, conocidas como variables de segmentación, de tal manera que permitan ser descritas y analizadas de acuerdo a sus características particulares.

Ventajas de segmentación

- Aislar segmentos que sean más vulnerables a la presencia de riesgos de LA/ FT con el fin de ejercer un mayor control y supervisión sobre éstos.
- Desarrollar puntos de control y supervisión teniendo en cuenta las características del segmento.
- Conocer los segmentos en los cuales los controles son efectivos y tienen menor incidencia en el LA/FT.

Se deben definir variables de segmentación para cada uno de los factores de riesgo.

8.2 MEDICIÓN O EVALUACIÓN DEL RIESGO

El análisis de riesgos de LA/FT involucra medir la probabilidad o posibilidad de ocurrencia del riesgo inherente de LA/FT de cada uno de los eventos de riesgo, así como el impacto en caso de materializarse mediante los riesgos asociados.
Las consecuencias y probabilidades se combinan para producir el nivel de riesgo. En esta etapa se deben establecer las fuentes o factores, los eventos o riesgos, sus causas y consecuencias. Para el análisis se pueden involucrar datos históricos, análisis teóricos, opiniones informadas y expertas y las necesidades de las partes involucradas.

Se logra a través de la determinación de la probabilidad y el impacto que puede causar la materialización del riesgo.

Probabilidad: Posibilidad de ocurrencia del riesgo, ésta puede ser medida con criterios de Frecuencia o Factibilidad.

Frecuencia: Analizan el # eventos en un periodo determinado, se trata de hechos que se han materializado o se cuenta con un historial de situaciones o eventos asociados al riesgo

Factibilidad: Analiza la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, se trata en este caso de un hecho que no se ha presentado, pero es posible que se dé.

Impacto: Definido como Nivel de pérdida o daño que podría resultar en el caso de materializarse el riesgo de LA/FT. La siguiente es la escala definida por la Sociedad para medir el impacto:

Se tomará como base la guía para la administración de riesgos del DAFP.

8.3 CONTROL DEL RIESGO

Una vez identificado el nivel del riesgo se deben establecer controles o barreras para evitar la materialización o modificación del nivel del riesgo, definidos como las actividades y procedimientos para mitigar los riesgos adversos para el cumplimiento de los objetivos de prevención de LA/FT.

Se tomará como base la guía para la administración de riesgos del DAFP.

8.4 MONITOREO DEL RIESGO

Se evalúa la eficacia, eficiencia y oportunidad de los controles implementados para mitigar el riesgo de LA/FT, con el fin de aplicar correctivos y ajustes necesarios para asegurar una efectiva administración del riesgo. En esta etapa se realiza la detección de operaciones inusuales o sospechosas.

La revisión que se realice comprenderá un seguimiento y comparación del riesgo inherente y residual de cada factor de riesgo y de los riesgos asociados, y en el evento que se detecten variaciones con incremento del riesgo, se procederá a implementar los planes de acción a que haya lugar con el fin de que el riesgo residual retorne a niveles deseados.

Se debe validar el correcto funcionamiento de los controles implementados y que éstos den cobertura a todos los riesgos detectados de manera efectiva y eficiente. El Oficial de cumplimiento es el responsable de realizar el seguimiento y monitoreo del Sistema de Gestión del Riesgo LA/FT. La periodicidad de revisión y monitoreo del riesgo es de manera

trimestral y se debe documentar el resultado y deben darse a conocer al Representante Legal. La evaluación comprende determinar el impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo. El monitoreo se realiza mediante indicadores con línea base y meta.

8. POLITICA SARLAFT

Las diferentes políticas, normas y procedimientos desarrollados a lo largo del presente Manual y de los anexos que lo conforman, son los lineamientos generales adoptados por E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel en relación con el SARLAFT y son acordes con las normas fijadas por la Superintendencia Nacional de Salud, de estricto cumplimiento por todos y cada uno de los directivos, empleados, clientes/contrapartes, quienes en el desarrollo de sus funciones o actividades, anteponen principios y valores por encima de los objetivos comerciales de la Entidad, lo cual les permite no versen involucrados en investigaciones internas, administrativas, estatales o penales, por actuaciones intencionales (dolosas) u omisivas (culposas) asumiendo las consecuencias del caso de acuerdo con el Régimen Sancionatorio de orden legal y el establecido en el Código de Ética y Conducta adoptado por la Honorable Junta Directiva, el cual es de pleno conocimiento de todos y cada uno de los miembros de la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel.

Los órganos de dirección, administración y control, así como todos los empleados contribuyen al aseguramiento de la confianza del público en la Entidad en particular y en el sector SGSSS, protegiendo la imagen y la reputación, velando por la seguridad, transparencia y confiabilidad en las operaciones que en E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel se realizan.

Las políticas adoptadas son las siguientes:

- No se puede establecer relación contractual con ninguna persona que no esté plenamente identificada.

- Existe mayor cuidado y mayor exigencia en la vinculación de clientes/contrapartes que por su perfil o funciones que desempeñan pueden exponer en mayor grado de riesgo del LA/FT a E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, especialmente a los relacionados con las Personas Expuestas Políticamente - PEP.

- La información privilegiada está sujeta a reserva y custodia por parte de los empleados de la Entidad.

- La reserva de información no opera para los requerimientos emanados de la UIAF o de otra autoridad competente.

Se presta atención prioritaria, previo el lleno de los requisitos legales, a todo requerimiento que se reciba de autoridades competentes.

Se atiende en un todo, las políticas sobre manejo de conflictos de interés que han sido desarrolladas y adoptadas en el Código de Ética y Buen Gobierno, el cual es de conocimiento de todos y cada uno de los componentes de la Entidad.

No se aceptan clientes/contrapartes, quien realice negocios con países señalados previamente por el GAFI como reticentes al cumplimiento de normas sobre Prevención y Control del LA/FT. Igual tratamiento se dará para los países señalados en lista negra por OFAC.

Las diferentes áreas de la Entidad, en caso de necesidad o de detección de una operación inusual, deben reportar al Oficial de Cumplimiento, quien será el encargado del estudio y razonabilidad de la operación o determinará la necesidad del reporte.
Los documentos sujetos a reserva, así como los derivados de operaciones inusuales o sospechosas, serán objeto de custodia y conservación por parte del Oficial de Cumplimiento según el procedimiento establecido para tal fin.

No se puede dar a conocer información a empleados diferentes a la Unidad de Cumplimiento, a los clientes/contrapartes y extraños, información relativa a las operaciones intentadas y sospechosas que han sido objeto de reporte ante autoridades competentes.

Todo acto violatorio de las políticas y procedimientos del Manual SARLAFT, así como de los principios y valores del Código de Ética y Conducta, serán objeto de sanción por parte de estamento designado por el Comité de Cumplimiento de E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel.

9. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS SARLAFT

Los Procedimientos que se adoptan para la aplicación debida de las políticas de Prevención y Control de LA/FT obedecen a la necesidad de garantizar la transparencia y seguridad de la operación, la confianza de los clientes y comunidad en general, previniendo, controlando y reportando las situaciones o riesgos que exponen a E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, a los efectos asociados con bienes y dineros provenientes de actividades delictivas.

Para el desarrollo de los Procesos y Procedimientos adecuados se tienen en cuenta las prácticas internacionales y el cumplimiento de las normas legales en la materia. Obviamente, para el debido cumplimiento de las políticas, se observa en un todo el conocimiento de la Misión y Visión e igualmente, la aplicación del Código de Integridad y Buen Gobierno, en el que se plasman los principios y valores de E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel.

Por lo anterior se ha definido como prioritario los siguientes procedimientos:

- Vinculación y mantenimiento de relaciones contractuales con los asociados/clientes, teniendo en cuenta los procesos sobre vinculación y debida diligencia en su identificación y análisis de documentación aportada.
- Consultas oportunas de las listas cautelares (ONU, OFAC/Clinton, etc.). Cuando se trate de personas jurídicas, esta consulta abarca a representantes legales, socios de la sociedad, miembros de junta directiva, revisor fiscal.
- Identificar los clientes/contrapartes con actividades consideradas de alto riesgo y el monitoreo constante a sus operaciones.
- Actualización de información de los asociados/clientes/contrapartes.
- Detección de operaciones inusuales, definición de las operaciones sospechosas y el reporte ante la UIAF.
- Atención oportuna de las solicitudes de información que realicen las autoridades competentes.
- Conservación de documentos.
- Régimen Sancionatorio, el cual está desarrollado en el Código de Integridad y Buen Gobierno.

CONOCIMIENTO DE CONTRAPARTES

CONCEPTO DE CLIENTE/CONTRAPARTE

Son clientes/contrapartes de E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, todas aquellas personas naturales o jurídicas con las que se establece y/o mantiene una relación contractual para la prestación de cualquier servicio o el suministro de cualquier producto/servicio, propio de la Entidad.

CONOCIMIENTO DE CLIENTE/CONTRAPARTE

“Conocer adecuadamente la actividad desarrollada por los clientes y el entorno socioeconómico en que se desenvuelven” se basa en lo establecido en la Ley 1108 de 2006, en el Decreto 663/93 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero) y en las normas emitidas por la Superintendencia de la Salud en su Circular Externa 000009//2016.
Conocer a la contraparte requiere identificarlos correctamente y estar alerta sobre sus operaciones para detectar oportunamente las transacciones inusuales y tomar las acciones correctivas del caso.

