



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Nit No. 890.399.047-8

ACUERDO No. 020-2022
(30 de agosto de 2022)

"POR MEDIO DEL CUAL APRUEBA EL MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, FINANCIACIÓN, PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA SARLAFT/FPADM DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO"

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, en uso de sus facultades legales y estatutarias, y las contenidas en el decreto 1808 de 1995 y demás normas concordantes y,

CONSIDERANDO:

Que para neutralizar las conductas delictivas, la Superintendencia Nacional de Salud, mediante Circular Externa 000009 de abril 21 de 2016, introduce los criterios y parámetros mínimos que los Agentes del SGSSS Vigilados, que se deben tener en cuenta en el diseño, implementación y funcionamiento de un sistema de autocontrol y gestión de riesgo LA/FT y determinan los conceptos técnicos y jurídicos que deben cumplir las empresas vigiladas sobre la manera como deben administrar los riesgos del lavado de activos y financiación del terrorismo – LA/FT.

Que así mismo, se deberá implementar y actualizar el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo (SARLAFT), abarcando todas las actividades que realizan los agentes vigilados del SGSSS en desarrollo de su objeto social y deberá prever procedimientos y metodologías para que la entidad evite ser utilizada como herramienta para el lavado de activos y financiación del terrorismo.

Que la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) pretende que los Agentes del SGSSS, continúen la lucha contra el Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, he integren además la lucha del Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva LA/FT/FPADM, con el fin de prevenir que sean utilizadas para dar apariencias de legalidad a activos que provienen de actividades delictivas o que sean utilizadas para ocultar la procedencia de recursos que sean dirigidos finalmente hacia la realización de actividades terroristas.

Que mediante Circular Externa 20211700000005-5 DE 2021 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud cuyo ASUNTO: INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS AL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF) Y MODIFICACIONES A LAS CIRCULARES EXTERNAS 018 DE 2015, 009 DE 2016, 007 DE 2017 Y 003 DE 2018, y en su contenido se considera la actualización del Manual de Políticas y Procedimientos del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiación, Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT/FPADM, por parte de la instituciones vigiladas por la Superintendencia de Salud



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nit No. 890.399.047-8

ACUERDO No. 020-2022
(30 de agosto de 2022)

"POR MEDIO DEL CUAL APRUEBA EL MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, FINANCIACIÓN, PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA SARLAFT/FPADM DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO"

Que el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, entidad vigilada y que hace parte del SGSSS, le corresponde diseñar y actualizar las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que harán parte del SARLAFT/FPADM, para una posterior aprobación por la Junta Directiva quien es el máximo órgano social de la entidad hospitalaria; y aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones, tal como lo establece el punto 5.1.7 de la Circular Externa 20211700000005-5 DE 2021.

Que conforme a lo anterior la Junta Directiva del Hospital departamental Mario Correa Rengifo deberá aprobar la actualización de la DEL MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA – SARLAFT/FPADM, el cual hace parte integral del presenta acuerdo.

que en virtud de lo expuesto

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el Manual de Políticas y Procedimientos del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva SARLAFT/FPADM

PARAGRAFO: Se anexa el MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRCCIÓN MASIVA– SARLAFT/FPADM el cual hace parte integral del presente acuerdo.

ARTÍCULO SEGUNDO: El Oficial de Cumplimiento del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E., será el encargado de supervisar y coordinar el desarrollo de las actividades relacionadas con el Sistema de Administración de Riesgo Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva SARLAFT

ARTÍCULO TERCERO: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de aprobación y deroga los que le sean contrarios.



"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

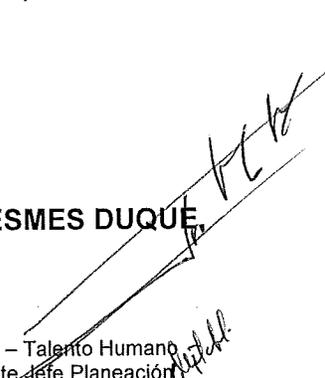
Nit No. 890.399.047-8

ACUERDO No. 020-2022
(30 de agosto de 2022)

"POR MEDIO DEL CUAL APRUEBA EL MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, FINANCIACIÓN, PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA SARLAFT/FPADM DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO"

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE:

Dado en el Municipio de Santiago de Cali Valle, a los treinta (30) días del mes de agosto del año Dos Mil Veintidós (2022).


MARIA CRISTINA LESMES DUQUE
Presidente


LUZ YAMILETH GARZON SANCHEZ
Secretaria

Elaboró Oscar Salazar Ochoa – Talento Humano
Revisado: Alejandra Navarrete Jefe Planeación

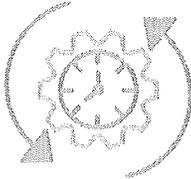
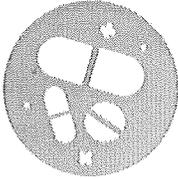
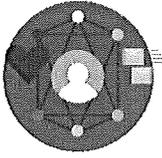
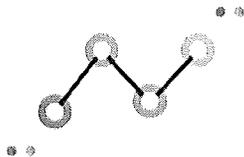


E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM	

MANUAL DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTO DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y EL FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA LA/FT/FPADM

ANEXO DEL ACUERDO No. 020 DEL 30 DE AGOSTO DEL 2022



TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERMANENTE 	MEJORAMIENTO CONTINUO 	GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA 
ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO 	GESTIÓN DEL RIESGO 	RESPONSABILIDAD SOCIAL 
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD 	GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA 	

SANTIAGO DE CALI, 30 DE AGOSTO DEL 2022

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM		

CONTENIDO

1.	POLÍTICA INSTITUCIONAL.....	3
2.	OBJETIVO	3
3.	OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
4.	ALCANCE	4
5.	RESPONSABILIDADES.....	¡Error! Marcador no definido.
6.	NORMATIVA.....	4
7.	DEFINICIONES.....	9
8.	RIESGOS.....	14
9.	CONTENIDO.....	15
	CONOCIMIENTO DE LA ENTIDAD.....	15
9.1.	MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESO	19
9.2.	METODOLOGIA PARA EL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE ..	¡Error! Marcador no definido.
9.3.	ESTABLECER POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO	¡Error! Marcador no definido.
9.4.	TIPOLOGÍA DE RIESGOS.....	¡Error! Marcador no definido.
9.5.	VALORACIÓN DE RIESGOS	¡Error! Marcador no definido.
9.6.	ANÁLISIS DE RIESGOS	¡Error! Marcador no definido.
9.7.	EVALUACIÓN DE RIESGOS.....	¡Error! Marcador no definido.
9.8.	SEGUIMIENTO Y MONITOREO	¡Error! Marcador no definido.
10.	INDICADORES	¡Error! Marcador no definido.
11.	ANEXOS	54
12.	BIBLIOGRAFIA	55
13.	CONTROL DE REGISTROS.....	55
14.	ELABORO, REVISO Y APROBÓ	55

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
	MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM	

1. POLÍTICA INSTITUCIONAL

La E.S.E Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, tiene como finalidad disponer de políticas, mecanismos, procesos, procedimientos, metodologías y controles de los riesgos asociados al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y el Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva LA/FT/FPADM, para proteger a la entidad de ser utilizada como instrumento para actividades delictivas, o para la canalización de recursos dirigidos a la realización de actividades terroristas (lavado de activos, financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva), o para el ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades.

2. OBJETIVO

El presente documento tiene como objetivos principales la definición de los criterios y procedimientos que en materia de administración del riesgo SARLAFT/FPADM, han sido adoptados por el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E., evitando así las posibles conductas delictivas que se puedan cometer en el desarrollo de sus actividades principales como son: Diagnóstico Médico, actividades operativas, actividades administrativas, actividades financieras y actividades comerciales. Además el presente documento brinda una herramienta de referencia a los funcionarios del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO, a través del Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, permitiendo con esto dar a conocer políticas, metodologías y procedimientos para la prevención y control de este riesgo, con el fin de prevenir que la organización sea objeto de LA/FT/FPADM y se vea afectada la buena imagen y efectos económicos negativos que esto conlleva.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.1.1. Establecer los mecanismos internos de control en las diferentes áreas mediante la implementación de políticas LA/FT/FPADM aplicables a cliente interno, proveedores, clientes, usuarios y contrapartes.
- 3.1.2. Implementar controles efectivos en relación con los ingresos generados en la operación de prestación de servicios con los clientes, movimientos de pago por parte de los usuarios, compras a proveedores e inversiones que realice la entidad frente al riesgo LA/FT/FPADM
- 3.1.3. Realizar la debida diligencia y conocimiento a clientes interno, usuarios, proveedores y contraparte; así como la identificación efectiva de las personas públicamente expuestas PEP.
- 3.1.4. Realizar oportunamente el reporte de operaciones identificadas como sospechosas (ROS) y reportes objetivos a la entidad de control
- 3.1.5. Dar a conocer a los funcionarios los delitos de lavado de activos, la financiación del

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM		

terrorismo y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva como riesgo para la entidad

3.1.6. Gestionar el riesgo LA/FT/FPADM mediante la implementación de metodologías de identificación para medir el riesgo y hacer monitoreo ante un posible lavado de activos y financiación del terrorismo al interior del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E.

3.1.7. Definir e implementar políticas y procedimientos para administrar el riesgo de LA/FT/FPADM en el Hospital.

3.1.8. Definir las medidas de prevención y control implementados para prevenir el riesgo LA/FT/FPADM en la entidad.

4. ALCANCE

Este manual será de aplicabilidad obligatoria para todos la Junta Directiva, alta Gerencia, directivos, funcionarios, contratistas, proveedores y demás personal que integre ó se relacionen con el HOSPITAL en el ámbito de las funciones y responsabilidades propias del respectivo cargo o de la actividad que desarrolle para la entidad.

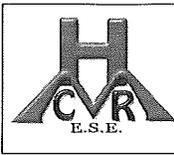
5. CONTROL DEL MANUAL DE SARLAFT

Es responsabilidad de la Junta Directiva del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E., aprobar el Manual y las Políticas del SARLAFT/FPADM "Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva".

Realizar control a través del Oficial de Cumplimiento con el fin mantener una permanente inspección, conocimiento, prevención y actuar, respecto al riesgo en el que está expuesto y evitar incurrir en sanciones o pérdida de imagen; por lo cual es importante una respuesta rápida, eficaz, oportuna y coordinada por parte de la entidad Hospitalaria, su Junta directiva y sus contrapartes, Proveedores, Clientes, Médicos Especialistas y Empleados y demás terceros vinculados, ya que en su condición de empresa comprometida con la lucha contra el SARLAFT/FPADM, desarrollando e implementando el Manual y las Políticas del "Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y el Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva".

6. NORMATIVA

6.1. **Artículo 345. Financiación del terrorismo y de grupos de delincuencia organizada y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y de la delincuencia organizada.** [Modificado por el artículo 16 de la ley 1453 de 2011] El que directa o indirectamente provea, recolecte, entregue, reciba, administre, aporte, custodie o guarde fondos, bienes o recursos, o realice cualquier otro acto que promueva, organice, apoye, mantenga, financie o sostenga económicamente a grupos de delincuencia organizada, grupos armados al margen de la ley o a sus integrantes, o a grupos terroristas nacionales o extranjeros, o a



terroristas nacionales o extranjeros, o a actividades terroristas, incurrirá en prisión de trece (13) a veintidós (22) años y multa de mil trescientos (1.300) a quince mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

6.2. Ley 599 de 2000: Artículo 325-B, Omisión de Control en el Sector de la Salud:

El empleado o director de una entidad vigilada por la Superintendencia de Salud, que con el fin de ocultar o encubrir un acto de corrupción, omita el cumplimiento de alguno o todos los mecanismos de control establecidos para la prevención y la lucha contra el fraude en el sector de la salud, incurrirá, por esa sola conducta, en la pena prevista para el artículo 325 de la Ley 599 de 2000.

6.3. Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción: ART 12. Sistema preventivo de

prácticas riesgosas financieras y de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud. Créase el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud que permita la identificación oportuna, el registro y seguimiento de estas conductas. La Superintendencia Nacional de Salud definirá para sus sujetos vigilados, el conjunto de medidas preventivas para su control, así como los indicadores de alerta temprana y ejercerá sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre la materia. Dicho sistema deberá incluir indicadores que permitan la identificación, prevención y reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El no reporte de información a dicho sistema, será sancionado conforme al artículo 131 de la Ley 1438 de 2011

6.4. Artículo 12 de la Ley 2195 del 2022: La Entidad del Estado y la persona natural,

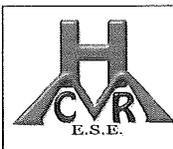
persona jurídica o estructura sin personería jurídica o similar, que tenga la obligación de implementar un sistema de prevención, gestión o administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas o que tengan la obligación de entregar información al Registro Único de Beneficiarios Finales (RUB), debe llevar a cabo medidas de debida diligencia que permitan entre otras finalidades identificar el/los beneficiario(s) final(es), teniendo en cuenta como mínimo los siguientes criterios:

6.4.1. Identificar la persona natural, persona jurídica, estructura sin personería jurídica o similar con la que se celebre el negocio jurídico o el contrato estatal.

6.4.2. Identificar el/los beneficiario(s) final(es) y la estructura de titularidad y control de la persona jurídica, estructura sin personería jurídica o similar con la que se celebre el negocio jurídico o el contrato estatal, y tomar medidas razonables para verificar la información reportada.

6.4.3. Solicitar y obtener información que permita conocer el objetivo que se pretende con el negocio jurídico o el contrato estatal. Cuando la entidad estatal sea la contratante debe obtener la información que permita entender el objeto social del contratista.

6.4.4. Realizar una debida diligencia de manera continua del negocio jurídico o el contrato estatal, examinando las transacciones llevadas a cabo a lo largo de esa relación para asegurar que las transacciones sean consistentes con el conocimiento de la persona natural, persona jurídica, estructura sin personería jurídica o similar con la que se realiza el negocio jurídico o el contrato estatal, su actividad comercial, perfil de riesgo y fuente de los fondos.



El obligado a cumplir con el principio de debida diligencia del presente artículo, debe mantener actualizada la información suministrada por la otra parte

Parágrafo 1. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley, las autoridades de la rama ejecutiva que ejerzan funciones de 7 inspección, vigilancia y control sobre los sujetos obligados en el presente artículo, definirán las condiciones específicas que deben tener en cuenta sus vigilados o supervisados para adelantar el proceso de debida diligencia.

El incumplimiento del principio de debida diligencia y conservación y actualización de la información será sancionado por cada autoridad, atendiendo sus correspondientes regímenes sancionatorios.

Parágrafo 2. La identificación plena de las personas naturales y personas jurídicas a las que hace referencia el artículo 27 de la Ley 1121 del 2006, se cumple con lo descrito en el presente artículo.

Parágrafo 3. Los obligados a cumplir con el presente artículo deben conservar la información obtenida en aplicación del principio de debida diligencia durante el tiempo que dure el negocio jurídico o el contrato estatal, y al menos durante los cinco (5) años siguientes contados a partir del 1 de enero del año siguiente en que se dé por terminado el negocio jurídico o el contrato estatal o efectuada la transacción ocasional.

Cuando la persona jurídica, estructura sin personería jurídica o similar o entidad del estado sea liquidada, el liquidador debe conservar la información obtenida en aplicación del principio de debida diligencia durante al menos los cinco (5) años siguientes contados a partir del 1 de enero del año siguiente a la liquidación.

Parágrafo 4. Para efectos de cumplir con lo dispuesto en el presente artículo, las personas naturales, personas jurídicas, estructuras sin personería jurídica o similares tendrán la obligación de suministrar la información que le sea requerida por parte del obligado a cumplir con el presente artículo.

Parágrafo 5. El incumplimiento de las disposiciones del presente artículo acarreará las sanciones respectivas previstas por cada una de las autoridades que ejerzan funciones de inspección, vigilancia y control para los obligados a cumplirlas.

6.5. **Ley 526 de 1999 y Decreto 1497 de 2002:** Mediante la cual se crea la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF).

6.6. **Ley 1121 de 2006 Artículo 20,** Procedimiento para la publicación y cumplimiento de las obligaciones relacionadas con listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional. El Ministerio de Relaciones Exteriores transmitirá las listas de personas y entidades asociadas con organizaciones terroristas, vinculantes para Colombia conforme al Derecho Internacional y solicitará a las autoridades competentes que realicen una verificación



en las bases de datos con el fin de determinar la posible presencia o tránsito de personas incluidas en las listas y bienes o fondos relacionados con estas.

- 6.7. **Decreto 1872 de 1992:** Mediante el cual se ordena la adopción de procedimientos internos que conlleven a un adecuado conocimiento del cliente.
- 6.8. **Decreto 1497 de 2002:** Reglamento la ley 526 de 1999, hoy decreto único 1068 de 2015, en su artículo 2.14.2 dispone que las entidades públicas y privadas pertenecientes a sectores diferentes al financiero, asegurador y bursátil, deben reportar Operaciones Sospechosas (ROS) a la UIAF, de acuerdo con el literal d) del numeral 2 del artículo 102 y en los términos de los artículos 103 y 104 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, cuando dicha Unidad lo solicite, en la forma y oportunidad que les señale.
- 6.9. **Decreto 950 de 1995, Decreto 754 de 1996 y Decreto 3420 del 2004:** Comité interinstitucional para el control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.
- 6.10. **Artículo 33 de la Ley 1474 de 2011, que señala:** "Los tipos penales de que tratan los artículos 246, 250 numeral 3, 323, 397, 404, 405, 406, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414 y 433 de la Ley 599 de 2000 les será aumentada la pena de una sexta parte a la mitad cuando la conducta sea cometida por servidor público que ejerza como funcionario de alguno de los organismos de control del Estado."
- 6.11. **Circular Externa 9 de abril de 2016:** Expedida por la Superintendencia De Seguridad Social En Salud, en la cual se imparten instrucciones relacionadas con la implementación de Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo "SARLAFT".
- 6.12. **Circular Externa 055 de septiembre del 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
- 6.13. **Circular Externa 045 de septiembre del 2021:** Por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos
- 6.14. **Ley 1621 de 2013** "por medio del cual se expiden normas para fortalecer el marco jurídico que permite a los organismos que llevan a cabo actividades de inteligencia y contrainteligencia cumplir con su misión constitucional y legal, y se dictan otras disposiciones".
- 6.15. **Ley 190 de 1995** "tendientes a preservar la moralidad en la administración pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa."
- 6.16. Resoluciones 1267 de 1999, Resolución 1373 de 2001, Resolución 2178 de 2014, Resolución 2253 de 2015, Resolución 2270 de 2016 todas ellas emitidas por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.



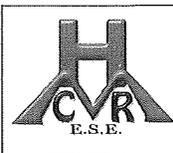
- 6.17. **LAS RECOMENDACIONES DEL GAFI:** Los países integrantes del Grupo de los 7, crearon el GRUPO DE TRABAJO DE ACCION INTERNACIONAL SOBRE BLANQUEO DE CAPITAL GAFI. Las Cuarenta Recomendaciones del GAFI fueron presentadas en 1990 como una iniciativa para combatir la utilización del sistema financiero por personas que realizaban lavado del dinero obtenido por droga. En 1996 la aplicación de las Recomendaciones se extendió más allá del tráfico de drogas hasta en los crímenes de gran importancia y se realizaron muchos otros cambios, basados en la experiencia ganada y reflejando los cambios ocurridos en el problema de lavado de dinero. Además, entre 1990 y 1995 se formuló un número importante de Documentos Explicativos cuya intención era proporcionar una guía más detallada de los aspectos de las Recomendaciones. Las recomendaciones han sido aprobadas por más de 130 países y son ampliamente aceptadas como el estándar principal contra el cual varios países de diferentes partes del mundo han sido asesorados a través de la evaluación mutua y procedimientos de asesoramiento personal. Es de conocimiento que los países tienen sistemas legales y financieros diferentes, y que, por lo tanto, no todos pueden tomar medidas idénticas. En consecuencia, las recomendaciones trazaron los grandes principios o estándares con respecto a los cuales los países deben tomar acción. Sin embargo, no se realiza intento alguno para reglamentar cada detalle y ya que se cumplen los estándares mínimos, los países pueden implementar estas medidas de acuerdo con sus circunstancias particulares y marcos constitucionales, aunque cada jurisdicción debe ser capaz de demostrar que su régimen contra el lavado de dinero es efectivo. El GAFI anunció grandes cambios a sus estándares mundiales antilavado relacionados con políticas y procedimientos que deben implementar los sectores público y privado para un eficiente control antilavado.
- 6.18. **UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS FINANCIERO – UIAF:** Es una Unidad Administrativa Especial adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público que tiene como objetivo prevenir y detectar posibles operaciones de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo en diferentes sectores de la economía.
- 6.19. **Decreto Único 1068 de 2015, en su artículo 2.14.2** dispone que las entidades públicas y privadas pertenecientes a sectores diferentes al financiero, aseguradores y bursátil, debe Reportar Operaciones Sospechosas (ROS) a la UIAF, de acuerdo con el literal d) del numeral 2 del artículo 102 en los términos de los artículos 103 y 104 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, cuando dicha Unidad los solicite en forma oportuna que les señale
- 6.20. **Políticas y Normas Internas:** Acuerdo de Junta Directiva N° 013 - 1 del 21 de julio de 2016, por medio del cual se asignan unas funciones a la Junta Directiva del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo Empresa Social del Estado, y se designa el Oficial de Cumplimiento, conforma a la Circular N° 0009 de 2016
- 6.21. **Acuerdo de Junta Directiva N°002 del 22 de febrero de 2018** por medio del cual se asigna el Oficial de Cumplimiento y su suplente conforme a la circular 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud.

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
	MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM	

6.22. **Régimen Sancionatorio:** El incumplimiento de las políticas y procedimientos para el desarrollo de SARLAFT definidas en el presente manual acarrea la imposición de las sanciones de acuerdo con el régimen sancionatorio aplicable a los servidores públicos del HOSPITAL estipulado en la Ley 1952 de 2019 sin perjuicio de las sanciones penales y administrativas correspondientes, acorde con el Código de Integridad de la Entidad.

7. DEFINICIONES

- 7.1 ALTA GERENCIA:** Personas del más alto nivel jerárquico en el área administrativa y asistencial de la entidad. Son responsables del giro ordinario del negocio de la entidad y encargadas de idear, ejecutar y controlar los objetivos y estrategias de esta.
- 7.2 ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:** Cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.
- 7.3 BLANQUEO DE CAPITALES:** Consiste en ocultar o encubrir la identidad de beneficios obtenidos ilícitamente, de formas que parezca provenir de fuentes legítimas. Normalmente, es un componente de otros delitos mucho más graves como el tráfico de drogas, robos con violencia o extorsión.
- 7.4 BENEFICIARIO FINAL:** Es toda persona natural o jurídica que sin tener condición de cliente es la destinataria final de los bienes objeto del contrato.
- 7.5 CLIENTE Y/O CONTRAPARTE:** Es toda persona natural o jurídica con quien la entidad formaliza una relación contractual o legal, sea contratista, proveedor, suministro de medicamentos e insumos, contratos de red de prestadores, compradores y/o cualquier figura contractual.
- 7.6 CONTROL DE RIESGO LA/FT/FPADM:** Comprende la implementación del manual, políticas, procesos, prácticas u otras acciones existentes que actúan para minimizar el riesgo LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos que realice la entidad.
- 7.7 DEBIDA DILIGENCIA:** (Due Diligence en inglés): 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 el actuar con el cuidado que sea necesario para reducir 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 más económico y proactivo, se identifica como el conjunto de procesos necesarios para poder adoptar decisiones suficientemente informadas. Recomendación No. 10 GAFI.
- 7.8 DEBIDA DILIGENCIA AVANZADA:** Equivale a la definición anterior, pero con un nivel mayor de cuidado, diligencia e investigación.



7.9 FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO: Está tipificado como delito contra el orden económico social en el artículo 324 del Código Penal el cual establece: “ *el que directa o indirectamente provea, recolecte, entregue, reciba, administre, aporte, custodie o guarde fondos, bienes o recursos, o realice cualquier acto que promueva, organice, apoye, mantenga, financie o sostenga económicamente a grupos de delincuencia organizada, grupos armados al margen de la ley o a sus integrantes , o a grupos terroristas nacionales o extranjeros, o a terroristas , incurrirá en prisión de trece (13) a veintidós (22) años y multa de mil trescientos (1.300) a quince mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes*”.

7.10 FACTORES O FUENTES DE RIESGO LA/FT/FPADM: Son los agentes generadores de riesgo de LA/FT en una empresa, que se deben tener en cuenta para identificar las situaciones que puedan generarlo en las operaciones, negocios o contratos que realiza De acuerdo con las recomendaciones del organismo internacional GAFI y para efectos de la política se tendrán en cuenta los siguientes:

7.10.1. Clientes, Usuarios o contraparte: Personas naturales o jurídicas con las cuales la empresa tiene vínculos de negocios, contractuales o jurídicos de cualquier orden, es decir, miembros de junta directiva, usuarios, empleados, (planta y contrato), clientes y proveedores de bienes y servicios.

7.10.2. Productos: Bienes y servicios que ofrece o compra una empresa en desarrollo de su objeto social.

7.10.3. Canales de distribución: Medios que utiliza la empresa para ofrecer y comercializar sus bienes y servicios, como por ejemplo establecimientos comerciales, venta puerta a puerta, Internet o por teléfono.

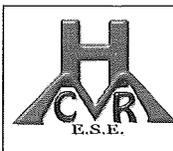
7.10.4. Jurisdicción territorial: Zonas geográficas identificadas como expuestas al riesgo de LA/FT en donde el empresario ofrece o compra sus productos.

7.11 GAFI: Es el Grupo de Acción Financiera Internacional sobre el Blanqueo de Capitales (GAFI), organismo intergubernamental cuyo propósito es elaborar y promover medidas para combatir el blanqueo de capitales.

7.12 GAFILAT: Es una organización intergubernamental de base regional que agrupa a los países de América del Sur para combatir el lavado de dinero y la financiación del terrorismo, a través del compromiso de mejora continua de las políticas nacionales contra ambos temas y la profundización en los distintos mecanismos de cooperación entre los países miembros.

7.13 GESTION DEL RIESGO LA/FT/FPADM: Consiste en la adopción de políticas y procedimientos que permitan prevenir y controlar el riesgo LA/FT/FPADM.

7.14 LAVADO DE ACTIVOS (LA): Está tipificado como delito contra el orden económico social, artículo 323 Código Penal el cual establece, así: *El que adquiera, resguarde, invierta, transporte, transforme, custodie o administre bienes que tengan su origen mediato o inmediato en actividades de tráfico de migrantes, trata de personas, extorsión, enriquecimiento ilícito, secuestro extorsivo, rebelión, tráfico de armas,*



financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas, tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias sicotrópicas, delitos contra el sistema financiero, delitos contra la administración pública, o vinculados con el producto de delitos ejecutados bajo concierto para delinquir, o les dé a los bienes provenientes de dichas actividades apariencia de legalidad o los legalice, oculte o encubra la verdadera naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento o derecho sobre tales bienes o realice cualquier otro acto para ocultar o encubrir su origen ilícito, incurrirá por esa sola conducta, en prisión de ocho (8) a veintidós (22) años y multa de seiscientos cincuenta (650) a cincuenta mil (50.000) salarios mínimos legales vigentes". La misma pena se aplicará cuando las conductas descritas en el inciso anterior se realicen sobre bienes cuya extinción de dominio haya sido declarada. El lavado de activos será punible aun cuando las actividades de que provinieren los bienes, o los actos penados en los apartados anteriores, se hubiesen realizado, total o parcialmente, en el extranjero.

7.15 LISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES: Relación de personas que, de acuerdo con organismos nacionales e internacionales, pueden estar vinculadas con actividades de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y el Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, como lo son las listas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, que son vinculantes para Colombia. Adicionalmente, pueden ser consultadas por internet u otros medios técnicos las listas OFAC, Interpol, ONU, Policía Nacional, entre otras.

7.16 MAXIMO ORGANO SOCIAL: El máximo órgano de gobierno del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo será la Junta Directiva y su principal función será la de velar por el cumplimiento de los objetivos trazados, la cual se realizará a través de la Juntas directivas ordinarias y cuando se requiera de manera extraordinaria.

7.17 OFICIAL DE CUMPLIMIENTO: Máxima persona encargada del cumplimiento del SARLAFT/FPADM, es 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.

7.18 OMISION DE REPORTE: Determinado por el artículo 325A Omisión de reporte sobre transacciones en efectivo, movillización o almacenamiento de dinero efectivo establecido en el Código Penal Colombiano

7.19 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 permiten realizarla. Esta operación también se debe reportar a la UIAF.

7.20 OPERACIÓN INUSUAL: Aquella cuya cuantía o características no guarda relación con la actividad económica de los clientes y/o contraparte, o, que, por su número, por las cantidades trazadas o por características particulares, se salen de los parámetros de normalidad establecida.

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
	MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM	

7.21 OPERACIÓN SOSPECHOSA: Es aquella que por su número, cantidad o característica no se enmarca en los sistemas y practicas 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 detecte esta clase de operaciones, deben ser reportadas a la UIAF.

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

7.23 PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA: Según la UIAF, la proliferación de armas de destrucción masiva es: *“todo acto que provea fondos o utilice servicios financieros, en todo o en parte, para la fabricación, adquisición, posesión, desarrollo, exportación, trasiego de material, fraccionamiento, transporte, transferencia, deposito o uso dual para propósitos ilegítimos en contravención de las leyes nacionales u obligaciones internacionales, cuando esto último sea aplicable”.*

7.24 POLITICAS: 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 de LA/FT

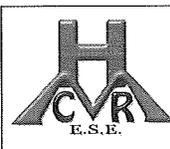
7.25 PARAISOS FISCALES: Lugares geográficos que por sus condiciones especiales se consolidan como centros atractivos de lavado de activos. Sus principales características son: estricta reserva bancaria, laxas políticas tributarias, bajos impuestos, facilitan la conformación de sociedades de papel, permiten la existencia de cuentas numeradas o bajo seudónimos, permiten el funcionamiento de sociedades off – shore (fuera de tierra).

7.26 RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (LA/FT/FPADM): Esta definido por la Superintendencia Financiera de Colombia como: “La posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad vigilada, por su propensión a ser utilizada directamente o a través de sus operaciones como instrumento para el lavado de activos y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas, o cuando se pretenda el ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades. El riesgo de LA/FT/FPADM se materializa a través de los riesgos asociados, éstos son: el legal, reputacional, operativo y de contagio, a los que se expone la entidad, con el consecuente efecto económico negativo que ello puede representar para su estabilidad financiera cuando es utilizada para tales actividades.

7.27 RIESGOS DE LA/FT/FPADM: 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 lavado de activos o la canalización de recursos para financiación del terrorismo y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.



- 7.28 RIESGO ASOCIADO LA/FT/FPADM:** Son aquellos a través de los cuales se puede llegar a materializar el riesgo de LA/FT/FPADM, estos son: contagio, legal, operativo y reputacional.
- 7.29 RIESGO DE CONTAGIO:** En el marco de SARLAFT/FPADM, es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad directa o indirectamente, por acción de una persona natural o jurídica que posee vínculos con la entidad.
- 7.30 RIESGO LEGAL:** Es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad al ser sancionada, multada u obligada a indemnizar daños como resultado de incumplimiento de normas o regulaciones, obligaciones contractuales, fallas en los contratos y transacciones, derivadas de actuaciones malintencionadas, negligentes o actos involucrados que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones.
- 7.31 RIESGO OPERATIVO:** Es la probabilidad de pérdida o daño que pueda sufrir una entidad al incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, por fraude y corrupción, o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.
- 7.32 RIESGO REPUTACIONAL:** Es la posibilidad de pérdida en que incurre una entidad por desprestigio, mala imagen, publicidad negativa, verdadera o no, respecto de la institución y sus prácticas de negocios, que cause una disminución de su base de clientes, disminución de los negocios o ingresos, o incurrir en procesos judiciales.
- 7.33 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.
- 7.34 RIESGO RESIDUAL:** Es el nivel resultante del riesgo después de la aplicación de los mecanismos de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.
- 7.35 RVCC:** El Sistema de Recepción y Validación de Archivos (RVCC), es la plataforma desarrollada por la Superintendencia Nacional de Salud, en la cual los vigilados una vez ingresan con su usuario y contraseña, reportan y envían la información solicitada a través de la Circular Única de la SNS. En este sistema, los vigilados deben cargar los Archivos Tipo 191 (Copia de Acta de Junta) y 192 (Datos Generales del Oficial de Cumplimiento –OC- titular y suplente) para reportar la información solicitada. Al RVCC se ingresa por la página web de la Superintendencia Nacional de Salud, portales vigilados, Circular Única.
- 7.36 SARLAFT/FPADM:** Sistema de prevención y control que deben implementar los vigilados a quienes van dirigidas las instrucciones de esta Circular Externa para la adecuada gestión del riesgo de LA/FT/FPADM. Para esto, los vigilados deberán adoptar unas políticas, procedimientos y herramientas mínimas que contemplen todas las actividades que realizan en desarrollo de su objeto social y que se ajusten a su tamaño, actividad económica, forma de comercialización y demás características particulares de cada agente vigilado. El SARLAFT/FPADM es el conjunto de políticas, procesos, procedimientos, formatos, documentos, entre otros,



que deberán aprobar, adoptar e implementar las entidades para cumplir con lo expuesto en la Circular Externa.

7.37 SEGMENTACIÓN: Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos que comparten características homogéneas al interior de ellos y heterogéneas entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características.

7.38 SEÑALES DE ALERTA: Son circunstancias particulares que llaman la atención y justifican un mayor análisis

7.39 SIREL: El Sistema de Reporte en Línea (SIREL), es un sistema de información en ambiente web, desarrollado por la UIAF como mecanismo principal para recibir los reportes de información en línea. En este, los reportantes obligados deben inscribirse y obtener un usuario y contraseña, para poder realizar los reportes a la UIAF. Al SIREL se ingresa por la página web de la UIAF.

7.40 TIPOLOGIAS: Es la descripción de las técnicas o prácticas utilizadas por los delincuentes y las organizaciones criminales para dar apariencia de legalidad a los fondos de procedencia ilícita y transferirlos de un lugar a otro o entre personas para dar apariencia de legalidad o financiar sus actividades criminales.