Para lograr este propósito es importante estandarizar la forma como se deben vincular los clientes a la Entidad y las condiciones que éstos deben reunir, buscando siempre proteger la imagen y reputación de E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, así como el buen nombre de sus empleados, asociados y contrapartes.

Las políticas irrestrictas de conocer a la contraparte, son las armas más efectivas que posee E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, para evitar ser utilizada en operaciones ilícitas, es por ello, que dentro del proceso de vinculación se aplican todos los procedimientos implementados para conocer a la contraparte, su moralidad comercial y el origen de sus recursos.

E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, tiene claras políticas sobre selección, vinculación y mantenimiento de información de todos sus asociados/clientes, quienes deben cumplir con los procedimientos de vinculación establecidos, suministrando toda la información solicitada, diligenciando los formato de registro y conocimiento de clientes, indicando en él, la declaración de origen de sus fondos, la autorización para consulta de listas restrictivas y en bancos de datos, así como el compromiso anual de suministrar la actualización de sus datos personales. (Ver formulario - FOR-GEF-02 FORMULARIO SISTEMA INTEGRAL DE RIESGOS - SARLAFTSICOF O CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD DE CARÁCTER ILÍCITO.).

VINCULACIÓN DE CLIENTES

Se deben aplicar todos los procedimientos implementados para conocer al cliente, deben ser los mismos aplicados para la vinculación de proveedores y adicionalmente, cumplir con los protocolos de vinculación.

POLÍTICAS "CONOZCA A SU CLIENTES"

El cumplimiento de los requisitos para vincular un cliente es de carácter obligatorio y es un medio fundamental para el conocimiento del cliente y de su actividad económica, es obligatorio el diligenciamiento en su integridad del formato de registro y conocimiento de clientes con su respectiva huella y firma, ya sea que actúe en su nombre o en representación de una firma, adjuntando los soportes y posterior aprobación da la vinculación. En el evento en que el potencial cliente no cuente con la información solicitada, se deberá consignar dicha circunstancia en el espacio correspondiente.

PRINCIPIO "CONOZCA A SU CLIENTE"

- Consiste en identificar plenamente al cliente y su entorno socio económico. El "conocimiento del cliente" indica conocer de manera permanente y actualizada, cuanto menos los siguientes aspectos:

- Identificación: de la persona natural o jurídica que aspira a tener una relación comercial de tipo contractual. Tratándose de personas jurídicas, implica el conocimiento de la estructura de su propiedad, es decir, la identidad de los accionistas, socios o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación de la entidad.

- Actividad económica del cliente.

- Características, montos y procedencia de sus ingresos que soporte razonablemente la utilización de los productos adquiridos o suministrados la Entidad.

- La metodología para conocer al cliente permite:

- Recaudar la información para comparar las características de sus transacciones con las de su actividad económica.

- Monitorear continuamente las operaciones de los clientes.

- Contar con elementos de juicio que permiten analizar las transacciones inusuales de esos clientes y determinar la existencia de operaciones sospechosas.

ENTREVISTA

Debe realizarse una entrevista personal con el potencial cliente, la cual puede cumplirse en el momento de la vinculación, la cual debe ser ejecutada por personal vinculado a la Entidad, es decir, no puede ser por parte de terceros.

Los clientes definidos con perfil de riesgo alto, la entrevista la debe realizar un funcionario designado por la Gerencia.

De la entrevista debe permitir conocer como mínimo:

- Detalles sobre el origen del patrimonio.
- El patrimonio estimado del cliente.
- El origen de los fondos que se recibirán inicialmente.
- Si tiene negocio propio, nombre y dirección del mismo.
- Tamaño del negocio del cliente.

Toda entrevista debe quedar registrada en el formulario de vinculación, en donde conste el nombre del entrevistador, la fecha y hora de su realización y los resultados de la misma

IDENTIFICACIÓN

Quien vincula un cliente debe verificar adecuadamente su identidad, buscando recopilar la mayor evidencia documental posible sobre lo informado por éste.

Los empleados de E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel están obligados a seguir todos los pasos necesarios para lograr la correcta identificación del cliente, aun cuando se trate de personas “recomendadas”. Muchas veces, en estos casos, se tiene la tendencia a aceptar la palabra y a omitir los controles.

Si un cliente/contraparte no está dispuesto a suministrar la información necesaria, la vinculación contractual no podrá darse, mientras no se haya diligenciado en su integridad el formulario, realizado la entrevista, adjuntado los soportes exigidos y aprobado la vinculación del mismo, como mínimo.

CONSULTA LISTAS CAUTELARES

Previa a la entrevista y posterior vinculación, es obligatorio la consulta del nombre y documento de identidad del potencial cliente con las listas cautelares (ONU, OFAC/Clinton), pues como se sabe, bajo ninguna circunstancia se puede tener vínculos contractuales con personas señaladas en dichas listas.

Es importante indicar que la lista expedida por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, tiene carácter de vinculante por ser Colombia país signatario de la ONU.

La lista OFAC-Clinton no es vinculante, pero si existe razón objetiva para E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, no mantener negocios con personas relacionadas en dicha lista, por cuanto expone su integridad a peligros por la aplicación extraterritorial de las leyes americanas.

La consulta se debe hacer previa a la vinculación como cliente.

Para las personas jurídicas, también, se debe realizar sobre todas aquellas personas que figuren en el Certificado de la Cámara de Comercio, tales como representantes legales y sus suplentes, miembros de junta directiva o de socios y revisor fiscal principal y suplentes.
Cada vez que ocurra una actualización de listas, los mecanismos de control deben prever consulta de inmediato con la base de clientes. En el evento de figurar algún cliente, vinculado con anterioridad a la inclusión en lista, se debe reportar de inmediato al Oficial de Cumplimiento, quien someterá el caso a consideración del Comité de Cumplimiento para tomar una decisión final sobre la continuidad del cliente y la conveniencia y racionabilidad de efectuar el reporte ROS.

FORMULARIO DE VINCULACIÓN

La solicitud de vinculación debe estar totalmente diligenciada en todos sus campos, firmada y con la huella dactilar, acompañada con la fotocopia del documento de identidad y demás documentos requeridos por E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, necesarios para comprobar la identidad del proveedor, en el caso de empleados será la hoja de vida. FOR-GEF-02 - FOR-GEF-02 FORMULARIO SISTEMA INTEGRAL DE RIESGOS - SARLAFTSICOF O CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD DE CARÁCTER ILÍCITO.- SARLAFT/SICOF o cualquier otra actividad de carácter ilícito.

CONFIRMACIÓN DE DATOS

Por medios idóneos propios o contratados se debe verificar la documentación y los datos suministrados por la contraparte en el formulario de vinculación. Esta confirmación incluye la consulta a las diferentes centrales de riesgo existentes y que la Entidad haya celebrado el contrato de suministro de información respectiva.

SEGUIMIENTO TRANSACCIONAL

Conocer a los clientes requiere identificarlos bien y estar alerta sobre sus operaciones para prevenir eventos de riesgo y detectar a tiempo transacciones inusuales o sospechosas.

VINCULACIÓN DE PEP

La Junta Directiva es el único estamento autorizado para dar el visto bueno de vinculación de los prospectos de clientes PEP, entendiéndose como tales a personas naturales (nacionales o extranjeras) que por su perfil o por las funciones que desempeñan pueden poner en mayor grado al riesgo de LA/FT, tales como: los que manejan recursos públicos, detectan algún grado de poder público o gozan de reconocimiento público.

PROCEDIMIENTO PARA VINCULACIÓN DE PEPS

En los procesos de vinculación, debida diligencia, actualización anual, registro y conocimiento del cliente, las personas consideradas PEP informarán su cargo, fecha de vinculación y fecha de desvinculación del cargo público desempeñado.

Además, se debe:

- Identificar plenamente a la persona (PEP), y su actividad económica.
- Solicitar soportes del origen de sus fondos.
- Determinar si la persona maneja o no recursos públicos.
- Llevar un seguimiento y vigilancia especial sobre las operaciones realizadas.

Cuando exista un asociado/cliente que posterior a su vinculación con la Entidad se le considere PEP, el Oficial de Cumplimiento informará sobre ello a la Gerencia y se pondrá en conocimiento de la Junta Directiva, quien debe decidirá sobre su continuidad y los ajustes que se deben tener en el seguimiento operacional.

ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información suministrada por una contraparte debe actualizarse por lo menos una vez al año y deberá monitorearse por el Oficial de Cumplimiento.

El Oficial de Cumplimiento coordinará los mecanismos que se adopten para la actualización de datos.

La solicitud de actualización de la información de aquellos clientes que se clasifiquen como inactivos, se debe realizar una vez cese dicha condición.

VINCULACIÓN DE EMPLEADOS

E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, tiene claras políticas sobre selección, vinculación y mantenimiento de información de todos sus empleados, quienes en el desempeño de sus funciones deben cumplir estrictamente con el Código de Integridad y Buen Gobierno, con el Reglamento Interno de trabajo y con las políticas, normas y procedimientos desarrollados en el presente Manual para prevenir el LA/FT.

Cuando la E.S.E., celebre contratos de suministro de personal con un tercero, la empresa contratista deberá validar la información de los funcionarios, consultando el nombre y documento de identidad en las listas cautelares (ONU, OFAC/Clinton), certificando la idoneidad y legalidad de la información.

Cualquier persona que aspire a vincularse como empleado de E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, no podrá haber sido sancionado por ningún tipo de delito incluidos los relacionados con el lavado de activos y financiación del terrorismo.