7.41 TRANSACCIÓN OBJETIVA: Se refiere a toda transacción que se realice por parte de un particular por un valor igual o mayor a \$5.000.000 o transacciones múltiples que superen al mes los \$25.000.000.oo

7.42 La UIAF. - De conformidad con las Leyes 526 de 1999 (modificada por la Ley 1121 de 2006 y 1762 de 2015) y la Ley 1621 de 2013, y con los Decretos 1068 y 1070 de 2015, "la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) es un organismo de inteligencia y contrainteligencia del Estado, adscrito al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, cuyas funciones son las de intervenir en la economía mediante actividades de inteligencia financiera y económica, con el fin de prevenir y detectar conductas que puedan estar asociadas a los delitos de lavado de activos, financiación del terrorismo, contrabando y/o fraude aduanero

8. RIESGOS

Este riesgo corresponde al Manual de Políticas de Sarlaft/FPADM.

RIESGOS	ACCIONES
Sanción por parte de los entes de vigilancia y control a causa la inadecuada identificación, medición,	Establecer metodología Y procedimientos para identificación, medición, seguimiento y control de riesgos SARLAFT/FPADM

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
	MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM	

seguimiento, control y monitoreo de los riesgos SARLAFT/FPADM.	Realizar seguimiento a la matriz de SARLAFT/FPADM, determinando deficiencias y posibles soluciones a la materialización de riesgos
--	--

9. CONTENIDO

9.10. CONOCIMIENTO DE LA ENTIDAD

9.10.1. MISIÓN

Somos una institución prestadora de servicios de salud de mediana complejidad, que brinda una atención incluyente, oportuna, humanizada y segura para nuestros clientes y usuario, con talento humano calificado y comprometidos con el mejoramiento continuo.

9.10.2. VISIÓN

Para el año **2024** seremos una institución acreditada, reconocida por la prestación de servicios de salud con énfasis quirúrgico. Apoyada con adecuada tecnología y una cultura organizacional humanizada, sostenible y amigable con el medio ambiente.

9.10.3. PRINCIPIOS CORPORATIVOS

Los principios corporativos del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E son:

9.10.3.1. Honestidad y Transparencia.

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, desarrolla procesos asistenciales y administrativos con honestidad y transparencia caracterizados por tener una conducta intachable frente a la comunidad, sus usuarios y proveedores.

9.10.3.2. Justicia Social y Responsabilidad

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, presta sus servicios sin ninguna distinción de género, raza, religión, ideología política y condición socioeconómica, mejorando la calidad de vida, y logrando el desarrollo del individuo y la comunidad.

9.10.3.3. Liderazgo Participativo.

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, se caracteriza por ser líder frente a los procesos de participación social, comunitaria y ciudadana, integrando la comunidad, instituciones, para el desarrollo social de las comunas.

9.10.3.4. Compromiso con la Calidad Integral.

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, busca permanentemente niveles óptimos de calidad, para la satisfacción de las expectativas y necesidades de sus usuarios y como garante de los derechos de los ciudadanos.

9.10.3.5. Efectividad en el Manejo de los Recursos.

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM		

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, garantiza el manejo óptimo y transparente de sus recursos, tecnológicos, financieros y del talento humano, orientándolos de la mejor manera para lograr la autosuficiencia financiera del Hospital y nuestro compromiso social.

9.10.3.6. **Talento Humano Comprometido.**

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, cuenta con un talento humano con alto sentido de pertenencia y continuo mejoramiento, como parte fundamental para la sostenibilidad, crecimiento y desarrollo de la Institución.

9.10.3.7. **Trabajo en Equipo.**

El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E realiza sus labores diarias garantizando la integración de todas las áreas con el fin de lograr una mayor productividad y efectividad. El trabajo en equipo permite coordinar e integrar esfuerzos y recursos hacia el logro de mejores resultados en la gestión institucional.

9.10.3.8. **Vocación de Servicio.**

Los funcionarios del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E, buscan permanentemente proporcionar servicios con calidad y calidez, que satisfagan las necesidades y expectativas de la ciudadanía. Vivenciar el servicio es dar, para facilitar el cumplimiento de un proceso, resolver una solicitud y satisfacer una necesidad.

9.10.3.9. **VALORES CORPORATIVOS**

Los valores son aplicables y ejecutables solo por el ser humano y en nuestra Institución fueron elegidos y derivados de nuestros principios para ser incorporados en el desempeño diario de nuestros funcionarios, con el fin de conseguir un valor agregado a nuestro ejercicio del día a día y que este se vea reflejado tanto en el reconocimiento de usuarios y terceros que interactúan con nuestra institución como en la ratificación del camino correcto hacia una conducta recta, conforme a nuestros principios.

9.10.3.10. **Honestidad:**

Es actuar con honradez y rectitud, asumiendo nuestros errores y aceptando responsabilidades. En el ejercicio de nuestras labores diarias la Honestidad se fundamenta en el valor propio para actuar con integridad hacia la comunidad y nuestros compañeros.

9.10.3.11. **Confianza:**

La confianza es el convencimiento que alcanzamos sobre nuestras propias capacidades y cualidades. Se asienta en nosotros a medida que constatamos nuestra aptitud en las tareas que realizamos y al tiempo que logramos la habilidad para mantener relaciones de calidad con los demás.

9.10.3.12. **Respeto:**

El respeto es la esencia de las relaciones humanas, de la vida en comunidad, del trabajo en equipo y de cualquier relación interpersonal. Cada uno de nosotros debe reconocer y valorar el trabajo de todos y cada uno de aquellos con quienes interactuamos, asumir las competencias propias de sus funciones, sin interferir en las de los demás, si se



presentaran diferencias, están deberán ser superadas por medio de la concertación o el dialogo.

9.10.3.13. Solidaridad:

Cualidad de continuar unido a otros en creencias, acciones y apoyo mutuo, sobre todo en tiempos difíciles. Todos y cada uno de nosotros debemos colaborar en el desempeño de las funciones de nuestros compañeros, para lograr la eficiencia en la organización, no solo con el fin de obtener un beneficio propio, sino también para nuestra comunidad.

9.10.3.14. Responsabilidad:

Responsabilidad es la aptitud de las personas para realizar eficientemente sus tareas. Cada uno de nosotros es responsable de realizar lo que nos corresponde, sin necesidad de que nos estén recordando lo que debemos hacer, porque esta virtud siempre está en busca de cumplir con nuestros objetivos tanto personales como profesionales.

9.10.3.15. Excelencia:

La excelencia para nosotros se fundamenta en el esfuerzo permanentemente por satisfacer las expectativas de nuestros usuarios, buscando el mejoramiento continuo en cuanto a recursos humanos, procesos, tecnología y estructura, con enfoque hacia el servicio.

9.10.3.16. Liderazgo:

Buscamos el liderazgo a través de un equipo de trabajo altamente comprometido en el desarrollo de su potencial, que orienta sus esfuerzos en la consecución de los objetivos organizacionales a través de la innovación, competitividad, motivación y conocimiento, generando valor agregado al bienestar y calidad de vida de todos nuestros usuarios

9.10.4. EJES Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

9.10.4.1. Eje estratégico no.1: Desarrollar estrategias en el ámbito medioambiental, comunitario y del colaborador de manera que se logre impactar positivamente en la de vida del usuario, su familia y cliente interno

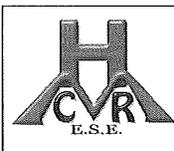
9.10.4.1.1. Garantizar Propiciar la realización de actividades encaminadas a promover la implementación de hospitales verdes y saludables

9.10.4.1.2. Desarrollar estrategias de interacción con los grupos de interés para garantizar buenas prácticas bajo principios de ética y transparencia

9.10.4.2. Eje estratégico 2: Fortalecimiento de la gestión financiera institucional (Modelo de gestión orientado desde políticas de sostenibilidad financiera y uso adecuado de los recursos).

9.10.4.2.1. Mantener un nivel de ventas que garantice la operación y la sostenibilidad administrativa y financiera

9.10.4.2.2. Fortalecer integralmente el proceso de cartera, identificando las estrategias y oportunidades de mejora para una gestión de cobro eficiente.



9.10.4.2.3. Definir e implementar un sistema integral de costos para el análisis de la información, que permita una adecuada toma de decisiones para la determinación de tarifas, la construcción de modelos de negociación y contratación con prestadores de servicio, colaboradores y terceros

9.10.4.3. Eje estratégico 3: Generar valor para nuestros clientes

9.10.4.3.1. Diseñar e implementar el plan médico arquitectónico, de readecuación y renovación de tecnología dura, con enfoque al cumplimiento del sistema obligatorio de calidad en salud.

9.10.4.3.2. Establecer el plan de mercadeo y su estructura funcional para adelantar proyectos y reforzar el portafolio de servicios

9.10.4.3.3. Estructurar el programa de experiencia al usuario.

9.10.4.4. Eje estratégico 4: Prestar servicios diferenciales con alto compromiso con la calidad y con enfoque productivo

9.10.4.4.1. Implementar el sistema de acreditación en salud bajo los estándares del manual colombiano.

9.10.4.4.2. Garantizar la eficacia de los procesos organizacionales de cara al mejoramiento integral de la calidad a través de la formulación y monitoreo de planes tácticos y/o Operativo por proceso.

9.10.4.4.3. Diseñar e implementar acciones de un programa de atención primaria en salud que complemente integralmente el proceso de prestación de servicios y se alinee con la política atención integral en salud y al Maite (Modelo de acción Integral Territorial)

9.10.4.5. Eje estratégico 5: Fortalecer competencias del talento humano, su satisfacción y el desarrollo tecnológico e informático de la institución

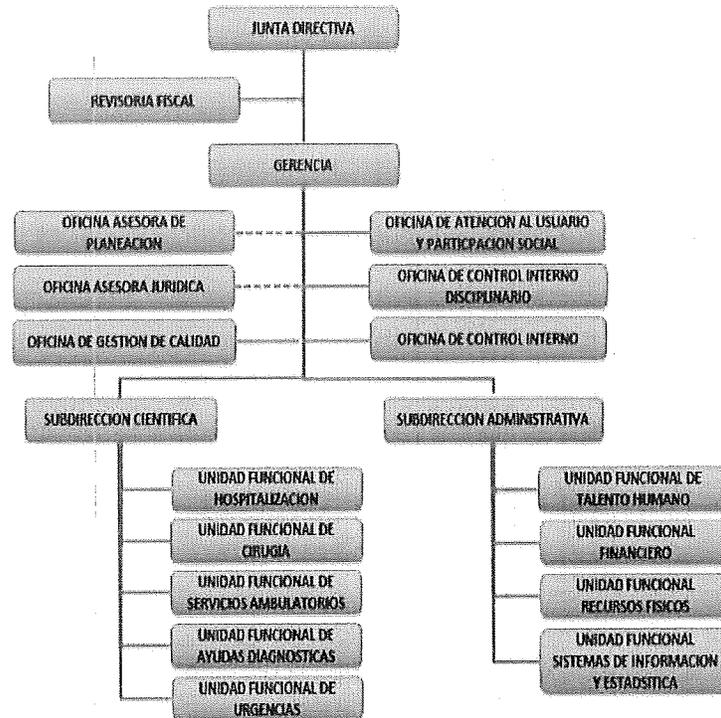
9.10.4.5.1. Establecer un modelo de gestión por competencias que desarrolle integralmente el talento humano

9.10.4.5.2. Fortalecer los lineamientos y políticas relacionadas con la gerencia de la información y de la tecnología informática

9.10.4.5.3. Promover estrategias que estimulen el mejoramiento de calidad de vida del colaborador independientemente de su vinculación laboral

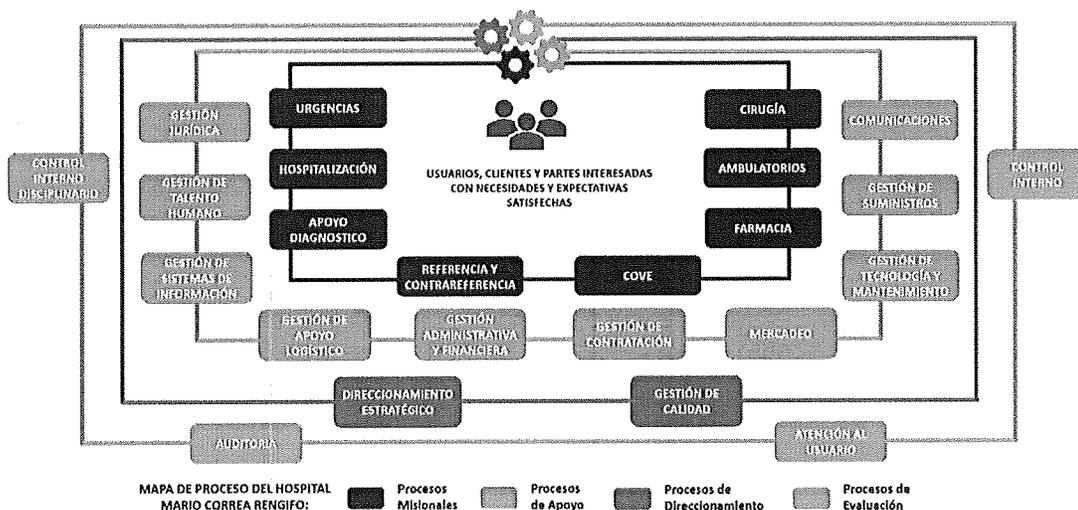
9.10.4.5.4. promover escenarios de crecimiento personal e institucional a partir de la gestión de proyectos de innovación

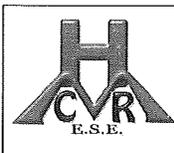
9.11. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



9.12. MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESO

Mediante resolución 160 del 9 de marzo del 2021, "POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA LA RESOLUCIÓN 041 DE 4 DE FEBRERO DE 2021, Y SE ACTUALIZA Y ADOPTA EL MAPA DE PROCESO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E", se estableció el mapa de procesos de la entidad.





E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM	

10. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL SARLAFT/FPADM

La Administración del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos Financiación del Terrorismo y el Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva SARLAFT/FPADM está a cargo del Oficial de Cumplimiento, el cual es transversal a todas las áreas del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E., como proceso estratégico tiene la obligación de velar por el cumplimiento del SARLAFT/FPADM en la organización mediante diferentes actividades dispuestas en este manual y otros procedimientos.

El Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y el Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM) se encuentra soportado por una estructura organizacional sólida, con roles y responsabilidades claramente definidos, documentados, divulgados y comprendidos al interior del HOSPITAL, así:

10.10. FUNCIONES DE LOS ORGANOS DE CONTROL

10.10.1. JUNTA DIRECTIVA

Las funciones de la Junta directiva se establecen de manera expresa y taxativa en el numeral 5.1.7 de la Circular 055 Externa de la Supersalud, y estas son:

10.10.1.1. Diseñar y actualizar las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que harán parte del SARLAFT/FPADM, para una posterior aprobación por la Asamblea o el máximo órgano social o quien haga sus veces.

10.10.1.2. Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.

10.10.1.3. Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT/FPADM, teniendo en cuenta las características del riesgo de LA/FT/FPADM y el tamaño de la entidad. Este equipo de trabajo humano y técnico debe ser de permanente apoyo para que el Oficial de Cumplimiento lleve a cabalidad sus funciones.

10.10.1.4. Asignar un presupuesto anual para contratación de herramientas tecnológicas, contratación de personal, capacitación, asesorías, consultorías, y lo necesario para mantener la operación del SARLAFT/FPADM en la compañía y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento y su equipo.

10.10.1.5. Designar al Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente. Para efectos de dar cumplimiento a esta Circular, la Junta Directiva o quien haga sus veces dará a conocer el nombramiento del Oficial de Cumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud, indicando nombre, profesión, cargo adjunto o de desempeño alterno (si procede), teléfonos de contacto y correo electrónico. Esta información y su respectiva actualización o modificación, deberá realizarse a través del módulo de datos generales o aplicativos de reporte de información que la Superintendencia Nacional de Salud disponga para ellos. En el caso de las entidades públicas la designación se realizará de

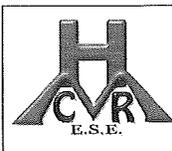


acuerdo con los términos de Ley que les aplique.

- 10.10.1.6. Incluir en el orden del día de sus reuniones, la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento, por lo menos una vez al año o cuando éste lo determine necesario.
- 10.10.1.7. Pronunciarse sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal y realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas, dejando constancia en las actas.
- 10.10.1.8. Aprobar los criterios objetivos y establecer los procedimientos y las instancias responsables de la determinación y Reporte de las Operaciones Sospechosas (ROS).
- 10.10.1.9. Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo del SARLAFT/FPADM.
- 10.10.1.10. Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de las operaciones inusuales

10.10.2. **OFICIAL DE CUMPLIMIENTO**

- 10.10.2.1. Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conforman el SARLAFT/FPADM
- 10.10.2.2. Elaborar y desarrollar los procesos y procedimiento a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de SARLAFT/FPADM
- 10.10.2.3. Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones que realiza la entidad
- 10.10.2.4. Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos que realiza la entidad.
- 10.10.2.5. Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos
- 10.10.2.6. Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de LA/FT/FPADM de la entidad
- 10.10.2.7. Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre riesgos de LA/FT/FPADM y velar por su cumplimiento.
- 10.10.2.8. Verificar que se cumplan las normas y procedimientos específicos diseñados que conforman el SARLAFT/FPADM para prevenir el lavado de activos y de la financiación del terrorismo.



- 10.10.2.9. Cancelar inmediatamente las vinculaciones con personas relacionadas en las listas OFAC y ONU.
- 10.10.2.10. Presentar un informe periódico a la Junta Directiva cuando menos trimestralmente, refiriéndose como mínimo a los siguientes aspectos:
- 10.10.2.10.1. Propuesta y seguimiento de las políticas, procedimientos, metodologías y programas desarrollados para cumplir su función y los resultados de la gestión realizada.
- 10.10.2.10.2. El cumplimiento con el envío de los reportes de riesgo a las diferentes autoridades.
- 10.10.2.10.3. La efectividad de los mecanismos e instrumentos de control y las medidas adoptadas para corregir las fallas.
- 10.10.2.10.4. Los casos específicos de incumplimiento de las normas de conducta por parte de los funcionarios de la entidad, así como, los resultados de las órdenes impartidas por la Junta Directiva en este campo.
- 10.10.2.10.5. Los correctivos que considere necesarios, incluidas las propuestas de actualización o mejora de los mecanismos.
- 10.10.2.10.6. Evolución del riesgo, controles implementados y monitoreo.
- 10.10.2.11. Promover la adopción de correctivos al SARLAFT/FPADM.
- 10.10.2.12. Participar activamente en el desarrollo de programas internos de capacitación a los funcionarios de la entidad.
- 10.10.2.13. Reportar a la Gerencia, las fallas que comprometan la responsabilidad de los funcionarios.
- 10.10.2.14. Proponer a la Junta Directiva la actualización del manual de procedimientos y velar por su divulgación a todos los funcionarios.

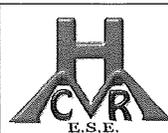
Observaciones: El nombramiento de este funcionario no exime a los demás funcionarios de las obligaciones de detectar y reportar internamente las operaciones inusuales, toda vez que debe determinar rápidamente si corresponde a operaciones sospechosas y disponer su reporte a la Unidad Administrativa Especial de Información y Análisis Financiero (UIAF).

10.10.3. CONTROL INTERNO

La Oficina de Control Interno debe velar por el cumplimiento del presente Manual, informando semestralmente bajo el esquema en auditorías basadas en riesgo a la Gerencia las novedades encontradas.

Los resultados de su gestión deben ser informados al Oficial de Cumplimiento de EL HOSPITAL, quien se encargará de evaluarlos y efectuar el seguimiento respectivo con el fin de adoptar los correctivos a que haya lugar.

10.10.4. REVISOR FISCAL



La Revisoría Fiscal debe instrumentar los controles adecuados que le permitan detectar incumplimientos de las instrucciones para la prevención de lavado de activos y de la financiación del terrorismo.

Dentro de su gestión incluye el examen de las funciones que cumplen los directivos de la entidad incluida la del Oficial de Cumplimiento en relación con el respectivo SARLAFT/FPADM.

El Revisor Fiscal deberá elaborar un reporte semestral especial dirigido a la Junta Directiva acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas sobre prevención del LA/FT/FPDM.

11. ALCANCE DEL SARLAFT/FPADM

El SARLAFT/FPADM debe abarcar todas las actividades que realizan las entidades vigiladas en desarrollo de su objeto social principal y deberá prever además procedimientos y metodologías para que las entidades se protejan de ser utilizadas en forma directa, es decir a través de sus accionistas, administradores y vinculados como instrumento para el lavado de activos y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas, o cuando se pretenda el ocultamiento de activos provenientes de dichas actividades

12. ETAPAS DEL LAVADO DE ACTIVOS

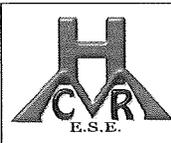
En el proceso de Lavado de Activos se tienen identificadas cuatro (4) etapas a saber:

- 12.1. Obtención:** Actividad relacionada con la obtención de los recursos provenientes de cualquier actividad descrita en el artículo 323 del código penal o delitos fuente.
- 12.2. Colocación:** Es la actividad tendiente a poner los bienes, recursos o activos de procedencia ilícita en la economía formal o sector de la economía.
- 12.3. Estratificación:** Es la ejecución de diversas transferencias, compras, ventas, contratos y operaciones, en diferentes formas y sectores, para tratar de ocultar el origen ilícito y dificultar los rastros de su origen, para lo cual se hacen muchas y complejas transacciones económicas.
- 12.4. Integración:** Es la mezcla de dineros ilícitos con fondos de origen legal para tratar de usar los activos y disfrutar de los bienes o recursos con apariencia de legalidad.

13. DELITOS FUENTE DE LAVADO DE ACTIVOS

Los delitos fuente o de lavado de activos consiste en realizar un proceso para ocultar dineros de origen ilegal.

- 13.1. Producción y tráfico de drogas ilícitas
- 13.2. Extorsión
- 13.3. Secuestro extorsivo
- 13.4. Delitos contra la administración pública



- 13.5. Delitos contra el sistema financiero
- 13.6. Tráfico de migrantes
- 13.7. Trata de personas
- 13.8. Rebelión
- 13.9. Financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades
- 13.10. Terroristas.
- 13.11. Enriquecimiento ilícito
- 13.12. Tráfico de armas

14. FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

El que directa o indirectamente provea, recolecte, entregue, reciba, administre, aporte, custodie o guarde fondos, bienes o recursos, o realice cualquier otro acto que promueva, organice, apoye, mantenga, financie o sostenga económicamente a grupos armados al margen de la ley o a sus integrantes, o a grupos terroristas nacionales o extranjeros, o a terroristas nacionales o extranjeros, o a actividades terroristas, incurrirá en prisión de trece (13) a veintidós (22) años y multa de mil trescientos (1.300) a quince m mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes”

En el proceso de Financiación del Terrorismo se tienen identificadas cuatro (4) etapas:

- 14.1. **Obtención:** Es la recolección de fondos de origen legal o ilegal con el fin de apoyar las actividades terroristas
- 14.2. **Colocación:** Es la actividad de poner los recursos legales o ilegales en algún sistema formal o informal con el fin de encubrir el destino o uso para fines terroristas o para una organización terrorista.
- 14.3. **Estratificación:** Es la mezcla de los bienes, recursos o activos de procedencia ilícita o lícita mediante diversas transacciones financieras.
- 14.4. **Integración:** Es la forma de usar los fondos y/o disfrutar de los bienes, recursos o activos con la apariencia de legalidad y ocultando su destino con fines terroristas o para apoyar organizaciones terroristas.

15. FINANCIAMIENTO Y PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA

Según la UIAF, la proliferación de armas de destrucción masiva es *“todo acto que provea fondos o utilice servicios financieros, en todo o en parte, para la fabricación, adquisición, posesión, desarrollo, exportación, trasiego de material, fraccionamiento, transporte, transferencia, deposito o uso dual para propósitos ilegítimos en contravención de las leyes nacionales u obligaciones internacionales, cuando esto último sea aplicable”*.



15.1. ELEMENTOS FUNDAMENTALES QUE MARCAN LA DIFERENCIA ENTRE LAS ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA CONVENCIONAL Y LA NO-CONVENCIONAL.

15.1.1. **Los Medios de transporte/uso:** Mientras que las armas tradicionales de destrucción masiva utilizan medios convencionales tales como misiles, cohetes, aviones etc.; las armas de destrucción masiva no convencionales hacen alusión a dispositivos no militares tales como mochilas, sprays o correo postal que se transportan por medios privados (coches, motocicletas) o públicos (tren, metro, avión o autobús). Cada vez es más frecuente el uso de nano tecnologías para la construcción, transporte o ensamblaje de elementos necesarios para la proliferación de Armas de Destrucción Masiva. Una mención especial merece los dispositivos aéreos no tripulados, que en los próximos años se convertirán en habituales. Por esta razón los UAS deberán ser objeto de especial atención en la lucha contra la proliferación de armas de destrucción masiva ya que su detección resulta complicada y sus efectos pueden ser devastadores.

15.1.2. **Los objetivos:** en la Proliferación Tradicional de las Armas de Destrucción Masiva, en principio los objetivos son militares o al menos relacionados con los poderes públicos. Sin embargo, en el caso de la proliferación no convencional se amplían los objetivos incluyendo centros comerciales, congregaciones religiosas o colegios y hospitales.

15.2. Señales de Alerta:

Entre los Indicadores de posible financiamiento de proliferación como se menciona en el Anexo 1 del GAFI 2008 Tipologías Informe sobre Financiamiento de Proliferación tenemos:

15.2.1. Transacción involucra a una persona o entidad en un país extranjero con problemas de proliferación.

15.2.2. La transacción involucra a una persona o entidad en un país extranjero de interés de desviación.

15.2.3. El cliente o la contraparte o su dirección son similares a una de las partes que se encuentran en listas de «personas denegadas» disponibles públicamente o que tienen un historial de contravenciones de control de exportaciones.

15.2.4. Actividad del cliente no coincide con el perfil comercial, o la información del usuario final no coincide con el perfil comercial del usuario final.

15.2.5. Una empresa de transporte de carga aparece como destino final del producto.

15.2.6. Pedido de bienes es realizado por empresas o personas de países extranjeros que no sean el país del usuario final indicado.

15.2.7. Implica el envío de mercancías incompatibles con el nivel técnico del país al que se envía (por ejemplo, un equipo de fabricación de semiconductores que se envía a un país que no tiene industria electrónica).

15.2.8. Transacción involucra posibles compañías pantalla (p. Ej., Las empresas no tienen un alto nivel de capitalización o muestran otros indicadores de empresas fantasmas).

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM		

- 15.2.9. Demuestra enlaces entre representantes de compañías que intercambian bienes, es decir, los mismos propietarios o la administración.
- 15.2.10. Ruta de envío es circular (si está disponible) y/o la ruta indirecta de la transacción financiera.
- 15.2.11. La transacción de financiamiento comercial implica una ruta de envío (si está disponible); a través de un país con leyes débiles de control de exportaciones o aplicación deficiente de las leyes de control de exportaciones.
- 15.2.12. Involucra a personas o compañías (particularmente compañías comerciales) ubicadas en países con leyes débiles de control de exportaciones o aplicación débil de leyes de control de exportaciones.
- 15.2.13. La transacción implica el envío de bienes incompatibles con los patrones normales de comercio geográfico (por ejemplo, si el país involucrado normalmente exporta o importa el bien involucrado).
- 15.2.14. Involucra a instituciones financieras con deficiencias conocidas en los controles de Antilavado de Dinero y contra el Financiamiento del Terrorismo ALD/CFT y/o domiciliadas en países con leyes débiles de control de exportaciones o aplicación débil de leyes de control de exportaciones.
- 15.2.15. De acuerdo con la documentación obtenida en la transacción, el valor declarado del envío obviamente fue subestimado en relación con el costo de envío.
- 15.2.16. Inconsistencias en la información contenida en documentos comerciales y flujos financieros, tales como nombres, compañías, direcciones, destino final, etc.
- 15.2.17. Patrón de actividad de transferencia electrónica que muestra patrones inusuales o que no tiene un propósito aparente.
- 15.2.18. Cliente con información vaga/incompleta en la información que proporciona, resistente a proporcionar información adicional cuando se le consulta.
- 15.2.19. El nuevo cliente solicita una transacción de carta de crédito esperando la aprobación de la nueva cuenta.
- 15.2.20. Envíe las instrucciones o el pago de las partes no identificadas en la carta de crédito original u otra documentación.

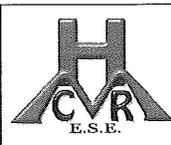
16. ELEMENTOS DEL SARLAFT/FPADM

- 16.1. POLÍTICAS:** Lineamientos Generales que deben adoptar las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud en relación con el SARLAFT/FPADM. El diseño y la aprobación de las políticas es responsabilidad de la Junta Directiva del Hospital.
- 16.2. PROCEDIMIENTOS:** Se deben establecer procedimientos aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de los elementos y las etapas del SARLAFT/FPADM, adoptando los controles que permitan reducir la posibilidad de que las operaciones, negocios, contratos que se hayan realizado o se intenten realizar, sean utilizadas para dar apariencia de legalidad a actividades LA/FT/FPADM. El diseño de procedimientos, así como de la aprobación es responsabilidad de la Junta Directiva.
- 16.3. FUNCIONES DE LOS ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN Y CONTROL.** Corresponde a la asignación de funciones a cargo de la Junta Directiva de la entidad, el Oficial de Cumplimiento y el Revisor Fiscal para garantizar la sostenibilidad del sistema.

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM		

- 16.4. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA:** La entidad debe garantizar la infraestructura tecnológica requerida para la administración del riesgo de LA/FT/FPADM, al contar con un soporte tecnológico acorde a las actividades que desarrolle la empresa, nivel del riesgo y tamaño de las operaciones. Disponer de la tecnología requerida para realizar monitoreo del riesgo, identificación de señales de alerta, validación de información de las contrapartes, identificación de las transacciones objeto de reportes objetivos a la UIAF entre otros aspectos.
- 16.5. REPORTES:** Se refiere a los reportes a cargo de la institución que de acuerdo a la circular externa No. 009 de 2016 se establecieron como reporte de operaciones intentadas y operaciones sospechosas (Reporte de ROS), Reporte de ausencia de operaciones intentadas y operaciones sospechosas (Reporte de ausencia de ROS), Reporte de transacciones individuales en efectivo, Reporte de Transacciones en Efectivo, Reporte de ausencia de Transacciones en efectivo, y otros reportes que determine la UIAF. Todos los reportes que se realicen deben contar con su respectivo soporte y evidencia.
- 16.6. CAPACITACIÓN:** Corresponde al diseño, programación y coordinación de planes de capacitación como mínimo una vez al año en todas las áreas y funcionarios de la entidad sobre las políticas, procedimientos, herramientas y controles adoptados, para dar cumplimiento al SARLAFT. El personal de la entidad debe estar en capacidad de identificar una operación intentada, inusual o sospechosa, cuando debe reportarse, el medio para hacerlo y a quien.
- 16.7. DOCUMENTACIÓN:** Se refiere a la documentación que en todo momento debe estar disponible y a disposición de las entidades de control especialmente la Superintendencia Nacional de Salud como lo son:
- 16.7.1.** Las actas de la Junta Directiva, donde conste la aprobación de las políticas del SARLAFT/FPADM, así como las actas en donde se realicen ajustes o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.
 - 16.7.2.** Los instructivos o manuales que contengan los procesos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas y procedimientos aprobados del SARLAFT/FPADM.
 - 16.7.3.** Los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento.
 - 16.7.4.** Los informes presentados por el Revisor Fiscal sobre el funcionamiento del SARLAFT/FPADM.
 - 16.7.5.** Constancia de envío de los reportes de operaciones sospechosas ROS remitidos a la UIAF y demás reportes requeridos.
 - 16.7.6.** Constancia de capacitaciones realizadas a todo el personal de la empresa con relación al SARLAFT/FPADM.
 - 16.7.7.** Actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del informe del Oficial de cumplimiento y del Revisor Fiscal.

17. POLITICAS DE SARLAFT/FPADM



17.1. POLÍTICAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA.

Las siguientes son las políticas adoptadas por Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E., para el adecuado manejo del **Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva SARLAFT/FPADM** en lo referente a las etapas y elementos del Sistema, las cuales son de estricto cumplimiento por parte de los funcionarios de la entidad, adicional al cumplimiento de las normas legales, las que deben ser atendidas en el desarrollo de sus actividades.

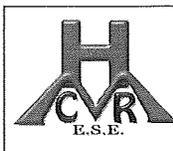
El HOSPITAL a través de sus políticas, ha definido los criterios y lineamientos generales de actuación que orientan la gestión frente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.

Cada una de las políticas definidas una vez adoptadas se convierte en pautas de comportamiento de obligatorio cumplimiento, las cuales se encuentran documentadas con sus procedimientos en el presente manual.

17.1.1. POLITICA ESTRATEGICA

Definen los criterios y lineamientos generales de actuación encaminados a generar una alineación entre el direccionamiento estratégico y el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y el Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, del HOSPITAL.

- 17.1.1.1. La Junta Directiva y el Representante Legal del HOSPITAL reconocen en la Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, una herramienta de gestión que le permitirá mantener bajo estricto control los riesgos LA/FT/FPADM.
- 17.1.1.2. La Junta Directiva y el Representante Legal del HOSPITAL, se comprometen con el desarrollo y mantenimiento de un eficaz Sistema de Administración del Riesgo de lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y el Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva SARLAFT/FPADM.
- 17.1.1.3. El HOSPITAL incorpora en el Código de Conducta y Buen Gobierno las políticas SARLAFT/FPADM orientando la actuación de los funcionarios de la entidad para el funcionamiento del SARLAFT/FPADM y estableciendo procedimientos sancionatorios frente a su inobservancia.
- 17.1.1.4. El HOSPITAL asegura la prevención de conflictos de interés en la recolección de información en las diferentes etapas del SARLAFT/FPADM.
- 17.1.1.5. La Oficina de Control Interno, la Revisoría Fiscal, el Oficial de Cumplimiento y los líderes de proceso dando alcance a sus niveles de autoridad,



responsabilidades, aseguran el cumplimiento de las disposiciones relacionadas con SARLAFT/FPADM.

- 17.1.1.6. El HOSPITAL, debe contar con la tecnología y los sistemas necesarios para garantizar la adecuada administración del riesgo LA/FT/FPADM, así como los reportes internos y externos requeridos por las autoridades competentes.