Cuando se compruebe, se tenga duda o sospecha de la vinculación o participación de un empleado de la empresa en actividades internas o externas en operaciones o actividades de lavado de activos y financiación del terrorismo, será inmediatamente desvinculado y se podrá poner el hecho en conocimiento de las autoridades competentes.

Toda persona que ingrese como funcionario a E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel., antes de iniciar sus labores, debe recibir la adecuada capacitación en el "Sistema Integral para la Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo".

La capacitación en el SARLAFT será una actividad continua en todos los niveles de la Entidad, de acuerdo con los lineamientos oficiales y la experiencia en la prevención del Lavado de Activos y financiación del terrorismo.

E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel para la vinculación de sus empleados, aplica en un todo el requisito señalado en Régimen del Sector Público Colombiano y en el Reglamento Interno de Trabajo y, serán objeto de permanente monitoreo para evaluar su desempeño y prevenir a tiempo, posibles omisiones en el Control y Prevención del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

VINCULACIÓN DE PROVEEDORES - CONTRATISTAS

En las relaciones contractuales con los proveedores/contratistas se debe actuar con toda diligencia y efectuar los controles en cuanto a:

- Consulta en listas cautelares (ONU, OFAC/Clinton, etc.). Cuando se trate de personas jurídicas, esta consulta abarca a representantes legales, socios de la sociedad, miembros de junta directiva, revisor fiscal.

- Diligenciamiento del formulario diseñado para tal fin y firma del contrato convenio respectivo.

- Confirmación de sus datos biográficos y comerciales, de acuerdo con los procedimientos establecidos para la registro y conocimiento de clientes/asociados.

- La Entidad no tendrá relaciones comerciales con personas naturales o jurídicas vinculadas por las autoridades competentes en actividades delictivas, de LA/FT y que se encuentren reportados en listas ONU, OFAC o en la lista interna de clientes reportados. Igualmente, aquellos que hayan sido vinculados y sancionados por la Administración pública en investigaciones de carácter fiscal (manejo de recursos públicos)

- La Entidad dará por terminadas las relaciones comerciales con personas naturales o jurídicas vinculadas, cuando sean señaladas por las autoridades competentes en

actividades delictivas, de LA/FT o que sean reportadas en listas ONU - OFAC, o por autoridades (Contraloría, Procuraduría. Policía Nacional).

- Para realizar negociaciones con clientes externos, encaminadas a obtener insumos para la Entidad o servicios especiales, se seguirá un procedimiento establecido, solicitando cotizaciones, certificado de cámara de comercio, RUT, cartas de referencias, certificaciones de cumplimiento sobre materia de prevención y control del LA/FT (en caso de que su actividad esté regulada) y se analizan dichas cotizaciones frente al presupuesto destinado para tal fin, eligiendo así el suministro de la Entidad más confiable, de mejor calidad y mejores precios. No se vinculará al proveedor que se niegue a suministrar la información solicitada.

CONCEPTO DE USUARIO

Son personas naturales que utilizan los servicios E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel. Su identificación está a cargo del personal que lo atiende.

RECIBO DE EFECTIVO.

Como política, toda contraparte o usuario que utilice los servicios de caja para pagar servicios prestados por E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, deberán diligenciar la “Declaración de Efectivo”, siempre y cuando sus transacciones individuales sean iguales o superen la suma de $5.000.000.00, o la cifra que posteriormente señale las entidades de control del Estado.

CONOCIMIENTO DEL MERCADO

El conocimiento de las operaciones y necesidades del asociado/cliente, así como la aplicación de las recomendaciones del GAFI, de la UIAF y de otros entes nacionales e internacionales, permite a E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, formar un criterio razonable para clasificar al asociado/cliente, facilitando el establecimiento de controles para analizar su comportamiento y razonabilidad de sus operaciones.

CONCEPTO

Entendemos como mercado el conjunto de operaciones que realizan los clientes y usuarios en el desarrollo de los servicios y productos que ofrece la Entidad. Todas las operaciones, activas, pasivas y neutras, que realiza una entidad conforman su mercado.

El Conocimiento del Mercado como tal no es útil para la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, si no se convierte en herramientas prácticas para la prevención y control al LA/FT como, por ejemplo, las siguientes:

- Señales de Alerta
- Segmentos de Mercado
- Factores de Riesgo

- Criterios de normalidad
- Perfiles de Clientes

Este tema es fundamental para el éxito de la política de prevención al lavado de activos, pues una de las formas más efectivas de detectar operaciones sospechosas es cuando las operaciones realizadas por un cliente se salen de los criterios de normalidad establecidos para un determinado segmento.

RESULTADOS DEL CONOCIMIENTO DEL MERCADO

Para efectos de prevenir el lavado de activos, el Conocimiento del Mercado permite tener más información sobre:

- Las operaciones, las áreas y los clientes que conllevan un mayor riesgo para la entidad.
- Las características de los clientes que pertenecen a un determinado segmento.
- Las principales variables macroeconómicas que influencian el mercado.
- Los ciclos que rigen las actividades de sus clientes.

SEGMENTACIÓN DEL MERCADO

Para la Segmentación y Perfil de Clientes, se tomó como base la experiencia, la aplicación de las recomendaciones del GAFI, de la UIAF y de otros entes nacionales e internacionales, así como la actividad principal o secundaria que ejerza el cliente o contraparte.

Todo esto permitió formar un criterio razonable para clasificar los clientes/contrapartes en los segmentos en los cuales se desenvuelven, facilitando establecer controles estrictos y profundizar en el conocimiento de sus actividades y en el comportamiento de sus actividades frente a la capacidad instalada y a la actividad económica en que se desenvuelven.

10. DOCUMENTACIÓN SARLAFT

Los documentos sobre la gestión de SARLAFT, son objeto de un manejo especial de almacenar y conservarlos para evitar su deterioro o pérdida y garantizar el suministro de información cuando la Superintendencia Nacional de Salud o cualquier otra autoridad competente lo requiera, función que está a cargo del Oficial de Cumplimiento de la ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL.

LA DOCUMENTACIÓN GARANTIZA:

- Integridad.
- Oportunidad.
- Confiabilidad.
- Disponibilidad.

LA DOCUMENTACIÓN CUENTA CON:

- Respaldo físico.
- Requisitos de seguridad de forma tal que se permita su consulta sólo por quienes estén autorizados.
- Criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de la misma.

LA DOCUMENTACIÓN COMPRENDE:

- Actas de la Junta Directiva donde consta la aprobación del Manual de Prevención y Control, el cual contiene las políticas y procedimientos del SARLAFT, así como de los ajustes y modificaciones que se efectúen de manera propia o por instrucciones de Supersalud.

- El Código de Ética y Buen Gobierno.

- Los procedimientos e instructivos sobre el desarrollo de las políticas del SARLAFT

- Los informes Presentados por el Oficial de Cumplimiento

- Los informes presentados por Control Interno sobre la evaluación del control de SARLAFT.

- Los informes presentados por el Revisor Fiscal sobre el funcionamiento del SARLAFT.

- Extractos de actas de Junta Directiva donde consta la presentación de informes de los órganos de control, antes mencionados, los pronunciamientos y las determinaciones tomadas.

- Las constancias de envío de reportes ROS y demás solicitados por la UIAF. (Por seguridad de la información y responsabilidad, los documentos relativos a los reportes de operaciones intentadas y Sospechosas, los conserva el Oficial de Cumplimiento, con la debida seguridad y custodia, puesto que pueden ser solicitadas en cualquier momento por autoridades competentes, o para soportar futuros requerimientos de orden administrativo o judicial. En caso de un requerimiento de Supersalud, aportará los acuses de recibo correspondientes).

- Las constancias de capacitación sobre el SARLAFT, impartidas a todo el personal de ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL.

DESTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS

Los reportes de operaciones intentadas y sospechosas, se conservarán en poder del Oficial de Cumplimiento.

Sobre los documentos relativos a operaciones de los clientes, pasados cinco (5) años se pueden destruir, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Que no exista solicitud de entrega de dicha información por parte de las autoridades competentes.
- Que se conserven en un medio técnico que garantice su posterior reproducción exacta y la preservación de su valor probatorio, conforme lo previsto en los Decretosnúmeros 2527 de 1950, 3354 de 1954, 2620 de 1993 y en el artículo 12 de la Ley 527de 1999 y demás normas que los complementen o adicionen.
- En los casos de fusión e incorporación la entidad absorbente debe garantizar la continuidad en el estricto cumplimiento de esta disposición.
- En caso de liquidación corresponde al liquidador adoptar las medidas necesarias para garantizar el archivo y protección de estos documentos, de acuerdo con lo señalado en el artículo 60 del Decreto 2211 de 2004 y el parágrafo del artículo 22 de la Ley 795de 2003.

11. INSTRUMENTOS SARLAFT

Son los que permiten ejecutar en forma efectiva, eficiente y oportuna, los mecanismos previstos para la Previsión y el Control del LA/FT. Entre ellos están:

- Señales de Alerta
- Infraestructura Tecnológica, monitoreo y consolidación de operaciones
- Capacitación.

SEÑALES DE ALERTA

Son indicadores cualitativitos y cuantitativos que permiten inferir de manera temprana y prospectivamente la posible existencia de un hecho, situación, evento, cuantía, indicadores financieros o razones financieras, que permiten identificar comportamientos que se salen de los parámetros previamente definidos como normales, teniendo en cuenta los diversos factores de riesgo: clientes, productos, canales de distribución, jurisdicciones.

CÓMO SE DETECTAN LAS SEÑALES DE ALERTA

Las señales de alerta pueden ser detectadas por:

- Los controles establecidos.
- Vivencias de la Entidad, empleados.
- Requerimientos de organismos externos.
- Información de los medios de comunicación.
- Información recibida del entorno.
- La inclusión en la lista OFAC/Clinton y ONU.
- Falta de consistencia en la información suministrada.

- Tipologías detectadas por la UIAF.

EVENTOS DE ALERTA

ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL ha establecido una lista de señales de alerta, determinando algunos de los hechos o circunstancias que ameritan aviso al Oficial de Cumplimiento por parte del empleado que las detecte. Los empleados podrán reportar circunstancias que a su juicio constituyan señal de alerta así no estén en la lista mencionada.

Cuando se presente una señal de alerta, el Oficial de Cumplimiento debe solicitar lossoportes y analizar la justificación o razonabilidad de la misma.

Si una operación no se ha suscrito y se detecta una alerta que no pueda ser justificadao explicada por el tercero, el negocio debe ser calificado por el Oficial de Cumplimiento como de alto riesgo y emitirá concepto desfavorable de manera que nopodrá ser aprobado ni legalizado.

Si el negocio ya está en curso, y se detecta la alerta, el Oficial de Cumplimiento solicitará el seguimiento de los productos que tiene el tercero, según el tipo de alerta.Una vez reciba la información debidamente soportada, el Oficial de Cumplimiento informará al Comité de Cumplimento y este decidirá si considera la señal de alerta superada o si se han presentado operaciones sospechosas, procederá a su reporte a la UIAF.

En todos los casos en que se detecten señales de alerta que no sean plenamente justificadas por el tercero, se informará de ello al Oficial de Cumplimiento.

Identificación Errónea o Falsa del Cliente

- Cédulas falsas cuyos números no han sido asignados por la Registraduría delEstado Civil.
- Cédulas adulteradas insertando o superponiendo fotos.
- Cédulas de personas fallecidas.
- Suplantación de personas y para ello entregan cédulas de personas reales.
- Personas que prestan su nombre y documentos de identificación (Testaferrato).
- Suplantación de personas jurídicas utilizando documentación legal obtenida fraudulentamente (copias de: Escrituras, Certificados de Cámara de Comercio).
- Suplantación de personas jurídicas de orden público, utilizando fotocopias de documentación legal (Actas de nombramiento, actas de posesión) y suplantando a las personas designadas para el ejercicio del cargo respectivo.
- No se debe vincular un cliente, hasta que no se verifique su nombre y documento de identidad con las listas restrictivas.

Información Insuficiente o Falsa Entregada por el Cliente

- Datos personales suministrados no corresponden con la realidad.

- El área de influencia de sus negocios está fuera del área, sin motivo aparente.
- Documentos falsos o verdaderos, pero de personas suplantadas.
- Direcciones y teléfonos de residencia o de trabajo inexistentes o corresponden a terceros totalmente ajenos a las personas consultadas.
- La información que no sea actualizada o una vez actualizada no pueda confirmarse, constituye una señal de alerta.

Señales sobre establecimientos comerciales

Estas señales de alerta deben ser observadas por los funcionarios pertenecientes a la Subgerencia Administrativa y Financiera.

- Identificación de comercios (Razón Social) o representantes legales que se encuentren vinculados a procesos de lavado o se encuentren en la lista OFAC.
- Establecimientos de comercio que tienen nuevos propietarios, cambian su naturaleza y presentan en corto lapso un nivel de facturación desbordado.
- Establecimientos de comercio que han sido constituidos con bajos capitales según su certificado de cámara y comercio y posteriormente son capitalizadas presentandoaltos niveles de facturación.
- Establecimientos constituidos con un capital social muy bajo, que presentan un objeto social muy amplio y con niveles de facturación desbordados.
- Establecimientos de comercio que tienen en común socios, gerentes, administradores o representantes legales con otras personas jurídicas o empresas.
- Personas naturales o jurídicas que actúen en nombre de terceros intentando ocultarla identidad del representante legal o dueño del establecimiento.
- Establecimientos de comercio que realizan operaciones por valores o cantidades no acordes con su actividad económica.
- Establecimientos de comercio que cambian frecuentemente datos básicos de localización como dirección, teléfono, etc.

12. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y RESPONSABILIDADES SARLAFT

JUNTA DIRECTIVA

La Junta Directiva como máximo órgano rector, asume el mayor compromiso para adoptar normas y políticas que permitan prevenir, controlar y administrar eventos de riesgo del lavado de activos y de la financiación del terrorismo, por lo tanto, le corresponde:

- Aprobar el Manual SARLAFT con las políticas y las bases genéricas para: el desarrollo de los procedimientos operacionales, la vinculación de asociados, clientes/contrapartes, la administración de riesgos y, manejo y reporte de operaciones inusuales y sospechosas.
- Adoptar el Código de Ética y Buen Gobierno en el cual deben estar incorporadas las políticas y normas de conducta de los empleados, así como el régimen sancionatorio respectivo.
- Nombrar al Oficial de Cumplimiento y su suplente.

- Pronunciarse sobre los informes presentados por: El Oficial de Cumplimiento, Control Interno y El Revisor Fiscal, efectuando el seguimiento respectivo sobre las observaciones o recomendaciones adoptadas, decisiones que deben estar consignadas en el acta de reunión de la Junta.
- Ordenar los recursos técnicos y humanos que requiera el Oficial de Cumplimiento, para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT.
- Aprobar el procedimiento para la vinculación de los asociados o usuarios que pueden exponer en mayor grado a la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel al riesgo de LA/FT, así como las instancias responsables, atendiendo que las mismas deben involucran funcionarios de la alta gerencia.
- Aprobar los criterios objetivos y establecer los procedimientos y las instancias responsables de la determinación y reporte de las operaciones sospechosas.
- Designar el cargo o instancia responsable del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de operaciones inusuales

GERENCIA

La Gerencia como Representante Legal y responsable de E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel en desarrollo de sugestión debe divulgar los principios rectores y las normas que resulten aplicables de las decisiones y políticas dictadas por la Junta Directiva y hacer cumplir las tareas emanadas del SARLAFT dentro de la Entidad. Entre otras funciones le corresponde:

- Estudiar con el Oficial de Cumplimiento el Manual SARLAFT y someterlo a consideración y aprobación de la Junta Directiva. Este proceso aplica también para lasactualizaciones.

- Verificar que, en los procedimientos desarrollados para el cumplimiento del SARLAFT, se encuentren adoptadas las políticas trazadas por la Junta Directiva.

- Disponer de los recursos técnicos y humanos para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT, de acuerdo con la aprobación impartida por la Junta Directiva.

- Brindar efectivo y oportuno apoyo que requiera el Oficial de Cumplimiento para la adecuada Prevención y Control que se debe tener al interior de E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel.

- Firmar los procedimientos operativos internos de la Entidad.

- Responde por el adecuado manejo, actualización, conservación y la debida custodia de los documentos enumerados en el numeral 11. DOCUMENTACIÓN, los cuales deben estar a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud, cuando ésta lo solicite.

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

El Oficial de Cumplimiento y su suplente, quienes por tener un mayor conocimiento y estar

capacitados en la Prevención y Control en materia de LA/FT, asumen la responsabilidad de mantener una base sólida de información y control sobre la cual E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel puede sustentar el conocimiento de las transacciones que administra en materia de prevención deLA/FT.

MISIÓN

El Oficial de Cumplimiento debe prestar un efectivo apoyo a la Gerencia en el adecuado control de los riesgos asociados a LA/FT, como son: Riesgo Legal. Riesgo Reputacional. Riesgo Operativo. Riesgo de Contagio.

VISIÓN

El Oficial de Cumplimiento será quien brinde a los grupos de interés de E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, la confianza y seguridad que, en las operaciones y transacciones, se apliquen las políticas y procedimientos en lo referente a la prevención y control sobre los delitos de lavado de activosy del financiamiento del terrorismo.

REQUISITOS QUE REUNE EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO TITULAR

El Oficial de Cumplimiento, nombrado por la Junta Directiva reúne las siguientes condiciones:

- Pertenece al segundo nivel jerárquico de la Entidad.
- Acreditó conocimientos universitarios en materia de capacitación y conocimiento dePrevención y Control del LA/FT.
- Es funcionario de E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel**.**
- Tiene capacidad de decisión para decidir sobre los reportes externos y sobre elcontrol de la gestión de riesgo del LA/FT.
- No pertenece a áreas de Control ni tiene relación con las actividades misionales delobjeto social de la Entidad.
- Cuenta con el soporte adecuado para el desarrollo de su función.
- Tiene pleno respaldo de la Gerencia y de la Junta Directiva.

REQUISITOS QUE REÚNE EL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO SUPLENTE.

El Oficial de Cumplimiento suplente reúne las mismas condiciones del Titular, salvo que no es de segundo nivel dentro de la Entidad. Tiene bajo su responsabilidad lo mencionado para el Oficial de Cumplimiento principal, en caso de su ausencia temporal de acuerdo con las normas establecidas en la Circular 000009 de Supersalud.

FUNCIONES

Las funciones son de medio y no de resultado, por consiguiente, le corresponde:

- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de Las etapas queconforman el SARLAFT.