17.1.2. POLITICA DEL SISTEMA SARLAFT/FPADM

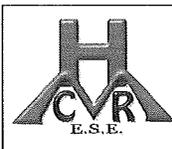
Corresponden a las directrices, criterios y lineamientos generales de actuación que orientan el desarrollo y la gestión del Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM) dentro del HOSPITAL.

- 17.1.2.1. El HOSPITAL cuenta con una Metodología y procedimientos de Administración del Riesgo LA/FT/FPADM, los cuales permiten identificar, medir, controlar y monitorear los riesgos inherentes y residuales de la entidad.
- 17.1.2.2. El HOSPITAL cuenta con procedimientos establecidos para el conocimiento del cliente/beneficiario en los productos y detección de operaciones inusuales y sospechosas.
- 17.1.2.3. El máximo nivel de Tolerancia de Riesgo Residual por parte del HOSPITAL de acuerdo con la metodología SARLAFT/FPADM es Tolerable, los riesgos que se ubiquen por encima de este límite deben ser tratados inmediatamente a través de acciones de control que mitiguen sus causas e impactos. EL HOSPITAL tiene cero tolerancias al riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo
- 17.1.2.4. El HOSPITAL cuenta con los mecanismos para realizar la consolidación electrónica de operaciones mensualmente, así como el análisis de operaciones inusuales y el reporte oportuno de las operaciones sospechosas

17.1.3. POLITICAS OPERATIVAS

Las Políticas operativas fijan directrices que orientan eficaz y eficientemente las operaciones sobre la entidad y gestión para el logro de los objetivos del Sistema de Administración del Riesgo SARLAFT/FPADM en el HOSPITAL.

- 17.1.3.1. El Riesgo SARLAFT/FPADM se encuentra alineado con el Sistema de Administración Riesgo Operativo (SARO).
- 17.1.3.2. El HOSPITAL reconoce dentro de su Estructura Organizacional, el cargo correspondiente al Oficial de Cumplimiento.
- 17.1.3.3. El HOSPITAL cuenta con un Oficial de Cumplimiento Principal y Suplente
- 17.1.3.4. EL HOSPITAL no establecerá relaciones contractuales ni otorgará beneficios a personas naturales y/o jurídicas y/o terceros que se encuentren en las listas

**E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO**

PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

SUBPROCESO SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA

MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM

restrictivas utilizadas por la entidad, o vinculadas en procesos administrativos y/o judiciales por LA/FT/FPADM, ni continuará con la relación contractual cuando luego de haber establecido una relación contractual o se hubiesen otorgado beneficios, sean incluidas en dichas listas restrictivas o se les inicie procesos administrativos y/o judiciales por LA/FT/FPADM. Adicionalmente, aquellos delitos que considere la Oficina del Oficial de Cumplimiento afecten a nivel reputacional, legal y de contagio a la entidad.

- 17.1.3.5. El Oficial de Cumplimiento dispondrá de unas listas alternas actualizadas en caso de que los sistemas de consulta de listas presenten fallas internas o externas, dando así, soporte a las dependencias para no afectar la operación.
- 17.1.3.6. El HOSPITAL analizará todas las devoluciones de saldo a favor de terceros para detectar si hay operaciones inusuales o sospechosas.
- 17.1.3.7. Una vez al año, el HOSPITAL a través de su Oficial de Cumplimiento debe coordinar y gestionar una capacitación dirigida a todos los funcionarios, contratistas y pasantes.
- 17.1.3.8. Se deberá realizar el monitoreo a los riesgos y controles con una periodicidad semestral.
- 17.1.3.9. Todo funcionario que detecte y considere que una operación puede catalogarse como inusual, o tenga conocimiento por cualquier medio que un cliente, beneficiario, contratista o usuario de la entidad, se encuentra incluido en alguna de las listas restrictivas o se encuentre en un proceso administrativo o judicial relacionado con LA/FT/FPADM o delito fuente de estos, debe informarlo de manera inmediata al Oficial de Cumplimiento.

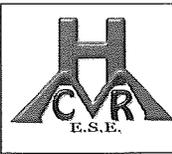
17.1.4. POLITICAS SOBRE DESARROLLO TENOLOGICOS

El HOSPITAL se apoyará en desarrollos tecnológicos que le permitan verificar los clientes por lo menos contra las listas de consulta. Igualmente buscará desarrollos tecnológicos que le permitan hacer un seguimiento y análisis al comportamiento de sus clientes, usuarios, empleados, contratistas y proveedores, mediante la utilización de las herramientas tecnológicas, se aplicará la segmentación de mercado, el monitoreo de operaciones y la consolidación electrónica de las mismas.

Con base en las mencionadas herramientas se determinará la información relevante en la consolidación de operaciones, variaciones en los montos de ingresos y gastos y se confrontará la operatividad del consultado de acuerdo con los factores de riesgo. Así mismo este mecanismo permitirá monitorear las operaciones e identificar señales de alerta por los distintos factores de riesgo.

17.1.5. POLÍTICAS EN RELACION CON DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El Oficial de Cumplimiento deberá suministrar periódicamente la información relacionada con las actividades del SARLAFT/FPADM a la Junta Directiva del HOSPITAL y al Representante Legal, quienes deberán observar las disposiciones contenidas en la Circular Externas expedidas por la Supersalud- SNS.



E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM	

La vocería oficial del HOSPITAL corresponderá al Representante Legal de la misma. Ningún funcionario o tercero se encuentra autorizado para divulgar dicha información sin previa autorización del Representante Legal del HOSPITAL.

17.1.6. POLITICAS EN RELACIÓN CON LA CAPACITACIÓN

El Oficial de Cumplimiento coordinara las capacitaciones a través del área de Talento Humano, cumpliendo con lo establecido Circulares que así lo manifiesten expedido por la SNS.

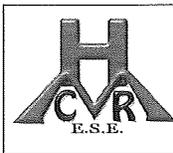
17.1.7. POLITICA PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS DE INTERES

El HOSPITAL deberá administrar los conflictos que surjan en desarrollo de su actividad entre sus propios intereses y de sus clientes, usuarios, contratistas, proveedores y empleados, así como los conflictos que surjan entre los intereses de dos o más clientes de una manera transparente e imparcial.

Cuando en el HOSPITAL se presenten conflictos de interés y las personas involucradas, deban tomar una decisión o participar en ella, pudiendo escoger entre el interés de la Entidad, relacionado con la situación presentada, y su propio interés o el de un tercero, de manera que de optar por cualquiera de éstos dos últimos, obtendría o generaría para sí o para el tercero una ventaja o un beneficio indebido que de otra forma no se produciría, tendrá que declararlo de manera explícita previo a la toma de la decisión y abstenerse de participar en la misma.

Se consideran situaciones relacionadas con el lavado de activos, financiación del terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masivas que dan lugar a conflictos de interés, entre otras, las siguientes:

- 17.1.7.1. **Conflicto de interés en el análisis de operaciones inusuales:** Se entiende que hay conflicto de interés en el análisis de operaciones inusuales cuando éstas han sido realizadas por cónyuges o compañeros permanentes, parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil a la luz de los artículos 37,47 y 50 del Código Civil, o de aquellas operaciones en las que la persona encargada de realizar el análisis tenga algún interés personal o busque el favorecimiento de otra persona.
- 17.1.7.2. **Conflicto de interés en el estudio de operaciones sospechosas:** Se entiende que hay conflicto de interés en el estudio de operaciones sospechosas cuando éstas han sido realizadas por cónyuges o compañeros permanentes, parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o de aquellas operaciones en las que la persona encargada de realizar el análisis tenga algún interés personal o busque el favorecimiento de otra persona.
- 17.1.7.3. **Conflicto de interés en reportes:** Se entiende que hay conflicto de interés cuando en la toma de la decisión de realizar el reporte se encuentren involucradas situaciones personales de quien realiza el reporte o se trata de operaciones realizadas por cónyuges o compañeros permanentes, parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.



- 17.1.7.4. **Conflicto de interés en la administración de listas de control:** Los funcionarios de HOSPITAL que realicen la administración de listas deberán mantener confidencialidad sobre el uso de las listas, la(s) persona(s) que consultan y obrar sin interés personal y sin buscar el favorecimiento de otra(s) persona(s).
- 17.1.7.5. **Conflicto de interés en la atención de consultas de información por parte de las autoridades:** La persona encargada de atender consultas relacionadas con información solicitada por autoridades competentes deberá obrar sin interés personal y/o sin buscar el favorecimiento de otra persona. Así mismo, se presentará conflicto de interés cuando la información solicitada involucra operaciones realizadas por cónyuges o compañeros permanentes, parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil. La Junta Directiva del HOSPITAL, como máximo órgano de administración y dirección, deberá determinar los mecanismos para el seguimiento de las reglas sobre conflictos de interés. En caso de que un miembro de la Junta Directiva esté implicado en un conflicto de interés, en sesión de Junta Directiva deberá informar la respectiva inhabilidad y declararse impedido para votar. Adicionalmente, de conformidad con los principios y normas de conducta establecidas por el Código de Conducta de la entidad, así como por la legislación vigente, los directivos, servidores y proveedores del HOSPITAL respecto al SARLAFT deberán:
- 17.1.7.5.1. Abstenerse de participar en actividades, negocios u operaciones contrarias a la Ley y a los intereses del HOSPITAL, que puedan perjudicar el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades o afectar el buen nombre de la entidad.
 - 17.1.7.5.2. Abstenerse de realizar cualquier negocio u operación con fundamento en sentimientos de amistad, enemistad o relaciones familiares.
 - 17.1.7.5.3. Abstenerse de otorgar a los inversionistas de los Tasa Anual Efectiva (TAE), beneficiarios de créditos educativos y becas y constituyentes de Fondos cualquier tipo de preferencia económica que esté por fuera de los parámetros y políticas establecidas por el Instituto para las diferentes operaciones que realice.
 - 17.1.7.5.4. Todo servidor del Hospital con acceso a información privilegiada deberá abstenerse de realizar cualquier operación que dé lugar a conflicto de interés debido a tal información.
 - 17.1.7.5.5. Los directivos y servidores del Hospital no podrán recibir remuneración, dádivas o cualquier otro tipo de compensación en dinero o en especie por parte de cualquier persona natural o jurídica, debido al trabajo o servicio prestado a la sociedad.
 - 17.1.7.5.6. Los servidores del Hospital que se encuentren frente a un posible conflicto de interés o consideren que pueden encontrarse frente a uno, deberán informar inmediata y oportunamente a su superior jerárquico por escrito de conformidad con el Código de Conducta y Buen Gobierno y el régimen de inhabilidades e incompatibilidad aplicable a los servidores del HOSPITAL. Ante cualquier

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM		

situación que presente duda en relación con la posible existencia de un conflicto de interés, los directivos y/o servidores estarán obligados a proceder como si éste existiera.

- 17.1.7.5.7. Los servidores del HOSPITAL quedarán completamente prohibidos para otorgar compensaciones extraordinarias a los miembros de la Junta Directiva.
- 17.1.7.5.8. En toda situación en la cual sea imposible evitar un conflicto de interés con respecto al HOSPITAL, los directivos y/o servidores a quienes corresponda
- 17.1.7.5.9. Adoptar la respectiva decisión deberán abstenerse de celebrar el respectivo acto o contrato o de realizar la operación que genera dicha situación, salvo autorización expresa de la Junta Directiva

17.1.8. POLITICA DOCUMENTAL Y DE CONSERVACIÓN DE DOCUMENTOS

Los documentos y registros relacionados con el cumplimiento de las normas sobre prevención al lavado de activos, financiación del terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva se conservarán dentro del archivo del área de SARLAFT/FPADM durante un año, luego del cual se conservarán en el archivo general durante 10 años, pasado este tiempo y si no se ha efectuado ningún requerimiento al respecto por autoridad competente, podrá ser microfilmado

Garantizando la integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad de la información generada en cada uno de los procedimientos del sistema SARLAFT/FPADM y de su conservación documental, la Entidad se ajusta a la Ley 594 de 2000. Por medio de la cual dicta la ley general de archivos y otras disposiciones, definidas por el Archivo General de la Nacional.

17.1.9. POLITICA SOBRE MODIFICACIÓN DEL MANUAL

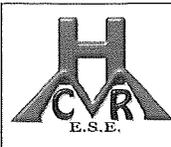
El Manual SARLAFT/FPADM será diseñado y propuesto a la Junta Directiva por el Oficial de Cumplimiento y será incorporado al Sistema de Gestión de Calidad del HOSPITAL. El Manual debe ser actualizado de acuerdo con las necesidades del HOSPITAL, las modificaciones deben ser aprobadas por la Junta Directiva.

Las directrices de la Superintendencia Nacional de Salud se entenderán automáticamente incorporadas al presente Manual sin que se requiera aprobación de la Junta Directiva, y sin perjuicio de la obligación de información sobre la incorporación respectiva. Las ampliaciones o modificaciones a los anexos, tales como nuevos términos en el glosario, nuevos formatos o modificaciones a los mismos, nueva relación de normas, podrán introducirse sin aprobación previa, con el visto bueno del Oficial de Cumplimiento y el informe posterior a la Junta Directiva.

Es responsabilidad del Oficial de Cumplimiento proponer y realizar las modificaciones o actualizaciones del Manual.

17.1.10. POLITICA DE REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN POR AUTORIDAD COMPETENTE

El Hospital atenderá a través del Oficial de Cumplimiento la entrega de información que le soliciten las autoridades competentes en materia de lavado de activos y/o financiación del terrorismo.



E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM	

18. METODOLOGÍAS PARA LA IDENTIFICACIÓN, MEDICIÓN Y CONTROL DEL RIESGO DE LA/FT/FPADM Y MONITOREO DEL SARLAFT/FPADM

18.1. ETAPAS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO LA/FT/FPADM

La administración del riesgo LA/FT/FPADM consta de las siguientes cinco etapas:

- 18.1.1. **Identificación del Riesgo:** Esta etapa permite reconocer, explorar exhaustivamente y documentar los riesgos inherentes de LA/FT/FPADM en el desarrollo de la actividad, teniendo en cuenta los factores de riesgo y señales de alerta. Esta identificación se debe de realizar durante el desarrollo o modificación de un nuevo producto o servicio, de igual manera cuando la magnitud de los negocios o expectativas en el mercado generen algún grado de incertidumbre o suponga intervención de terceros, variación de coberturas, contratos entre otros. La metodología para identificar los riesgos LA/FT/FPADM se hace basado en el análisis interno recogiendo la información que se obtuvo de los talleres con los expertos.
- 18.1.2. **Medición o Evaluación:** Verificar y medir la probabilidad de que el riesgo se pueda dar y si se llegara a manifestar que impacto causaría
- 18.1.3. **Control:** El plan que se pondrá en marcha debe brindar la posibilidad de controlar los riesgos identificados y clasificados
- 18.1.4. **Monitoreo:** Revisión y seguimiento que se le hará al plan que se está ejecutando para identificar los riesgos que se puedan presentar y estar alerta de situaciones que puedan ser sospechosas.
- 18.1.5. **Reporte del riesgo:** Se deberá reportar todos operaciones inusuales, sospechosas que se evidencien en el estudio de la documentación, así como los reportes que se encuentren en las páginas de listas restrictivas emitidos por los diferentes órganos de control a nivel mundial.

Para cada una de ellas se cuenta con la participación de las personas que ejecutan los procesos para lograr que las acciones determinadas alcancen los niveles de efectividad esperados.

18.2. OBJETIVO GENERAL

Implementar una metodología que permita al HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. el cumplimiento de la normatividad local e internacional vigente, a través de la administración de los riesgos relacionados con LA/FT/FPADM, con acciones preventivas y/o correctivas para el control efectivo de los riesgos identificados.

18.3. ALCANCE

Para lograr que el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. no sea utilizada en temas relacionados con el LA/FT/FPADM se deben tener en cuenta los siguientes aspectos relacionados con la identificación y administración del riesgo: Identificar las fuentes de riesgo a los cuales se puede ver expuesto el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

- 18.3.1. Seleccionar la metodología de identificación de riesgo y de valoración de los

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
	MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM	

niveles de exposición.

- 18.3.2. Identificar y asociar los controles de mitigación de riesgo de LA/FT/FPADM y valorar los niveles de exposición residual.
- 18.3.3. Implementar los planes de acción y medidas necesarias para mantener los niveles de exposición al riesgo de LA/FTFPADM según el nivel de tolerancia al riesgo establecido.

18.4. METODOLOGIA PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO LA/FT/FPADM

El HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., tiene unos objetivos que deben desarrollarse a través de diferentes planes, programas y proyectos; los cuales pueden verse incumplidos por la presencia de riesgos relacionados con LA/FT/FPADM, es decir, por la probabilidad de ocurrencia de hechos o actos producto de factores relacionados con negocios ilícitos que pueden entorpecer el normal desarrollo del objeto social de la entidad.

Para la administración del riesgo de LA/FT/FPADM, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- 18.4.1. **Compromiso de las partes involucradas:** Para el éxito en la implementación de una adecuada administración del riesgo, es indispensable el compromiso de las áreas involucradas de la entidad como encargadas de definir las políticas y de estimular la cultura de cumplimiento y administración del riesgo de LA/FT/FPADM. Para lograrlo es necesario que exista claridad sobre las políticas definidas al interior del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.
- 18.4.2. **Conformación de un Equipo de Trabajo:** Es importante conformar un equipo interdisciplinario y multidisciplinario encargado de liderar el proceso de administración del riesgo de LA/FT/FPADM dentro del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. que apoye la labor y responsabilidades del Oficial de Cumplimiento.
- 18.4.3. **Capacitación en la Metodología:** Definido el equipo o equipos de trabajo, debe capacitarse a sus integrantes en la metodología de la administración del riesgo de LA/FT/FPADM.

18.5. METODOLOGIA APLICABLE

18.5.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO LA/FT/FPADM

Surtir la etapa de identificación de los riesgos LA/FT/FPADM previamente al momento de la prestación del servicio al cliente y/o usuario, o contratación de proveedores, renovación de contratos y cualquier otra prestación de servicio que se origine para llevar a cabo la actividad del Hospital.

18.5.2. Etapa de Monitoreo

El Hospital mantendrá monitoreo permanente a todos los factores de riesgo, apoyado en desarrollos tecnológicos que le permitan cruzar los clientes contra las listas restrictivas, así mismo detectar las operaciones que se hayan salido de los parámetros que el Oficial de Cumplimiento haya asignado para las transacciones usuales. Establecer por parte del

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM		

Oficial de Cumplimiento controles más estrictos cuando advierta que el perfil de riesgo de LA/FT/FPADM supera los niveles establecidos por la ley. Hay que asegurar que los controles comprendan todos los riesgos y que los mismos estén funcionando en forma oportuna, efectiva y eficiente. Establecer indicadores descriptivos y/o prospectivos que evidencien potenciales fuentes de riesgos de LA/FT/FPADM.

18.5.3. Etapa de Control

Reportar cualquier hecho o situación inusual o sospechosa que haga suponer que puede estarse presentando un intento de lavado de activos o financiación del terrorismo a través del Hospital.

18.6. METODOLOGIA APLICADA A LA MEDICIÓN DEL RIESGO LA/FT/FPADM

Para la medición de los riesgos LA/FT/FPADM se utiliza la metodología de medición definida por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., el cual se basa en la aplicación de metodologías cualitativas de estimación de la probabilidad de ocurrencia e impacto, así:

- 18.6.1. Formar un equipo de expertos que deberá tener la idoneidad y el conocimiento sobre los procesos y riesgos a ser analizados. Sus reuniones tendrán una periodicidad trimestral, y de su desarrollo se dejará constancia documental mediante acta.
- 18.6.2. Establecer una técnica de "lluvia de ideas", donde se plantean diferentes situaciones para identificar los diferentes eventos de riesgo, de manera espontánea y profesional. Así mismo, se valora cada uno de los riesgos identificados utilizando las escalas de medición corporativas definidas por el hospital, constituyéndose así el mapa de riesgos LA/FT/FPADM.
- 18.6.3. Se elaborará una matriz de riesgos, identificando cada una de las fuentes de riesgo y los eventos de riesgo valorado por la probabilidad de ocurrencia y el impacto económico de acuerdo con los perfiles de clientes, usuarios, proveedores y empleado que maneja el hospital.

18.7. METODOLOGIA APLICADA AL CONTROL DEL RIESGO LA/FT/FPADM

El HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., con el fin de disminuir la probabilidad y/o el impacto en caso de que se materialicen los riesgos inherentes, establece para el control de los riesgos LA/FT/FPADM detectados, controles basados en:

- 18.7.1. Normativa legal: Leyes, decretos, circulares, resoluciones etc...
- 18.7.2. Riesgos identificados o eventos internos: Situaciones de riesgos o eventos, presentados o no históricamente (fraudes, hallazgos o informes de auditoría, reportes de operaciones sospechosas, etc.), que puedan conllevar a que la empresa sea utilizada como medio para el LA/FT/FPADM.

18.8. METODOLOGIA PARA DEFINIR MEDIDA DE CONTROL DEL RIESGO LA/FT/FPADM

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
	MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM	

Con el fin de obtener el riesgo residual del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., se establecerán controles asociados a cada riesgo inherente, considerando las señales de alerta determinantes para cada caso. La evaluación de los controles debe considerar como mínimo: la documentación, el responsable del control, así como el tipo de control:

18.8.1. **Control Preventivo:** Acción que se implementa para prevenir las desviaciones o incumplimiento de un proceso. Establece las condiciones necesarias para que el error o intención dolosa no se produzca. Se ejecuta antes de iniciar un proceso o paso crítico. Por lo general, los controles preventivos son los que muestran costos más eficientes.

18.8.2. **Control Detectivo:** Acción implementada para identificar desviaciones durante la ejecución de un proceso o su incumplimiento. La eficacia de este tipo de control dependerá principalmente del intervalo de tiempo transcurrido entre la ejecución del proceso y la ejecución del control. Identifica el error, pero no lo evita, actúa como una alarma que permite registrar el problema y sus causas. Sirve para verificar el funcionamiento de los procesos y de sus controles preventivos.

18.8.3. **Control Correctivo:** Acción implementada con el fin de corregir las desviaciones identificadas una vez concluido el proceso o su incumplimiento. Permite investigar y rectificar los errores y sus causas, está destinado a procurar que las acciones necesarias para su solución sean tomadas.

18.9. METODOLOGIA DESARROLLADA PARA CONOCER AL CLIENTE DEBEN PERMITIR AL HOSPITAL:

18.9.1. Recaudar la información que le permita comparar las características de sus transacciones con la de su actividad económica.

18.9.2. Monitorear continuamente las operaciones de los clientes

18.9.3. contar con elementos de juicio que nos permitan analizar las transacciones inusuales de esos clientes, usuarios y contratistas y determinar la existencia de operaciones sospechosas.

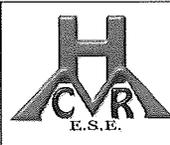
18.9.4. Consultar las bases de datos disponibles para validar información y en caso debe coincidir en forma total con los datos de algunas de ellas, descartar la vinculación de este riesgo con la empresa.

18.10. METODOLOGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN PARA TRATAMIENTO DEL RIESGO LA/FT/FPADM

Para la ejecución de las acciones que se van a tomar respecto del Riesgo de LA/FTFPADM, se implementarán planes de acción de acuerdo con el nivel del impacto que éste represente, de tal forma que se pueda verificar su cumplimiento. De lo contrario, se deben adoptar las medidas correctivas a que haya lugar.

18.11. METODOLOGIA APLICADA AL MONITOREO Y REPORTE

El objetivo de esta etapa es hacer un seguimiento permanente al perfil de riesgo del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. y en general del SARLAFT/FPADM y realizar los reportes acerca del estado de exposición general de los riesgos de LA/FT/FPADM a los diferentes niveles de la organización según sea definido



por las políticas para la prevención del LA/FT/FPADM, los reportes requeridos por las autoridades competentes y según las obligaciones establecidas por la ley, y reportes acerca del desempeño del SARLAFT/FPADM.

El monitoreo del SARLAFT/FPADM estará a cargo del Oficial de Cumplimiento y su finalidad principal será la de velar por la aplicación de los correctivos y ajustes necesarios para asegurar una efectiva administración del riesgo.

Dentro del desarrollo de la etapa de monitoreo, el Oficial de Cumplimiento tendrá a su cargo, la responsabilidad de evaluar la eficacia, eficiencia y oportunidad de los controles implementados para mitigar el riesgo de LA/FT/FPADM, realizando pruebas de campo que deberán quedar debidamente documentadas.

Esta actividad podría ser apoyada con los organismos de control del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. Además, en esta etapa se debe realizar la detección de operaciones inusuales y sospechosas. La revisión que se adelante 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 los niveles definidos por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. (riesgo deseado). Así mismo, se deberá validar el correcto funcionamiento de los controles implementados y que éstos den cobertura a todos los riesgos detectados de manera efectiva y eficiente.

Además de lo anterior, servirán como fuente de información para el monitoreo del SARLAFT/FPADM, los informes que suministren los órganos de control, y entes reguladores.

Esta información resulta muy útil, en la medida que por intermedio de estos documentos se generan recomendaciones o se da cuenta de falencias detectadas en el sistema, y de nuevos riesgos a controlar.

19. MEDIDAS

19.1. MEDIDAS PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DEL SARLAFT Y RÉGIMEN DISCIPLINARIO

19.1.1. Objetivo

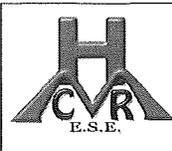
Implementar el procedimiento para aplicar las medidas sancionatorias a que haya lugar, en el evento de que los administradores, empleados, clientes, proveedores o vinculados del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. incumplan con la normativa, políticas y procedimientos definidos para el funcionamiento del SARLAFT.

19.1.2. Alcance

El presente procedimiento se aplica a todos los empleados del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., independientemente del cargo, rol o función que ocupen.

19.1.3. Directrices

Todos los empleados del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., deben acatar y cumplir con las diferentes disposiciones implementadas para el funcionamiento del SARLAFT/FPADM. El área de Talento Humano será el encargado de adelantar las actuaciones administrativas a que haya lugar cuando se falte a las políticas, procedimientos y controles establecidos en el presente manual.



Los responsables SARLAFT/FPADM designados para cada área velarán porque se acaten las normas, políticas y procedimientos establecidos en el manual SARLAFT/FPADM, y las fallas que detecten las deberán reportar directamente al Oficial de Cumplimiento.

Cuando se detecten incumplimientos por parte de los empleados del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. en aspectos relativos al SARLAFT/FPADM, el Oficial de Cumplimiento los documentará y presentará un informe escrito, y según sea la decisión, enviará notificación a la Gerencia de Gestión Humana y/o área a la que pertenezca el empleado para que ésta adelante la actuación administrativa a que haya lugar, dependiendo del tipo de incumplimiento.

Lo anterior, sin perjuicio de otras acciones administrativas o penales que se deban realizar.

Las medidas para asegurar el cumplimiento de las políticas de SARLAFT/FPADM pueden ser de tipo preventivo o de tipo correctivo, cada una de las cuales debe estar en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo, el Contrato de Trabajo y Manual SARLAFT/FPADM del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

19.2. MEDIDAS DE TIPO PREVENTIVO

19.2.1. **Autoridad:** La Alta Dirección del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. se compromete a ejercer las atribuciones que tiene en relación con la prevención y control del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo, con el fin de respaldar las decisiones o recomendaciones del Oficial de Cumplimiento.

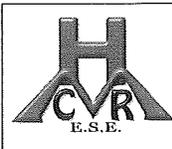
19.2.2. **Recursos:** La Alta Dirección asignará los recursos humanos, tecnológicos y económicos necesarios para garantizar la adecuada ejecución de las labores de prevención y control del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo en el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

19.2.3. **Independencia:** La Alta Dirección del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. garantizará la independencia del Oficial de Cumplimiento en la ejecución de las actividades de prevención y control del riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo.

19.2.4. **Procesos:** La Alta Dirección del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. garantizará la eficacia y eficiencia de los procesos relacionados con la prevención y control del riesgo lavado de activos y la financiación del terrorismo.

19.3. PROCEDIMIENTO

El incumplimiento de las normas, políticas y procedimientos sobre el SARLAFT/FPADM, por parte de los Empleados del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., expone en mayor grado al HOSPITAL al riesgo LA/FT/FPADM, lo cual puede conllevar a la imposición de sanciones por parte de los organismos estatales que ejercen inspección, vigilancia y control.



Por lo tanto, el Oficial de Cumplimiento, cuando evidencie situaciones que atenten contra las políticas, procedimientos o controles definidos en este MANUAL, deberá realizar el respectivo informe y remitirlo al área respectiva para que se dé inicio al proceso disciplinario y/o laboral respectivo, tendiente a determinar el tipo de sanción a aplicar de acuerdo con el impacto de la omisión y la gravedad de la falta.

El Área de Talento Humano, luego de recibir la instrucción de parte del área respectiva, adelantará el proceso administrativo disciplinario y/o laboral, de acuerdo con lo definido en el reglamento interno de trabajo, dentro de los principios de justicia, equidad y unificando los criterios y parámetros legales y reglamentarios.

Lo anterior, sin perjuicio de las acciones legales y/o penales a que haya lugar.

De otra parte, el Oficial de Cumplimiento informará a la Junta Directiva del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., las situaciones presentadas con el fin de que se adopten las medidas necesarias para mantener el adecuado control y prevenir la materialización del riesgo LA/FT/FPADM.

19.3.1. Medidas de Tipo Correctivo

El régimen sancionatorio del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. supone que sus empleados deben tener en cuenta que las conductas que violan las normas y procedimientos para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM acarrear sanciones administrativas, penales, patrimoniales y laborales, consagradas en las normas vigentes

20. PROCEDIMIENTOS

20.1. PROCEDIMIENTO DE CONTROL INTERNO Y REVISIÓN DEL SARLAFT/FPADM

20.1.1. Objetivos: Realizar las pruebas de control interno necesarias para garantizar que el SARLAFT/FPADM se encuentra funcionando correctamente. Estas pruebas estarán a cargo de la Revisoría Fiscal y de la Auditoría Interna

20.1.2. Alcance: El Oficial de Cumplimiento elaborará un Plan Anual de Cumplimiento – PAC del SARLAFT/FPADM el cual será presentado a la Junta Directiva y entregado a la Revisoría Fiscal y la Auditoría Interna.

20.1.3. Actividades: La Revisoría Fiscal y la Auditoría Interna tendrán acceso a los documentos, archivos, procesos que integran al SARLAFT/FPADM, con excepción a aquellos documentos que son confidenciales o tienen algún tipo de reserva legal. La Revisoría Fiscal y la Auditoría Interna elaborarán un Programa de Revisión del SARLAFT/FPADM, cumpliendo por lo menos con las siguientes funciones:

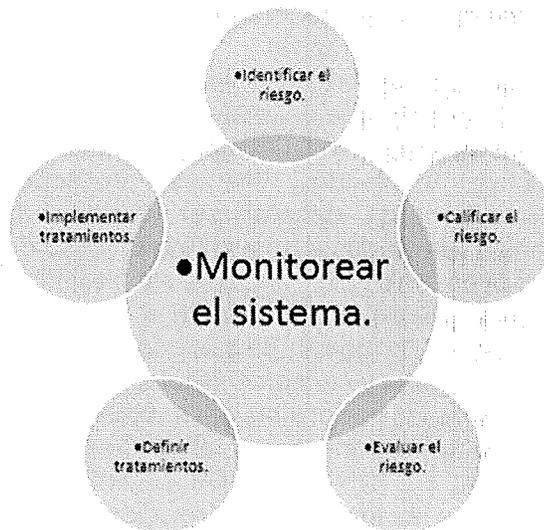
- 20.1.3.1. Realizar exámenes periódicos al SARLAFT/FPADM para verificar su integridad, precisión y razonabilidad y efectuar las recomendaciones que resulten pertinentes a la Junta Directiva, a la Alta Gerencia y al Oficial de Cumplimiento.
- 20.1.3.2. Velar por la correcta implementación de todas las metodologías y procedimientos del SARLAFT/FPADM.
- 20.1.3.3. Velar por el oportuno flujo de información a la Junta Directiva y a la Alta Dirección.

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM		

- 20.1.3.4. Verificar el cumplimiento, por parte de las diferentes áreas del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., de los límites, políticas y procedimientos establecidos para el SARLAFT/FPADM.
- 20.1.3.5. Verificar la consistencia y suficiencia de los sistemas de procesamiento de información dedicados al análisis y reporte del riesgo de LA/FT/FPADM.
- 20.1.3.6. Verificar la precisión, consistencia e integridad de los datos y bases de datos empleados para alimentar los sistemas y modelos de medición del riesgo de LA/FT/FPADM.

20.2. PROCEDIMIENTOS PARA LA ADECUADA IMPLEMENTACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS ELEMENTOS Y ETAPAS DEL SARLAFT/FPADM

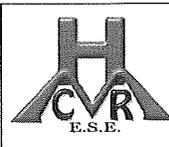
Las etapas del SARLAFT en el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO, son pasos interrelacionados Diagnóstico, Identificación del riesgo, evaluación y Medición, Adopción de Controles, Seguimiento y Monitoreo, Divulgación y Documentación mediante los cuales se autocontrola y gestiona el riesgo SARLAFT/FPADM.



20.2.1. Objetivo: Describir las directrices y requisitos básicos de vinculación, mantenimiento y retiro de los miembros de la Junta Directiva, empleados, clientes, proveedores, contratistas, aliados estratégicos y demás terceros vinculados al HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

20.2.2. Alcance: Este procedimiento aplica para todos los empleados del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. y demás áreas involucradas en el proceso de vinculación y gestión de los terceros vinculados.

20.2.3. Directrices: No se podrá vincular a un potencial miembro de la Junta Directiva, empleado, cliente, proveedor, contratista, aliados estratégicos o tercero vinculado con el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., mientras éste no haya cumplido con los procedimientos establecidos por la entidad o diligenciado en su integridad los formularios y formatos respectivos, haya

**E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO**

PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

SUBPROCESO SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA

MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM

adjuntado los documentos de soporte exigidos y se haya confirmado y verificado dicha información.