- Proponer con la Gerencia a la Junta Directiva, la actualización, adopción y ajustes necesarios a las políticas del SARLAFT, así como del Código de Ética y Buen Gobierno y velar por su divulgación a los colaboradores de la Entidad.
- Identificar las situaciones que puedan generar riesgo del LA/FT en las operaciones que realiza E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel.
- Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgode LA/FT en las operaciones, negocios o contratos que realiza E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel.
- Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos, y controles establecidos.
- Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las diferentes fases que conforman el SARLAFT.
- Reportar a la Gerencia y a la Junta Directiva sobre las posibles faltas que comprometan la responsabilidad de los empleados y se adopten las medidas a que haya lugar.

PRESENTACIÓN DE INFORMES

Anualmente debe presentar personalmente un informe confidencial escrito a la Junta Directiva sobre los resultados de la gestión desarrollada y debe referirse como mínimo a los siguientes aspectos:

- Los procesos establecidos para llevar a la práctica las políticas aprobadas, adicionesy modificaciones.
- Los resultados del monitoreo y seguimiento para determinar la eficiencia y la eficaciade las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- Efectividad de los mecanismos e instrumentos de control y las medidas adoptadaspara corregir las fallas encontradas en el monitoreo de los controles.
- Atención de informes recibidos/remitidos a las autoridades competentes.
- Las propuestas de ajustes o modificaciones a las políticas de prevención y control del riesgo de LA/FT que se consideren necesarias para mejora de los mecanismos e instrumentos de control.
- Las políticas y programas adoptados para la actualización de la información de los clientes/contrapartes y los avances en la evolución individual y consolidada de los perfiles de riesgo, de los factores de riesgo y los controles adoptados, así como de los riesgos asociados.
- Los casos detectados por incumplimiento por parte de los empleados de la Entidad, así como los resultados de los correctivos ordenados por la Junta Directiva.
- Los Documentos y pronunciamientos emanados de las entidades de control sobre la prevención y riesgo del LA/FT y las medidas adoptadas para darle cumplimiento a las mismas.
- Desarrollo de las campañas internas de capacitación.
- La atención prestada a los informes de evaluación y verificación presentados por la Revisoría Fiscal y Control Interno como resultado de sus visitas de inspección a las diferentes áreas y oficinas de la Entidad, adoptando las medidas del caso frente a las deficiencias encontradas e informadas.

COMITÉ DE CUMPLIMIENTO

OBJETIVO

El Comité de Cumplimiento, creado a instancia de la Junta Directiva, es un órgano interdisciplinario que debe velar por el adecuado cumplimiento de las políticas, normas y procedimientos que se deben observar en la prevención, control y administración de eventos de riesgo sobre LA/FT., e igualmente, estudiar los hechos relevantes presentados por el Oficial de Cumplimiento.

COMPOSICIÓN

Sus integrantes son funcionarios de alta dirección. El comité estará conformado por:

- Gerente
- Subgerente Administrativo y Financiero
- Oficial de Cumplimiento
- Oficial de Cumplimiento suplente.
- Tesorero

Para su adecuada función, el Oficial de Cumplimiento será el encargado del desarrollo del reglamento de este Comité, el cual hace parte del Manual de Procedimientos de la Entidad.

FUNCIONES

- Conceptuar sobre las modificaciones a las políticas y procedimientos SARLAFT
- Aprobar la planeación de visitas de clientes de alto riesgo.
- Evaluación de clientes de riesgo alto y la viabilidad de su continuidad.

ACTAS

Lo tratado en la reunión debe consignarse en acta numerada, cuya conservación cronológica debe estar soportada con los documentos correspondientes. Como mínimo se deben tocar los siguientes temas:

- Requerimientos Judiciales atendidos.
- Novedades encontradas en las actualizaciones de Lista ONU, OFAC-Clinton.
- Capacitación.
- Reportes de Operaciones Inusuales (ROI).
- Reportes de Operaciones Sospechosas (ROS).
- Informes de entes de control internos.
- Los oficios de observaciones que remitan los entes de control a la entidad como consecuencia de deficiencias detectadas en el SARLAFT.
- Nombres de los asistentes y el medio por el cual participaron (presencial o teleconferencia).

CONSERVACIÓN DE ACTAS

En las sesiones desarrolladas por el Comité de Cumplimiento se discuten temas relevantes que en su gran mayoría gozan de reserva legal, por consiguiente, le corresponde al Oficial de Cumplimiento elaborar las actas y mantenerlas bajo su custodia.

ÓRGANOS DE CONTROL

Son las instancias responsables de efectuar una evaluación del SARLAFT para determinar fallas o debilidades e informarlas al Oficial de Cumplimiento para los correctivos de rigor.

CONTROL INTERNO

Control Interno está concebido para agregar valor y coadyuvar a la custodia adecuada activos/pasivos de la Entidad. Su actividad objetiva de aseguramiento y consulta debe estar fundamentada sobre la confianza generada en cada una de las labores realizadas en la gestión de riesgos, control y dirección.

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, le corresponde en su gestión, revisar si las políticas y controles emanados del SARLAFT, están siendo correctamente aplicados y evaluar anualmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada uno de los elementos del SARLAFT, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, deberá informar los resultados de la evaluación al Oficial de Cumplimiento y a la Junta Directiva para su análisis correspondiente y se adopten los correctivos necesarios.

13. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA Y LA DIVULGACION DE LA INFORMACION SARLAFT

DIVULGACIÓN

Mediante Circulares Reglamentarias Internas, ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL da a conocer a todos sus empleados los procedimientos adoptados, así como las adiciones o cambios que se presenten.

REPORTES

ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL, tiene en cuenta todas las instrucciones relativas al control operacional para realizar los reportes eficientes y oportunos ante las autoridades competentes.

REPORTES INTERNOS

OPERACIONES INUSUALES

Cuando una área operativa o administrativa, detecte una operación que se sale de lo normal frente al comportamiento habitual del cliente/contraparte, de inmediato se debe remitir un "Reporte de Operación Inusual" al Oficial de Cumplimiento, quien analizará su contenido y la documentación respectiva y será quien determine si la lleva a consideración del Comité de Cumplimiento para su decisión final.

INFORME DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con su plan de trabajo y en el ejercicio de su potestad discrecional de realizar auditorías a las diferentes áreas de la Entidad, cada vez que detecte una situación irregular en la aplicación de los mecanismos de control del SARLAFT debe reportarla de inmediato al Oficial de Cumplimiento, quien se encargará de aplicar los correctivos pertinentes.

Igualmente, debe semestralmente dar a conocer al Oficial de Cumplimiento la evaluación de la efectividad y cumplimiento de cada una de las etapas y elementos del SARLAFT.

REPORTES EXTERNOS A LA UIAF

ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL, cuenta con un procedimiento apropiado para realizar en forma eficiente y oportuna, los reportes que ha implementado la UIAF.

OPERACIONES SOSPECHOSAS

Reporte de Operaciones Intentadas o Sospechosas (ROS)

Detectado y definido el reporte por el Comité de Cumplimiento, le corresponde al Oficial de Cumplimiento efectuar el reporte de Operaciones Intentadas o Sospechosas dentro de los plazos establecidos, utilizando el software "Sistema de reporte en línea - SIREL" suministrado por la UIAF al Oficial de Cumplimiento, quien es el único autorizado para utilizarlo en los reportes ROS.

Los reportes de operaciones sospechosas junto con la documentación original de soporte son archivados en orden cronológico por el Oficial de Cumplimiento, quien sólo podrá darlos a conocer ante un requerimiento judicial que llene todas las formalidades legales establecidas en el Código de Procedimiento Penal.

Reporte de ausencia de Operaciones Sospechosas (AROS)

Si en el mes inmediatamente anterior no se detectaron operaciones sospechosas, también debe ser objeto de reporte por el Sistema SIREL la novedad correspondiente.
Reportes de efectivo

ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL, atiende en un todo lo señalado en el Artículo 103, numeral 1 del EOSF, sobre el control de operaciones en efectivo realizadas en el giro ordinario de su actividad de servicio y en especial, las relacionadas con el recibo de operaciones de cartera, tesorería o de terceros.

- Operaciones en Efectivo iguales o superiores a $5.000.000.
- Dentro de los diez (10) primeros días calendario de cada mes, se reporta a la UIAF todas las operaciones individuales en efectivo, realizadas en el área de caja, por valores iguales o superiores a $5.000.000.00, en el mes inmediatamente anterior.
- Operaciones Múltiples en efectivo iguales o superiores a $25.000.000.

- Las operaciones en efectivo, realizadas mensualmente por un mismo cliente/ o usuario, por montos inferiores a los $5.000.000.00, igualen o sumen más de $25.000.000. También son objeto de reporte a la UIAF.
- Reporte de ausencia de operaciones en efectivo.
- Si durante el mes no se ha realizado operaciones en efectivo o no superan los montos antes señalados se debe efectuar el reporte con valores en cero.

FORMA DE ENVIO DE LOS REPORTES

Los reportes establecidos o los que se generen a futuro, deben ser enviados a la UIAF, utilizando el aplicativo “Sistema de reporte en línea - SIREL” diseñado por la UIAF, cuya clave de acceso es suministrada al Oficial de Cumplimiento, único autorizado para su ejecución.