- 20.2.3.1. Debe identificarse plenamente al accionista, miembro de la Junta Directiva, empleado, cliente, proveedor, contratista, aliados estratégicos o tercero vinculado con el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.
- 20.2.3.2. No se ofrecerán productos o servicios ni se realizará ningún negocio o contrato con personas naturales o jurídicas que no se identifiquen plenamente o que tengan nombres ficticios.
- 20.2.3.3. Al menos anualmente, se deberá actualizar la información de los accionistas, miembros de la Junta Directiva, empleados, clientes, proveedores, contratistas, aliados estratégicos o terceros vinculados con el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. En caso de que la información no haya cambiado o sea imposible su actualización se deberá dejar constancia escrita.
- 20.2.3.4. En caso de tener una relación contractual o comercial con una persona jurídica, debe identificarse con nombre completo (persona natural o jurídica) y documento de identidad (cédula de ciudadanía o NIT) al socio que posea más del 5% de la participación social.
- 20.2.3.5. Todas las personas naturales o jurídicas vinculadas o con la intención de vincularse a través de operaciones, negocios o contratos con el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. como miembros de la Junta Directiva, empleados, clientes, proveedores, contratistas, aliados estratégicos o terceros, deberán ser validados contra listas restrictivas o consultas en bases de datos relevantes. En caso de que lleguen a figurar con registros positivos, no podrán vincularse con el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. En el caso de personas jurídicas también se debe validar la información de sus socios, miembros de la Junta Directiva, representantes legales y revisores fiscales.
- 20.2.3.6. El conocimiento de los accionistas, miembros de la Junta Directiva, empleados, clientes, proveedores, contratistas, aliados estratégicos o terceros vinculados con el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. se realiza conforme a las instrucciones relacionadas con la debida diligencia.
- 20.2.3.7. En caso de que el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. se vincule contractual o comercialmente con personas naturales o jurídicas dedicadas a actividades de alto Riesgo o con Personas Expuestas Públicamente (PEP), se aplicarán las instrucciones de la debida diligencia mejorada. Es decir, unas medidas más estrictas para lograr un mayor conocimiento de estas personas y que su vinculación y realización de operaciones debe ser aprobada por un funcionario de nivel superior a aquel que normalmente las aprueba.
- 20.2.3.8. Cuando se evidencie un incremento significativo patrimonial, de ingresos, ventas u otro aspecto financiero que no tenga una aparente justificación, como resultado del análisis y actualización de la información de los clientes, proveedores, contratistas, empleados, accionistas, aliados estratégicos o terceros vinculados, se deberán adelantar las gestiones pertinentes tendientes a verificar su origen, con el fin de prevenir que éste sea de procedencia ilícita.



20.3. Procedimiento para atender los requerimientos de información de autoridades

El Oficial de Cumplimiento del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. podría recibir los oficios o requerimientos de las entidades antes indicadas, por los siguientes medios:

Correo ordinario.

Correo electrónico

Las comunicaciones serán atendidas por el Oficial de Cumplimiento, quien, una vez las recibe, le asigna un número consecutivo en orden de llegada y realiza el siguiente procedimiento:

Registra el oficio recibido en la base de datos de requerimientos de información de autoridades, con el fin de llevar un control detallado de éste, con los siguientes datos:

- Número del oficio
- Entidad solicitante
- Nombres de las personas naturales y jurídicas sobre las cuales se solicita la información Número de identificación (si está disponible) de las personas naturales y jurídicas sobre las cuales se solicita la información
- Fecha de recepción
- Fecha de respuesta

Esta base de datos de requerimientos de información de autoridades permite llevar el control sobre la gestión realizada para el trámite de los oficios y suministra información estadística.

Si no se cuenta con la información solicitada en el oficio, se debe responder a la autoridad respectiva que no se tiene disponible y la razón por la cual no existe.

21. CONOCIMIENTO

21.1. Conocimiento del Cliente: Conforme a las normas locales y los estándares internacionales, se debe conocer al cliente para prevenir que el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. sea utilizada para la realización de actividades ilícitas o pudiera estar relacionada con el riesgo de LA/FT. Por lo tanto, los Clientes deberán cumplir los requisitos que se señalan a continuación:

21.1.1. El conocimiento del cliente ya sea persona natural o jurídica, supone conocer de manera permanente y actualizada su identificación, actividad económica, características, montos, procedencia y destino de sus ingresos y egresos.

21.1.2. Para la vinculación de un cliente o la actualización de sus datos, se debe recaudar la información que permita comparar las características de sus operaciones con las de su actividad económica. Así mismo validarla y establecer comportamiento de normalidad o inusualidad.

21.1.3. Se debe monitorear continuamente las operaciones, negocios y contratos de los clientes, a través de cualquier mecanismo tecnológico idóneo. Para lo anterior, el Área de Cumplimiento debe contar con elementos de juicio que permitan analizar las operaciones inusuales de los clientes y determinar la existencia de operaciones



E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM	

sospechosas realizadas o intentadas, conforme a los criterios objetivos establecidos por la Junta Directiva.

- 21.1.4. Para la actualización de la información de los clientes se deberán establecer formatos o formularios que deben ser diligenciados totalmente, firmados y adjuntar los documentos soporte requeridos. Esta información debe ser validada y confirmada por el área encargada de la vinculación en el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. En el evento que la información suministrada por un cliente no pueda ser confirmada o sea inexacta, deberá reportarse este hecho al oficial de cumplimiento en forma inmediata de acuerdo con el presente MANUAL SARLAFT/FPADM. Si la información suministrada por el cliente es falsa o presuntamente falsa, deberá reportarse este hecho al Oficial de Cumplimiento en forma inmediata de acuerdo con el presente MANUAL SARLAFT/FPADM.
- 21.1.5. Se debe dejar evidencia de las verificaciones efectuadas en diferentes listas restrictivas o consultas en bases de datos sobre la vinculación o actualización de la información de clientes. En caso de que se presenten resultados positivos que pudieran estar relacionados con el riesgo de LA/FT/FPADM, deberá reportarse este hecho al Oficial de Cumplimiento en forma inmediata de acuerdo con el presente MANUAL SARLAFT/FPADM.

21.2. Conocimiento de las Personas Expuestamente Publicas (PEP)

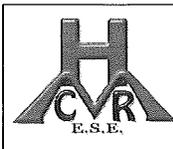
El HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. establece el siguiente procedimiento para el conocimiento y la vinculación de personas naturales que por su perfil o por las funciones que desempeñan puedan exponer en mayor grado al HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. al riesgo de LA/FT/FPADM, tales como: personas que por razón de su cargo manejan recursos públicos, tienen poder de disposición sobre estos o gozan de reconocimiento público. Para aquellos clientes y/o proveedores del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. que cumplan con dicho reconocimiento de PEP, se deben aplicar procedimientos de control y monitoreo más exigentes que los normales y sus operaciones, negocios y contratos deben ser aprobados por un funcionario de nivel superior a aquel que normalmente las aprueba. Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

El conocimiento del cliente y/o proveedor PEP, supone conocer de manera permanente y actualizada su identificación, actividad económica, características, montos, procedencia y destino de sus ingresos y egresos.

Para la vinculación de un cliente y/o proveedor PEP o la actualización de sus datos, se debe recaudar, sin excepción, la información que permita comparar las características de sus operaciones con las de su actividad económica. Así mismo validarla y establecer comportamientos de normalidad o inusualidad.

Se debe monitorear continuamente las operaciones, negocios y contratos de los clientes y/o proveedor PEP, a través de cualquier mecanismo tecnológico idóneo. Para lo anterior, el Área de Cumplimiento debe contar con elementos de juicio que permitan analizar las operaciones inusuales de los clientes y/o proveedores PEP y determinar la existencia de operaciones sospechosas realizadas o intentadas, conforme a los criterios objetivos establecidos por la Junta Directiva.

Para la actualización de la información de los Clientes y/o Proveedores PEP se deberán establecer formatos o formularios que deben ser diligenciados totalmente,



firmados y adjuntar los documentos soporte requeridos. Esta información debe ser validada y confirmada por el área encargada de la vinculación en el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. En el evento que la información suministrada por un cliente y/o proveedores PEP no pueda ser confirmada o sea inexacta, falsa o presuntamente falsa, deberá reportarse este hecho al oficial de cumplimiento en forma inmediata de acuerdo con el presente MANUAL SARLAFT/FPADM.

Se debe dejar evidencia de las verificaciones efectuadas en diferentes listas restrictivas o consultas en bases de datos sobre la vinculación o actualización de la información de clientes y/o proveedores PEP. En caso de que se presenten resultados positivos que pudieran estar relacionados con el riesgo de LA/FT/FPADM, deberá reportarse este hecho al Oficial de Cumplimiento en forma inmediata de acuerdo con el presente MANUAL SARLAFT/FPADM. Este tipo de clientes y/o proveedores PEP se pueden dividir, a su vez, en tres categorías:

- las Personas Expuestas Políticamente – PEP;
- las Personas con Reconocimiento Público – PRP;
- las Personas que Manejan Recursos Públicos – PMRP.

21.3. Conocimiento del Empleado:

Para el cumplimiento de la política de Conocimiento del empleado, el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. deberá:

- 21.3.1. Conocer los datos personales de sus empleados y su núcleo familiar, ya sea al momento de su vinculación o con motivo de la actualización periódica de su información.
- 21.3.2. Conocer y verificar los soportes documentales que justifiquen sus aptitudes académicas y laborales.
- 21.3.3. Confirmar las referencias familiares, personales y laborales de sus empleados.
- 21.3.4. Capacitarlos en prevención y control del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo.
- 21.3.5. El área responsable de la gestión de los empleados debe estar atenta a la presentación de señales de alerta en relación con los mismos y reportarlas inmediatamente al Oficial de Cumplimiento.
- 21.3.6. En el evento que la información suministrada por un empleado no pueda ser confirmada o sea inexacta, deberá reportarse este hecho al Oficial de Cumplimiento en forma inmediata de acuerdo con el presente MANUAL SARLAFT/FPADM.
- 21.3.7. Si la información suministrada por el empleado es falsa o presuntamente falsa, deberá reportarse este hecho al Oficial de Cumplimiento en forma inmediata de acuerdo con el presente MANUAL SARLAFT/FPADM.
- 21.3.8. Se debe dejar evidencia de las verificaciones efectuadas en diferentes listas restrictivas o consultas en bases de datos sobre la vinculación o actualización de la información de los empleados.
- 21.3.9. En caso de que se presenten resultados positivos que pudieran estar relacionados con el riesgo de LA/FT/FPADM, deberá reportarse este hecho al Oficial de Cumplimiento en forma inmediata de acuerdo con el presente MANUAL SARLAFT/FPADM.

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
	MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM	

21.4. Conocimiento de los Proveedores, Contratistas, Aliados Estratégicos o Terceros Vinculados:

Los proveedores, contratistas, aliados estratégicos y demás terceros vinculados con el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. que prestan servicios o suministran productos a las áreas misionales o de apoyo, deberán cumplir los requisitos que se señalan a continuación con el fin de prevenir la realización de actividades ilícitas o que pudieran estar relacionadas con el riesgo de LA/FT/FPADM:

- 21.4.1. El conocimiento de los proveedores, contratistas, aliados estratégicos y demás terceros vinculados, ya sean personas naturales o jurídicas, supone conocer de manera permanente y actualizada su identificación, actividad económica, características, montos transados, procedencia y destino de sus ingresos y egresos.
- 21.4.2. Para la vinculación de un proveedor, contratista, aliados estratégicos o terceros vinculados o para la actualización de sus datos, se debe recaudar la información que permita comparar las características de su relación contractual con las de su actividad económica. Así mismo validarla y establecer comportamientos de normalidad o inusualidad.
- 21.4.3. Se debe monitorear continuamente las operaciones, negocios y contratos de los proveedores, contratistas, aliados estratégicos y demás terceros vinculados, a través de cualquier mecanismo tecnológico idóneo.

Para lo anterior, se debe contar con elementos de juicio que permitan analizar las operaciones inusuales de los proveedores, contratistas, aliados estratégicos y demás terceros vinculados y determinar la existencia de operaciones sospechosas realizadas o intentadas, conforme a los criterios objetivos establecidos por la Junta Directiva.

Para la actualización de la información de los proveedores, contratistas, aliados estratégicos y demás terceros vinculados se pueden establecer formatos o formularios que deben ser diligenciados totalmente, firmados y adjuntar los documentos soporte requeridos. Esta información debe ser validada y confirmada por el área encargada de la vinculación en el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. En el evento que la información suministrada por algún proveedor, contratista, aliado estratégico o tercero vinculado no pueda ser confirmada o sea inexacta, deberá reportarse este hecho al Oficial de Cumplimiento en forma inmediata de acuerdo con el presente MANUAL SARLAFT/FPADM. Si la información suministrada por algún proveedor, contratista, aliado estratégico o tercero vinculado es falsa o presuntamente falsa, deberá reportarse este hecho al oficial de cumplimiento en forma inmediata de acuerdo con el presente MANUAL SARLAFT/FPADM. Se debe dejar evidencia de las verificaciones efectuadas en diferentes listas restrictivas o consultas en bases de datos sobre la vinculación o actualización de la información de los proveedores, contratistas, aliados estratégicos y demás terceros vinculados. En caso de que se presenten resultados positivos que pudieran estar relacionados con el riesgo de LA/FT/FPADM, deberá reportarse este hecho al Oficial de Cumplimiento en forma inmediata de acuerdo con el presente MANUAL SARLAFT/FPADM

**22. DETERMINACIÓN DEL MONTO MAXIMO DE DINERO EN EFECTIVO**

Con el fin de prevenir el riesgo de LA/FT en el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., se debe examinar el comportamiento de pago de los clientes para identificar aquellos que lo realizan con dinero en efectivo. El HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. lo realizara cumpliendo con el reporte de transacción en efectivo y teniendo en cuenta los montos establecidos para reporte a la UIAF. Este será permitido en las operaciones, negocios y contratos con los Proveedores, procurando que, en lo posible, se utilicen los mecanismos de pago y recaudo que ofrecen las instituciones financieras. El Oficial de Cumplimiento del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. en caso de que el monto tuviese un aumento se presentara a la Junta Directiva una propuesta para definir el monto máximo de dinero en efectivo que manejará el HOSPITAL. Directamente con sus clientes, para su respectiva aprobación.

23. SEÑALES DE ALERTA Y OPERACIONES INUSUALES

23.1. Definición de Señales de Alerta: Dar señales de algo es mostrar indicios de su existencia y alerta es una situación de vigilancia o atención.

Las señales de alerta o alertas tempranas son todos aquellos hechos, situaciones, eventos, cuantías, indicadores cuantitativos y cualitativos, razones financieras y demás información que se determine como relevante, a partir de los cuales se puede inferir oportuna y/o prospectivamente la posible existencia de un hecho o situación que escapa a lo determinado como normal o circunstancias particulares que llaman la atención y justifican un mayor análisis.

A diferencia de las operaciones inusuales, son aquellas que no guardan relación con la actividad económica o se salen de los parámetros de adicionales fijados por la entidad y, respecto de las cuales la entidad no ha encontrado explicación o justificación que se considere razonable.

En el mismo sentido, la norma establece que la determinación de operaciones sospechosas resulta de la confrontación de las operaciones detectadas como inusuales con la información de clientes o usuarios y mercados, conforme a las razones objetivas establecidas por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

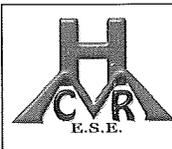
23.2. Señales de Alerta: Las señales de alerta que se presentan a continuación indican una situación o indicador que deben ser tenidos en cuenta por los funcionarios del hospital, los cuales deben ser reportados en el formato correspondiente para ser evaluados por el Oficial de Cumplimiento, Se catalogan como operaciones inusuales:

23.2.1. Personas que no quieren ser identificados plenamente o que son renuentes a cumplir con el lleno de la información solicitada dentro de los procedimientos de conocimiento del cliente.

23.2.2. La información que no sea actualizada o una vez actualizada no pueda confirmarse, constituye una señal de alarma.

23.2.3. Cuando los valores de bienes relacionados no guarden relación con los niveles que usualmente maneja el cliente.

23.2.4. Las que establezca el Comité de Cumplimiento.

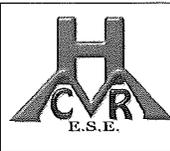


- 23.2.5. La edad de la persona no es concordante con sus ingresos, operaciones o movimientos.
- 23.2.6. Clientes con actividad económica indeterminada y renuente a especificar su fuente de ingresos.
- 23.2.7. Actividad principal del cliente "comerciante" con diversidad de negocios no definidos claramente.
- 23.2.8. Intermediarios que faciliten servicios de cirugías de alto costo a terceras personas cancelando los mismos con dinero en efectivo.
- 23.2.9. Proveedores que en corto tiempo de creación de la empresa demuestran sumas desbordadas en sus operaciones no justificadas.
- 23.2.10. Respecto de los proveedores, son inusuales aquellas transacciones cuya cuantía o características no guardan relación con su actividad económica.
- 23.2.11. Empleados del hospital que tienen un estilo de vida que no corresponde con el monto de su salario.
- 23.2.12. Empleados que tramitan frecuentemente operaciones con excepciones, evaden los controles internos o de aprobación establecidos.

24. OPERACIONES SOSPECHOSA

Es aquella que después de analizada la información y comportamiento del cliente genera desconfianza en cuanto a que pueda utilizarse al hospital para el lavado de activos y/o la financiación del terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva o cuando se cuenta con información externa que puede llegar a generar dicha desconfianza.