RESPONSABILIDAD DE LOS REPORTES

El proceso de Gestión Financiera es el responsable de la consolidación de los registros mensuales de efectivo. La calidad y contenido de la información es de su entera responsabilidad, más sin embargo el Oficial de Cumplimiento, debe analizar la información, compararla con los reportes anteriores para verificar alzas bruscas o para detectar cifras que no correspondan a la realidad transaccional.

El Oficial de Cumplimiento generará el archivo en medios magnéticos y lo remitirá a la UIAF dentro de los plazos señalados, exigiendo siempre acuse de recibo de la UIAF y conservarlo en archivo especial como soporte documental de la gestión realizada.

El Oficial de Cumplimiento es el responsable en un todo de los reportes de Operaciones intentadas y sospechosas. La calidad y contenido de la información es de su entera responsabilidad.

PLATAFORMA TECNOLÓGICA SARLAFT

La ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL cuenta con la tecnología y los sistemas necesarios para garantizar la adecuada administración del riesgo de LA/FT. Para ello, utiliza bases de datos y herramientas tecnológicas para la revisión y elaboración de listados y reportes que le permiten conocer y controlar el comportamiento operacional de sus clientes. Este sistema es acorde con sus actividades, operaciones, riesgo y tamaño, lo que le permite:

- Captura y actualización periódica de la información de los distintos factores de riesgo.

- Consolida las operaciones de los distintos factores de riesgo de acuerdo con los criterios establecidos por la Entidad.
- Centraliza los registros correspondientes a cada uno de los clientes/contraparte.
- Genera en forma automática los reportes internos y externos, distintos de los relativosa operaciones sospechosas, sin perjuicio de que todos los reportes a la UIAF sean enviados en forma electrónica.

14. CAPACITACIONES

Los Directivos y funcionarios poseen un alto nivel de capacitación y profesionalismo en la realización de sus operaciones. Es responsabilidad de cada directivo y funcionario estar al día en la lectura de la documentación y circulares internas de ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL y las generadas por Supersalud u otras entidades cuyas regulaciones afecten los controles internos de la Entidad.

Los directivos y funcionarios deben aprovechar todo tipo de oportunidades brindadas por ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL para capacitarse haciendo el mejor uso de ellas, además, deben conocer los reglamentos que rigen su profesión u oficio y las normas inherentes al cargo que desempeñan.

El Oficial de Cumplimiento debe desarrollar programas de capacitación anualmente, dirigidos atodos los directivos y empleados con el fin de concientizarlos de la importancia de cumplir a cabalidad con la normatividad vigente relacionada con la prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.

Los programas de capacitación y entrenamiento se deben ejecutar informando como mínimo:

- Periodicidad anual.
- Ser impartida durante el proceso de inducción de los nuevos funcionarios y a lo terceros (no empleados de la Entidad) cuando sea procedente su contratación.
- Ser constantemente revisados y actualizados.
- Contar con los mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos con el fin de determinar la eficacia de dichos programas y el alcance de los objetivos propuestos.
- Señalar el alcance del programa, los medios que se emplearán para ejecutarlos (correo electrónico, cartillas o en forma presencial si fuera el caso y los procedimientos que se adelantarán para evaluarlos. Los programas deben constar por escrito.

15. ETAPA SUBSISTEMA SICOF

El E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel, en concordancia con lo estipulado en la circular externa numero 20211700000005-5 del 2021, para el cumplimiento de los

principios y objetivos en la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, a través de los siguientes elementos:

15.1. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

La identificación de los riesgos está a cargo de los responsables de los procesos. Para la adecuada identificación de riesgos, se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- La E.S.E. realiza la identificación de los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos previamente identificados en el Modelo de Operación por Procesos de la entidad.
- La metodología para utilizar para la identificación de los riesgos es la técnica de "Lluvia de

ideas", esta metodología se basa en las siguientes reglas:

  - ✓ Suspender el juicio: Eliminar toda crítica. No se permite ningún comentario crítico a las ideas realizadas. Se anotarán todas las ideas. La evaluación se reserva para después.
  - ✓ Pensar libremente. Pensar fuera de los límites de lo habitual, de lo normal, pueden surgir soluciones nuevas. Algunas ideas no convencionales se transforman en prácticas.
  - ✓ La cantidad es importante. Cuanto mayor sea el número de ideas se tendrá la posibilidad de escoger, adaptar o combinar.
  - ✓ El efecto multiplicador. Los participantes pueden sugerir mejoras de las ideas de los demás o conseguir una idea mejor a partir de otras dos.

- Durante la identificación se debe revisar el contexto interno y externo, identificar a los stakeholders, identificar los factores de riesgo como el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos y los riesgos asociados, entre otros.
- Para nuevos procesos o proyectos debe realizarse la identificación de los riesgos de

Corrupción, Opacidad y Fraude. Igualmente aplica para los cambios en los procesos.

15.2. MEDICIÓN DE RIESGOS

En esta etapa se miden los riesgos por la probabilidad de ocurrencia y su impacto en caso de materializarse. Para llevar a cabo esta etapa se deben tener en cuenta todos los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo, tanto el riesgo inherente como el riesgo residual se calificarán bajo la metodología "IMPACTO y PROBABILIDAD"

15.3. CONTROL DE RIESGOS

El HGYASM tomará medidas para controlar los Riesgos inherentes a los que se ve expuesto con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto en caso de que se materialicen.

Los controles estarán incluidos en las diferentes políticas y procedimientos de la institución y estarán a cargo de los responsables de los procesos.

La metodología para evaluar el diseño y funcionamiento de los controles estará en el Mapa de riesgo.

En caso de presentarse observaciones o desviaciones en la ejecución del mismo el responsable del proceso deberá implementar las acciones necesarias para que dicho control opere normalmente y evitar materializaciones de los riesgos.

Cualquier cambio en las políticas y procedimientos deberá quedar documentado.

En esta etapa se determinará el perfil de riesgo residual (después de controles)

Algunos de los controles que se deben establecer dentro del HGYASM para la prevención del fraude, soborno y corrupción se encuentran los siguientes:

- **Controles estratégicos**

La alta dirección realiza revisiones y seguimiento a las caracterizaciones de alta criticidad para la entidad, tales como:

- Seguimiento al cumplimiento de los objetivos estratégicos.
- Revisión de los niveles de cumplimiento o avance de los indicadores.

Adicionalmente, debe garantizar que los sistemas de compensación y los indicadores de gestión no están generando presiones en los funcionarios que los induzcan a cometer acciones fraudulentas.

- **Segregación de funciones**

Los procesos requieren implementar controles que involucren segregación de funciones, donde un colaborador no tiene control sobre dos o más fases de una operación, lo que permite reducir las oportunidades para que esté en la posición de perpetrar u ocultar errores o fraudes en el curso normal de sus funciones.

- **Controles contables**

La Subgerencia Administrativa y Financiera debe garantizar la definición de políticas contables y la implementación de los procedimientos necesarios para llevarlas a cabo. La política y los procedimientos deben cumplir con los requisitos normativos vigentes y con el marco de información financiera.

Se debe contar con controles tales como:

- Monitoreo del procedimiento de pagos a terceros.
- Cuadres de caja.
- Verificación de registros contables (arqueos, conciliaciones, inventarios, circularizaciones, controles tributarios)

- **Controles de seguridad de la información**

El responsable del proceso de Sistemas e Información debe velar por la implementación de políticas, procedimientos y controles que garanticen que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (efectividad, eficiencia y confiabilidad) y cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes.

- **Controles del recurso humano**

El responsable del proceso de Talento Humana debe garantizar la implementación de controles efectivos en los procesos de selección, vinculación y promoción del recurso humano, tales como:

- Adecuación de competencias, verificación de antecedentes y documentación en general requerida para el proceso.
- Garantizar que todas las personas disfruten de sus vacaciones una vez cumplido un año de trabajo y que no se acumulen varios periodos.
- Monitoreo de la rotación de personal.
- Valoración del clima laboral.
- Controles de los proveedores

La Oficina Asistencial, la Subgerencia Administrativa y Financiera debe garantizar la implementación de políticas y procedimientos que permitan controlar la contratación de proveedores y el responsable del proceso de Gestión y Mejora, debe monitorear la calidad de sus entregables, entre estos controles se pueden mencionar:

- Seguimiento al cumplimiento de las políticas de contratación.
- Controles de vinculación de acuerdo con los lineamientos establecidos para la gestión y Prevención de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAFT.
- Establecimiento de acuerdos de confidencialidad y cumplimiento de otros requisitos relacionados con la administración de la seguridad de la información.
- Valorar la gestión realizada por el proveedor. (Evaluación periódica y reevaluación).

Controles físicos y patrimoniales

Controles que permitan garantizar niveles de seguridad adecuados para los activos del HGYSM y mitigar riesgos de fraude relacionados con la sustracción de activos. Dentro de este tipo de controles tenemos:

- Control al ingreso de visitantes.
- Seguridad física a las instalaciones administrativas (alarmas, registro obligatorio al ingreso, entre otros)
- Inventarios periódicos de farmacia y activos fijos.

Programa de denuncias anónimas

El hospital debe disponer de canales para reportes de situaciones que vayan en contravía de las políticas y procedimientos, el cual debe ser accesible para todos los colaboradores y terceros. Se dará a conocer por la intranet y página web institucional.

15.4. MONITOREO

Por lo menos semestralmente la oficina de Control Interno efectuará un monitoreo al subsistema de administración del riesgo de corrupción, la opacidad y el fraude. Cada líder de proceso, dentro de sus responsabilidades velará porque los controles de su proceso estén funcionando en las periodicidades establecidas y adoptará los correctivos o mejoras a que haya lugar.

Cada responsable de proceso implementará indicadores de gestión que tienen como finalidad informar, controlar, evaluar y ayudar a tomar las decisiones y los deberán estar alineados a la estrategia de la institución. Para cada indicador se deberá establecer los niveles “Meta” de cumplimiento, así como los niveles de “precaución” y “críticos”. Estos dos últimos niveles serán considerados como señales de alerta.

Los indicadores estratégicos que se encuentran en el cuadro de mando integral hacen parte de los pilares estratégicos de la institución y soportan las iniciativas estratégicas. El seguimiento se efectuará mensualmente en el Comité de Gerencia.
De llegarse a presentar desviaciones o que se incumplan los indicadores “Meta”, los responsables de los procesos deben establecer planes de contingencia para intervenir y tratar los diferentes riesgos, teniendo en cuenta la variabilidad de los riesgos identificados, con el propósito de ajustar las desviaciones lo más pronto posible.

Cada responsable de proceso establecerá los plazos, periodicidad, reportes de avance y de evaluaciones periódicas sobre las estrategias seleccionadas.

El Oficial de cumplimiento trimestralmente revisara las desviaciones de los factores de riesgos de acuerdo con la segmentación realizada.

Los incumplimientos a los límites serán presentados en el Comité de Gestión y Desempeño, donde se informará los planes de contingencia adoptados respecto de cada escenario extremo presentado.

16. POLÍTICAS DEL SICOF

La política institucional es de "Cero Tolerancia frente a la Corrupción, la Opacidad y el fraude y para ello, toma las medidas necesarias con el fin de combatir estos flagelos, buscando permanentemente implementar mecanismos, sistemas y controles adecuados que permitan su prevención, detección y tratamiento.

Para llevar a cabo lo anterior, se adoptan los siguientes lineamientos:

- La junta directiva, la alta gerencia, colaboradores y/o prestadores de servicios, no participan en ninguna forma de fraude, opacidad, soborno o práctica de corrupción, directa o indirectamente y toman las medidas necesarias para combatirlos, independientemente de cualquier forma o tipología de la que se trate.

- El HGYASM establece y promueve dentro de toda la institución, una cultura institucional encaminada a fortalecer la transparencia como valor y principio de toda actuación.

- A través del Código de Integridad y Buen Gobierno define las reglas de conducta con el fin de prevenir la promoción de cualquier forma de Corrupción, Opacidad y Fraude, y de manejar adecuadamente el otorgamiento y recepción de regalos, invitaciones y/o favores.

- No mantiene relaciones de ningún tipo con accionistas, directivos, colaboradores, prestadores de servicios, proveedores o contraparte que hayan sido condenados por actividades ilícitas relacionadas con el fraude, la corrupción o el soborno.

- No tolera que sus Junta Directiva, Alta Gerencia, y demás colaboradores, y/o prestadores de servicios, proveedores, contratistas y cualquier contraparte que tenga relacionamiento con la E.S.E, obtengan resultados económicos, comerciales o de cualquier otra índole, a cambio de violar la ley o actuar de manera deshonesta.

- Adopta un enfoque preventivo, de tal forma que las vulnerabilidades son minimizadas desde su origen, a través de adecuados criterios de diseño organizacional y programas de transformación cultural.

- Segmenta, identifica, mide, controla y monitorea los factores de riesgo relacionados con el Riesgo de Corrupción, la Opacidad, el Fraude, evalúa sistemática y periódicamente, la exposición a los riesgos relacionados con estos delitos, con el fin de implementar medidas efectivas.

- El HGYASM tiene a disposición de todos los grupos interés la línea de transparencia y ética para la recepción y registro de indicios o incidentes por posibles actos indebidos cometidos por parte de sus colaboradores, prestadores de servicios y/o demás grupos de interés.

- Además, gestiona de forma oportuna todas las denuncias de actos relacionados con el riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude, independientemente de su cuantía o del

personal involucrado, garantizando confidencialidad, objetividad, no retaliación, respeto, transparencia, independencia y autonomía de los responsables de las evaluaciones.

- Ningún denunciante sufrirá consecuencias negativas por prevenir, rechazar o denunciar actos de esta naturaleza. Cuando sea procedente, el hospital pondrá en conocimiento de las autoridades competentes toda conducta que contraríe lo previsto en estos lineamientos e igualmente emprenderá y acompañará las acciones judiciales que sean pertinentes.

- Toda persona puede reportar su denuncia de manera anónima si así lo desea. Para los denunciantes que desean aportar sus datos personales en todo momento se garantizará la confidencialidad de la información.

17. PROCEDIMIENTOS SICOF

Con el fin de asegurar una adecuada implementación y funcionamiento de las etapas y elementos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, la E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel ha tenido en cuenta los siguientes requisitos para la adopción de los procedimientos:

- Instrumentar las diferentes etapas y elementos del SICOF.
- Identificar los cambios y la evolución de los controles, así como el del perfil de riesgos.
- Adoptar las medidas por el incumplimiento del SICOF.

17.1. ELEMENTOS DEL SICOF

Para la adecuada implementación y funcionamiento de las etapas y elementos del subsistema de administración del riesgo de corrupción, la opacidad y el fraude – SICOF la E.S.E., cuenta con los siguientes procedimientos:

- Instrumentación de las diferentes etapas y elementos del SICOF: estas etapas y elementos se encuentran documentados en el presente manual.
- Identificación de los cambios y la evolución de los controles.
- Medidas por el incumplimiento del SICOF.
- Código de Integridad y Buen Gobierno.
- Procedimientos y metodologías para identificar, medir, controlar y monitorear los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude y su nivel de aceptación.
- Procedimientos y metodologías para el registro e investigación de eventos.
- El registro de eventos relacionados con el riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude se efectuará en formulario creado para este fin. FOR-GEF-03 FORMULARIO SISTEMA INTEGRAL DE RIESGOS - SARLAFTSICOF O CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD DE CARÁCTER ILÍCITO.
- Procedimientos para reportar sobre posibles casos de corrupción, opacidad fraude. Línea de transparencia y ética.

17.2. MECANISMOS

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF del Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel E.S.E., deberá permitirle establecer cuándo existe una posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude, para ello, cuenta con las siguientes metodologías e indicadores cuantitativos para la oportuna detección de estas posibles actividades:

Indicadores: Cada responsable de proceso implementará indicadores de proceso que tienen como finalidad informar, controlar, evaluar y ayudar a tomar las decisiones y deberán estar alineados a los objetivos estratégicos. Estos estarán en el cuadro de mando de indicadores. Para cada indicador se deberá establecer los niveles “Meta” de cumplimiento, así como los niveles de “precaución” y “críticos”. Estos dos últimos niveles serán considerados como señales de alerta.

Los indicadores hacen parte de los pilares estratégicos de la organización y soportan las iniciativas estratégicas. El seguimiento se efectuará mensualmente en el Comité de Gerencia.

La línea de transparencia y ética es una herramienta para el reporte de irregularidades partiendo de la cultura y sentido de pertenencia de los grupos de interés, estos reportes se analizan, se gestionan.

El HGYASM dejará constancia de cada una de las posibles actividades de Corrupción, Opacidad o Fraude detectadas, así como del responsable o responsables de su análisis y los resultados del mismo en el formato el registro de eventos de Riesgo Operativo y SICOF creado para tal fin.

Si se llegase a detectar alguna posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude, el oficial de cumplimiento debe reportar ante la autoridad competente; dejando evidencia de esto y guardando la debida reserva ante tal reporte, dejando la salvedad de que la entidad está en obligación de reportar el evento a las autoridades competentes de manera inmediata y eficiente. En caso de que la Superintendencia solicite un informe sobre los reportes realizados, es de aclarar que dicho informe debe ser estadístico por clasificación de actividades, más no el detalle de cada caso.

18. INSTRUMENTOS

SEÑALES DE ALERTA

Son hechos, situaciones, eventos, indicadores cuantitativos y cualitativos, que la entidad determine relevante, a partir de los cuales se infiere un hecho o situación que escapa a lo que la E.S.E., ha determinado como normal y que puede favorecer la materialización del riesgo de corrupción opacidad y fraude.