- 24.1. **Responsable de Determinar Operaciones Sospechosas:** Los Empleados responsables de la evaluación de la información contenida en la solicitud de vinculación, serán los encargados de determinar, inicialmente con base en el buen discernimiento, si la operación es inusual o sospechosa de acuerdo con la información suministrada directamente por los clientes. Los funcionarios del Hospital de las áreas de facturación y en general todos los Empleados del Hospital, son responsables de informar al Oficial de Cumplimiento, si detectan operaciones de esta naturaleza.



24.2. Identificación y Análisis de Operaciones Inusuales: El objetivo de esta política es identificar operaciones inusuales, entendidas como aquellas cuyas cuantías o características no guardan relación con la actividad económica de los clientes, accionistas, proveedores, empleados o terceros vinculados, o que, por su número, por las cantidades transadas o por sus características particulares, se salen de los parámetros de normalidad establecidos por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

Para tal fin, cualquier empleado o el área responsable del riesgo de LA/FT/FPADM que detecte una operación inusual deberá informarlo inmediatamente al Oficial de Cumplimiento, bien sea a través de correo electrónico o comunicación escrita o de comunicación verbal, si la urgencia o las circunstancias así lo ameritan. Por su parte, el Oficial de Cumplimiento o un funcionario designado por él, deberá analizar dicha operación inusual con el fin de evaluar la razonabilidad o no de su origen y determinar si puede estar asociado al riesgo de LA/FT/FPADM.

El análisis se hará con información, documentos y cualquier otro dato que contribuya a su entendimiento. En el evento en que existan explicaciones o justificaciones que hagan razonable la operación considerada como inusual, se archivará la actuación junto con dichas explicaciones para su seguimiento posterior.

24.3. Determinación y Documentación de Operaciones Sospechosas: La confrontación y análisis de las operaciones detectadas como inusuales, debe permitir, conforme a las razones objetivas establecidas por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., identificar si una operación es o no sospechosa y reportarla de forma oportuna a la UIAF y/o a la autoridad competente. Por lo tanto, todas aquellas operaciones inusuales que una vez analizadas y documentadas suficientemente no puedan ser explicadas o justificadas razonablemente serán determinadas como operaciones sospechosas. Estas operaciones sospechosas internas deberán ser debidamente documentadas para que el Oficial de Cumplimiento determine o no su respectivo reporte a la UIAF. De acuerdo con lo anterior, se considerarán como razones objetivas para calificar una operación como sospechosa, entre otros, los siguientes criterios:

- 24.3.1. Incrementos (patrimonial, de ingresos, de operaciones, de cantidades, etc.) no justificados o por fuera de los promedios del respectivo sector o actividad económica.
- 24.3.2. Presunto uso indebido de identidades, por ejemplo: uso de números de identificación inexistentes, números de identificación de personas fallecidas, suplantación de personas, alteración de nombres.
- 24.3.3. Presentación de documentos o datos o información presuntamente falsa.
- 24.3.4. Actuación en nombre de terceros o negocios con posibilidades de testaferrato.
- 24.3.5. Realización de operaciones ficticias o simuladas, como el uso de empresas aparentemente de fachada, de papel o pantalla.
- 24.3.6. Relación con personas vinculadas o presuntamente vinculadas a actividades delictivas. Relación con bienes de presunto origen ilícito.
- 24.3.7. Fraccionamiento o uso indebido del dinero en efectivo.

Una vez calificada una operación como sospechosa por parte del Oficial de Cumplimiento, en forma inmediata se debe informar a la UIAF a través del respectivo Reporte de Operaciones Sospechosas (ROS), de acuerdo con los procedimientos y metodología

**E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO**

PROCESO

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

SUBPROCESO

SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA

MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM

señalada por esa entidad. Cuando las operaciones, negocios y contratos intentados son el motivo del reporte ROS, el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. rechazará inmediatamente dicha actuación y no se perfeccionará tal operación o vínculo contractual con el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

La detección de una operación sospechosa de una persona natural o jurídica vinculada con el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., no implica la terminación de la relación contractual o comercial. Una vez detectada la operación, calificada como sospechosa y reportada a la UIAF, el Oficial de Cumplimiento junto con la Alta Dirección decidirán sobre la continuidad o no de la relación contractual o comercial. En caso afirmativo, se debe mantener una vigilancia especial sobre el cliente, accionista, proveedor, empleado o tercero vinculado y sus operaciones, para detectar posibles nuevas transacciones inusuales. En caso negativo, el área pertinente deberá realizar los procedimientos necesarios para la desvinculación o cancelación del vínculo contractual o comercial. Tanto el ROS como los estudios y análisis previos a la calificación de la operación como sospechosa, se encuentran sujetos a una reserva legal, por lo que debe ser manejada con confidencialidad y secreto por todos los empleados y relacionados con el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., sin perjuicio de las sanciones aquí previstas. En ninguna circunstancia se dará a conocer la información de las operaciones reportadas como sospechosas a la UIAF.

Lo anterior será sancionado de acuerdo con el Reglamento Interno de Trabajo y demás normas o reglamentos.

25. REPORTES DEL SARLAFT/FPADM**25.1. Objetivo**

Describir el esquema funcional implementado por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., para el manejo de los reportes internos y externos del SARLAFT/FPADM.

25.2. Directriz

Garantizar el funcionamiento de los procedimientos SARLAFT/FPADM y responder a los requerimientos de autoridades competentes a través de los reportes externos e internos del SARLAFT/FPADM.

25.3. Reportes Internos**25.3.1. Reportes Internos de Operaciones Inusuales – RIOI**

Los Empleados del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. que detecten una operación inusual, deberán informar al Oficial de Cumplimiento de forma inmediata, indicando las razones por las cuales califican la operación como inusual, por medio correo electrónico o comunicación escrita o de comunicación verbal, si la urgencia o las circunstancias así lo ameritan. El Oficial de Cumplimiento, o el funcionario que él designe, a su vez evaluará y analizará los RIOI con el propósito de establecer si en efecto se trata o no de una operación inusual. Se debe llevar una la relación de los RIOI que se

	E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO	
	PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
	SUBPROCESO	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
	MANUAL POLITICAS PROCEDIMIENTO DE SARLAFT/FPADM	

detecten, para que el Oficial de Cumplimiento pueda evaluar el adecuado funcionamiento del SARLAFT.

25.3.2. Reporte Interno de Operaciones Sospechosas – RIOS

Los empleados del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. que detecten una operación sospechosa, deberán informar al Oficial de Cumplimiento de forma inmediata, indicando las razones por las cuales califican la operación como sospechosa, por medio correo electrónico o comunicación escrita o de comunicación verbal, si la urgencia o las circunstancias así lo ameritan. El Oficial de Cumplimiento, o el funcionario que él designe, a su vez evaluará y analizará los RIOS con el fin de establecer si en efecto se trata o no de una operación sospechosa. Se debe llevar una la relación de los RIOS que se detecten, para que el Oficial de Cumplimiento pueda evaluar el adecuado funcionamiento del SARLAFT/FPADM.

25.4. Reportes Externos

Los reportes externos del SARLAFT son aquellos que el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. deben ser remitidos a la UIAF, de conformidad con los protocolos y forma establecida por dicha entidad. Estos reportes deberán ser realizados de acuerdo con lo establecido en el presente MANUAL por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. y por cada una de las Compañías Subordinadas que por Ley colombiana deban remitirlos.

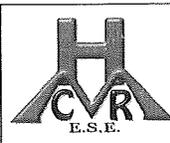
Los reportes que se deben remitir a la UIAF son:

- Reporte de operaciones sospechosas.
- Reporte de ausencia de operaciones sospechosas.
- Reporte de transacciones individuales en efectivo

25.4.1. Reportes de Operaciones Sospechosas - ROS

De acuerdo con lo consagrado en el artículo 42 de la Ley 190 de 1995, modificado por la Ley 526 de 1999 y la Ley 1121 de 2006, el reporte de operaciones sospechosas (ROS) no dará lugar a ningún tipo de responsabilidad para la persona jurídica informante, ni para los directivos o empleados del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. que hayan participado en su detección y/o reporte. Una operación intentada o una operación consumada debe reportarse como ROS directamente a la UIAF de manera inmediata, según los instructivos e instrucciones impartidas por dicha entidad. Se debe entender por inmediato el momento a partir del cual el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. toma la decisión de catalogar la operación como intentada o sospechosa.

Para el efecto, no se necesita que el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. tenga certeza de que se trata de una actividad delictiva, ni de identificar el tipo penal o de verificar que los recursos tienen origen ilícito; tan solo se requiere que la operación sea sospechosa en los términos legales, del glosario y dentro de las políticas del presente manual SARLAFT/FPADM. Como ya se dijo, el envío de ROS a la UIAF no constituye una denuncia ni da lugar a ningún tipo de responsabilidad para el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. como entidad reportante, ni para las personas que hayan participado en su detección o en su reporte. Ninguna persona natural o jurídica vinculada con el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. podrá dar a conocer que se ha efectuado el reporte de una operación



sospechosa a la UIAF, según lo establecido en el inciso cuarto del artículo 11 de la Ley 526 de 1999. Todos los soportes de las operaciones reportadas a la UIAF se deben organizar y conservar por lo menos durante cinco (5) años, debido a que pueden ser solicitados por las autoridades competentes.

Los reportes sobre operaciones sospechosas deben ajustarse a los criterios objetivos establecidos por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

Si durante el semestre el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. no realizó ningún reporte de operación sospechosa a la UIAF, dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente al semestre, deberá reportar a esa misma entidad que durante el semestre no se efectuaron operaciones sospechosas.

26. CAPACITACIONES

26.1. PROGRAMA DE CAPACITACIONES DEL SARLAFT/FPADM

En el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. la capacitación sobre SARLAFT/FPADM se diseña, programa y coordina a través de planes dirigidos a todas las áreas y empleados del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

26.2. Objetivo

Establecer los programas de capacitación y otros instrumentos diseñados por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., para el mismo propósito, incluida la forma de evaluación y el cubrimiento de las deficiencias que se detecten en el conocimiento de las normas, políticas, procedimientos e instrumentos que se han implementado en el SARLAFT/FPADM.

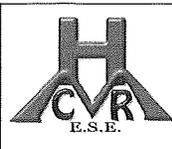
Con la implementación de programas de capacitación se busca dar a conocer las políticas, normas internas y externas, y procedimientos relacionados con el SARLAFT, con el fin de generar en los empleados del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., una cultura organizacional orientada a la administración del riesgo de LA/FT, para prevenir y controlar que HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. sea utilizada para estos fines.

26.3. Alcance

Este procedimiento se aplica a los Empleados del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., no obstante, la cobertura sobre SARLAFT/FPADM incluirá la inducción al personal temporal que le preste sus servicios al HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

26.4. Directrices

Toda persona que ingrese al HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. deberá recibir, por lo menos una vez al año, capacitación sobre las políticas, procedimientos, herramientas y controles adoptados para dar cumplimiento al SARLAFT/FPADM. Cuando se realice alguna actualización al Manual SARLAFT/FPADM, esta deberá ser comunicada a todos los empleados de HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.; en el caso de que los cambios realizados sean muy grandes se requiere programar capacitaciones para dar a conocer las nuevas normas y



parámetros del SARLAFT/FPADM. Semestralmente, el área de talento humano informará al Oficial de Cumplimiento, los resultados de las evaluaciones realizadas por los empleados en la capacitación sobre SARLAFT/FPADM, con el fin de detectar falencias en el conocimiento del tema y buscar conjuntamente cómo reforzar la capacitación y el procedimiento a seguir para su corrección.

El plan de capacitación sobre temas de SARLAFT/FPADM deberá ser presentado a la junta directiva del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. para su aprobación, y su avance se le dará a conocer en los informes que le presenta el Oficial de Cumplimiento.

Semestralmente, el Oficial de Cumplimiento verificará, mediante una revisión a una muestra selectiva de las hojas de vida de diferentes empleados, que en éstas estén archivadas las cartas de conocimiento y lectura del MANUAL SARLAFT/FPADM y las evaluaciones de la capacitación SARLAFT/FPADM debidamente diligenciadas.

Cuando el Oficial de Cumplimiento detecte la carencia de estos documentos en las hojas de vida de los empleados, notificará de esta situación al área pertinente para que implemente los planes de acción para su corrección y normalización.

Se debe dejar constancia escrita de todas las capacitaciones realizadas, donde se indique como mínimo la fecha, el tema tratado y el nombre de los asistentes.

26.5. Funciones

La Gerencia de Talento Humano junto con el Oficial de Cumplimiento del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E., tienen las siguientes funciones: Controlar que la capacitación sobre los temas del SARLAFT/FPADM, se imparta al personal respectivo, y se lleven los controles respectivos sobre sus resultados, con el fin de detectar falencias en el conocimiento de éstos e implementar las capacitaciones de refuerzo. Mantener una presentación actualizada de acuerdo con la normativa interna y la legislación internacional y local vigente sobre el SARLAFT/FPADM. Esta presentación y su respectiva actualización es responsabilidad del Oficial de Cumplimiento.

26.5.1. Contemplar, en las jornadas de inducción corporativa para el personal nuevo, la capacitación sobre los temas del SARLAFT/FPADM.

26.5.2. Realizar el cronograma anual para impartir las capacitaciones sobre SARLAFT al personal.

26.5.3. Difundir al personal la ubicación donde se puede consultar, para su lectura y estudio, el MANUAL SARLAFT, haciéndoles firmar, al momento de la vinculación del empleado, el acta de compromiso de conocimiento SARLAFT, la cual deberá quedar archivada en la hoja de vida de éste.

26.5.4. En el caso de los empleados temporales, El Area de Talento Humano del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. por intermedio del Contratista de temporales que los tenga contratados, informará sobre el MANUAL SARLAFT.

26.5.5. Mantener una copia en papel y en medio electrónico del MANUAL SARLAFT a disposición de los empleados del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E. Se debe definir el nivel de divulgación del manual por parte del Oficial de Cumplimiento.

26.6. Periodicidad

La capacitación sobre SARLAFT deberá ser impartida a los empleados, cuando menos una vez al año o cuando se realicen cambio a las políticas, normas o procedimientos del SARLAFT que ameriten realizar capacitaciones de actualización.

26.7. Elementos de capacitación

Los programas de capacitación deberán constar por escrito y para su desarrollo y difusión, se podrán utilizar todo tipo de herramientas que cumplan los propósitos, tales como: Publicaciones periódicas en los medios de difusión del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

- Conferencias.
- Capacitaciones presenciales.
- Herramientas virtuales.

27. CONSERVACIÓN DE DOCUMENTOS

27.1. Objetivo

Establecer los procedimientos adecuados para el archivo y conservación de los documentos que hayan servido para la implementación de las etapas y los elementos del SARLAFT, y aquellos requeridos en la vinculación de los clientes y/o proveedores, en el proceso de conocimiento de éstos, y los que soportan sus operaciones, los cuales pueden ser requeridos por las autoridades competentes.

27.2. Alcance

El presente procedimiento se aplica a todas las dependencias del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO E.S.E.

27.3. Directrices

Con el fin de prestar colaboración a las autoridades competentes y de control, se deberá conservar la documentación soporte del SARLAFT, así como aquella relacionada con la vinculación de clientes y/o proveedores, la que soporta las transacciones realizadas, y la que sirvió para determinar una operación como inusual o sospechosa. Se deben conservar los documentos y registros relativos al cumplimiento de las normas sobre prevención y control del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, por el término mínimo de cinco (5) años.

28. INDICADORES

Estos indicadores miden la gestión realizada para el cumplimiento del manual de políticas de Sarlaft/FPADM.

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA
% de contratista con riesgos de LA/FT/FPADM	$\frac{\text{contratistas con riesgos}}{\text{contratistas identificados}} * 100$

29. ANEXOS

- Matriz de riesgos
- Conocimiento del Cliente
- Código de Integridad
- Código de Conducta y buen gobierno

30. BIBLIOGRAFIA

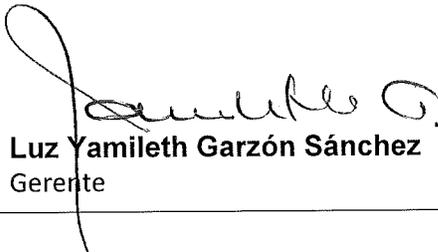
- Lineamientos de UIAF <https://www.uiaf.gov.co/>
- INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS AL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE(SICOF) Y MODIFICACIONES A LAS CIRCULARES EXTERNAS 018 DE 2015, 009 DE 2016, 007 DE 2017 Y 003 DE 2018 <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXTERNA%20202117000000055.pdf>
- POR LA CUAL SE IMPARTEN INSTRUCCIONES GENERALES RELATIVAS AL CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO ORGANIZACIONAL, EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y A SUS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXTERNA%20202117000000045.pdf>
- Normatividad, conceptos sobre el Lavado de Activo, Financiación del Terrorismo y el Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva

31. CONTROL DE REGISTROS

El control de cambio se debe actualizar cada que surja la actualización de la normatividad o en el proceso para el manual de políticas de administración de riesgos.

VERSIÓN	FECHA	MODIFICACIONES O CAMBIOS
01	06/06/2016	Creación del documento
02	17/06/2022	Actualización

32. ELABORO, REVISO Y APROBÓ

<p>Elaboro y Reviso:</p>  <p>Oscar Fernando Salazar Ochoa Cargo: Jefe Unidad Funcional de Talento Humano</p>	<p>Aprobado por:</p>  <p>Luz Yamileth Garzón Sánchez Gerente</p>
--	---