- Controles internos débiles o inexistentes en procesos que involucran transacciones de dinero, activos, prestación de servicios o contratos.
- Disminuciones en saldos de tesorería.
- Incrementos elevados en cuentas de gastos o costos injustificados.
- Uso inadecuado de tarjetas de crédito de la empresa.
- Pagos de horas extraordinarias no relacionadas con la actividad o no acordes a los históricos sin justificación.
- Contraparte no idónea para ejecutar un contrato, venta de un insumo o prestación un servicio con poca o nula experiencia en el servicio requerido pero que recibe el contrato y/o proyecto del Hospital.
- La contraparte recibe pagos muy altos o muy bajos por bienes o servicios en comparación con los precios normales del mercado para productos o servicios equivalentes.
- Transacciones con personas públicamente expuestas (PEPS), los miembros de su familia o sus asociados cercanos que involucran importantes sumas de dinero en efectivo o retiros frecuentes y/o en cantidades inusuales.
- Información pública que vincula a la contraparte con la corrupción u otros delitos financieros.
- La contraparte solicita vincular otro número de cuenta para integrarla a una estructura económica compleja y no tiene justificación. Esto podría indicar la intención de ocultar al beneficiario real.
- Estilo de vida de empleados o contrapartes que no tienen relación con sus medios económicos.
- Alteración, ausencia o correcciones en documentos y registros.
- Solicitar creación de contraparte, o transacciones que no cumplen con el debido proceso de autorización.
- Suministros comprados en exceso sin necesidad, Ajustes de inventario sin justificación.
- Existencia de conflictos de intereses no revelados con contrapartes o empleados.
- Empleados reacios a compartir información, con problemas de adicciones, frecuente ausentismo de su puesto de trabajo sin justificación.
- Permanecen frecuentemente en la oficina más allá de la hora de cierre o concurren a ella por fuera del horario habitual.
- Empelados renuentes a disfrutar de vacaciones, aceptar cambios de su actividad o promociones que impliquen no continuar ejecutando las mismas actividades.
- Manejo de grandes sumas de dinero en efectivo.
- Contratación de una contraparte que haya presentado incumplimientos (no conformidades) anteriores.
- Baja capacidad de transmitir o intercambiar información en forma transparente, es decir, de manera clara, oportuna, precisa y completa.
- Robo de medicamentos e insumos médicos.
- Consumo inusual y/o en grandes cantidades de médicos o insumos médicos.
- Prestación de servicios diferentes al ordenamiento inicial y/o cantidad de ordenes de un servicio que exceden los promedios históricos de su prestación sin justificación para favorecer la facturación de un tercero.

Segmentación de los factores de riesgo

Factores de Riesgo	Riesgo Variables	Segmento	Descripción del Segmento
Factor Humano	Médicos y/o contratistas	S1	Honorarios Médicos Evento
	Colaboradore	S2	Horas Extras - Festivos Diurnos (Q)
		S3	Recargo Festivo Nocturno (Q)
		S4	Recargo Nocturno Ordinario (Q)
		S5	Anulación de facturas
		S6	Descuentos a usuarios
Procesos	Proveedores	S7	Compras a proveedores ($)
	Compras	S8	Compras de insumos ($)
		S9	Costo promedio por insumo ($)
	Asistenciales	S10	Consumo de Inventario (cant.)
	Farmacia	S11	Movimientos por aprovechamientos.
		S12	Vencimientos
		S13	Averías.
		S14	Prestamos y pagos a otras instituciones.
		S15	Ajustes de Inventario.
	Facturación y tesorería	S16	Anulación de facturas.
		S17	Descuentos.
		S18	Descuentos a usuarios
		S19	Anulación de facturas de proveedores.

19. ESTRUCTURA Y RESPONSABILIDADES SICOF

La E.S.E. Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel debe establecer y asignar funciones en relación con las distintas etapas y elementos del Subsistema de administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.

Por lo anterior se establecen las siguientes funciones a cargo de los órganos de dirección, administración y demás áreas de la entidad.

JUNTA DIRECTIVA

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, debe contemplar como mínimo las siguientes funciones a cargo de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces:

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

- Adoptar las medidas necesarias para garantizar la independencia del Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF y hacer seguimiento a su cumplimiento.

- Aprobar el Manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.

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

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

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

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

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

- Efectuar seguimiento en sus reuniones ordinarias a través de informes periódicos que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, sobre la gestión del mismo en la entidad y las medidas adoptadas para el control o mitigación de los riesgos más relevantes, por lo menos cada 6 meses.

- Evaluar las recomendaciones relevantes sobre el SICOF, que formulen el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del mismo y los órganos de control interno, adoptar las medidas pertinentes, y hacer seguimiento a su cumplimiento.

- Analizar los informes que presente el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF respecto de las labores realizadas para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, actos de Corrupción, Opacidad o Fraude y evaluar la efectividad de los controles implementados y de las recomendaciones formuladas para su mejoramiento.

Todas las decisiones y actuaciones que se produzcan en desarrollo de las atribuciones antes mencionadas deben constar por escrito en el acta de la reunión respectiva y estar debidamente motivadas.

REPRESENTANTE LEGAL

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones, son funciones mínimas del Representante Legal:

- Velar por el cumplimiento efectivo de las políticas establecidas por la Junta Directiva.
- Adelantar un seguimiento permanente de las etapas y elementos constitutivos del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.
- Designar el área o cargo que actuará como responsable de la implementación y seguimiento del SICOF.
- Desarrollar y velar porque se implementen las estrategias con el fin de establecer el cambio cultural que la Administración de este Riesgo implica para la entidad.
- Velar por la correcta aplicación de los controles del Riesgo inherente, identificado y medido.
- Recibir y evaluar los informes presentados por el oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, de acuerdo con los términos establecidos en la normatividad vigente.
- Velar porque las etapas y elementos del SICOF, cumplan, como mínimo, con las disposiciones señaladas en la normatividad vigente.
- Velar porque se implementen los procedimientos para la adecuada Administración del Corrupción, Opacidad y Fraude a que se vea expuesta la entidad en desarrollo de su actividad.

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

El oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, el manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
- Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva o quien haga sus veces, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que la entidad administre efectivamente sus Riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en la CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021.

- Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de la entidad.

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

- Establecer y monitorear el perfil de riesgo de la entidad e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la presente Circular.

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

- Desarrollar los programas de capacitación de la entidad relacionados con el SICOF.

- Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al representante legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.

- Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la entidad.

- Informar al máximo órgano social u órgano equivalente sobre el no cumplimiento de la obligación de los administradores de suministrar la información requerida para la realización de sus funciones.

- Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración del máximo órgano social.

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

- Proponer al máximo órgano social programas y controles para prevenir, detectar y responder adecuadamente a los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude, y evaluar la efectividad de dichos programas y controles.

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

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

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

En general, el Oficial de Cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de prevención y control, y verificar al interior de la entidad su operatividad y su adecuado funcionamiento, para lo cual debe demostrar la ejecución de los controles que le corresponden.

El Oficial de cumplimiento o persona encargada por la entidad para la ejecución del SICOF, debe dejar constancia documental de sus actuaciones en esta materia, mediante memorandos, cartas, actas de reuniones o los documentos que resulten pertinentes para el efecto.

Adicionalmente, debe mantener a disposición del auditor interno, el revisor fiscal y demás órganos de supervisión o control los soportes necesarios para acreditar la correcta implementación del SICOF, en sus diferentes elementos, procesos y procedimientos.

CONTROL ITERNO

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

20. PLATAFORMA TECNOLÓGICA SICOF

La entidad cuenta con la tecnología y los Sistemas necesarios para garantizar el adecuado funcionamiento del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.

21. DIVULGACION DE INFORMACUION Y CAPACITACIONES

ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL ha diseñado un sistema efectivo, eficiente y oportuno de reportes tanto internos como externos con el fin de garantizar el funcionamiento de sus procedimientos y cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes.

En el caso del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, el reporte externo que debe efectuar es en relación con las posibles actividades de Corrupción, Opacidad o Fraude,

RESPONSABILIDAD DE LOS REPORTES

Es deber del oficial de cumplimiento reportar a las entidades competentes según la actividad.

Así mismo, la entidad debe mantener una comunicación eficaz, que fluya en todas las direcciones a través de todas las áreas de la organización. Adicionalmente, cada empleado debe conocer el papel que desempeña dentro de la organización y dentro del SICOF, y la forma en la cual las actividades a su cargo están relacionadas con el trabajo de los demás.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL dispone de medios para comunicar la información significativa y de forma asertiva y clara, tanto al interior de la organización como hacia su exterior. En relación con los canales de comunicación, la entidad cuenta con canales de comunicación particulares para la recepción de denuncias (tales como línea telefónica, correos electrónicos, buzones especiales en el sitio Web y otros mecanismos digitales y de manera escrita a través de la radicación en ventanilla única), con el fin que las personas sean internas o externas a la entidad y que detecten eventuales irregularidades, incumplimientos normativos, violaciones al manual de prevención del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude, u otros hechos o circunstancias que afecten o puedan afectar el adecuado funcionamiento del SICOF, puedan ponerlos en conocimiento del oficial de cumplimiento o la persona encargada del SICOF.

Estos canales de comunicación particulares para la recepción cuentan con salvaguardias que garantizan la confidencialidad de la información y de la identidad de la persona que está entregando la información.

Es importante aclarar que estos canales de recepción de este tipo de información son diferentes de los canales de formulación de quejas derivadas en las fallas en la prestación de servicios.

INFORME DE CONTROL INTERNO

De acuerdo con su plan de trabajo y en el ejercicio de su potestad discrecional de realizar auditorías a las diferentes áreas de la Entidad, cada vez que detecte una situación irregular en la aplicación de los mecanismos de control del SICOF debe reportarla de inmediato al Oficial de Cumplimiento, quien se encargará de aplicar los correctivos pertinentes.

Igualmente, debe semestralmente dar a conocer al Oficial de Cumplimiento la evaluación de la efectividad y cumplimiento de cada una de las etapas y elementos del SICOF.

Actualizado por:	Revisado por:	Aprobado por:
ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO
Nombre: Carolina Osorio **Cargo**: Subgerente Administrativo y Financiero	**Nombre:** Carolina Osorio **Cargo:** Subgerente Administrativo y Financiero	**Nombre:** Carolina Osorio **Cargo:** Subgerente Administrativo y Financiero
Fecha: 3/10/2023	**Fecha:** 3/10/2023	**Fecha:** 3/10/2023

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	FECHA DE VIGENCIA
01	Creación del documento	Octubre 2023