

MANUAL DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIAMIENTO DE LA PROFILERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA.

CONTROL DE CAMBIOS DE DOCUMENTOS

VERSION	ORIGEN DE LOS CAMBIOS	FECHA DE REGISTRO			NOMBRE DEL FUNCIONARIO
		DIA	MES	AÑO	
1	Creación del documento	02	09	2020	Edilberto Rivadeneira Gutiérrez
2	Actualización del documento	15	07	2022	Alvaro Hernán Libreros Franco

Tabla de contenido

1. INTRODUCCION	4
2. ALCANCE	5
3. OBJETIVOS	5
3.1. OBJETIVO GENERAL	5
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
4. DEFINICIONES.....	5
5. MARCO LEGAL NACIONAL E INTERNACIONAL	11
5.1. NORMAS INTERNACIONALES	11
5.2. NORMAS NACIONALES	12
6. ELEMENTOS DEL SARLAFT	14
6.1. POLÍTICAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DEL LAVADO DE ACTIVOS FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA.....	14
6.2. POLÍTICAS GENERALES	14
6.2.1. Implementar controles para prevenir el riesgo LA/FT/FPADM.....	14
6.2.2. Realizar seguimiento y monitoreo al SARLAFT	15
6.2.3. Actualizar información de contrapartes anualmente	15
6.2.4. Conocer el manual SARLAFT / FPADM	15
6.2.5. Colaborar con las autoridades competentes.....	15
6.2.6. Reglamentar y orientar el actuar de los funcionarios frente al riesgo LA/FT/FPADM.....	15
6.2.7. Revisar anualmente las políticas del SARLAFT	16
6.2.8. Diseñar y aprobar nuevas políticas para SARLAFT	16
6.2.9. Atender los requerimientos relacionados con el SARLAFT	16
6.2.10. Atender recomendaciones y lineamientos de organismos nacionales e internacionales	16
6.2.11. Guardar confidencialidad respecto a la información reportada	16
6.2.12. Asegurar la asignación presupuestal para el cumplimiento del SARLAFT	16
6.3. POLÍTICAS ESPECÍFICAS.....	17
6.3.1. Política de conocimiento de contrapartes y su debida diligencia.....	17
6.3.2. Política de conocimiento de personas expuestas Políticamente (PEP)	22
6.3.3. Políticas sobre consulta de listas vinculantes e informativas.	23
6.3.4. Política de actualización de información	23
6.3.5. Políticas de manejo de efectivo	24
6.3.6. Políticas para recibir donaciones.	24
6.3.7. Política de sanción interna	25
6.3.8. Política de tratamiento de datos	25
6.3.9. Política sobre desarrollo tecnológico.....	25
6.3.10. Política de conservación de documentos	25
6.3.11. Política de ingreso de bienes	26
6.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	26

6.4.1.	Junta directiva.....	26
6.4.2.	Oficial de Cumplimiento.....	27
6.4.3.	Revisor fiscal.....	30
6.4.4.	Control Interno.....	30
6.4.5.	Comité de riesgos.....	30
6.4.6.	Líderes de Procesos.....	31
6.4.7.	Demás funcionarios.....	31
6.5.	PROCEDIMIENTOS.....	32
6.5.1.	Procedimientos de debida diligencia ampliada para contrapartes (Gestión Gerencial).....	32
6.5.2.	Proceso de contratación con Aseguradoras, Terceros y Alianzas Estratégicas (Oficina Jurídica) 36	
6.5.3.	Proceso de Talento Humano.....	37
6.5.4.	Proceso de Facturación (Gestión Financiera).....	38
6.5.5.	Proceso de Tesorería.....	39
6.5.6.	Proceso de Contabilidad.....	40
6.5.7.	Proceso de Gestión de Cobro.....	40
6.5.8.	Proceso de compras (Gestión del ambiente físico y tecnología).....	40
6.5.9.	Procedimiento de atención de requerimientos de entes de control y vigilancia sobre SARLAFT	42
7.	METODOLOGÍA PARA LAS ETAPAS DEL SARLAFT.....	42
7.1.	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO.....	43
7.2.	MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DEL RIESGO.....	44
7.3.	CONTROLES.....	44
7.4.	SEGUIMIENTO Y MONITOREO:.....	45
8.	SEGMENTACIÓN.....	45
9.	METODOLOGÍA DE GESTIÓN DE OPERACIONES INUSUALES Y REPORTE DE INFORMACIÓN.....	46
9.1.	SEÑALES DE ALERTA DEL SARLAFT.....	46
9.2.	PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR Y GESTIONAR OPERACIONES INUSUALES.....	48
9.3.	REPORTES INTERNOS Y EXTERNOS.....	50
9.3.1.	Reportes internos.....	50
9.3.2.	Reportes Externos.....	51
10.	DOCUMENTACION.....	52
11.	DIVULGACION Y SOCIALIZACION DE LA INFORMACION.....	54
12.	SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO DEL SARLAFT.....	54
13.	CAPACITACIÓN.....	55
14.	INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA.....	56
15.	DOCUMENTOS RELACIONADOS.....	56
16.	BIBLIOGRAFÍA:.....	56

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD:
		PÁGINA: 4 de 57

1. INTRODUCCION

El presente documento ha sido diseñado con el propósito de adoptar medidas y establecer mecanismos de control, orientados a evitar que la empresa social del estado Hospital Departamental San Rafael de Zarzal, sea utilizada como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión y aprovechamiento, en cualquier forma, de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas, o para dar apariencia de legalidad a las mismas o a las transacciones y fondos vinculados con tales actividades; en este proceso se deben identificar los riesgos relevantes que enfrentan las empresas en la persecución del objetivo de no ser utilizadas directamente o a través de sus operaciones como instrumentos para el lavado de activos y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas.

El riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT) se define como la posibilidad que, en la realización de las operaciones de una entidad, se introduzcan a la economía recursos provenientes de actividades relacionadas con el lavado de activos o la financiación al terrorismo, y/o que estas entidades puedan ser utilizadas por organizaciones al margen de la Ley como instrumento para adquirir, resguardar, ocultar, transportar, transformar, almacenar, conservar, custodiar, recolectar, entregar, recibir, aportar, promover, organizar, apoyar, mantener, financiar, sostener, administrar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas.

Es por esto que la Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular Externa (CE) 009 de 2016, impartiendo los criterios, directrices y parámetros mínimos que deben tener en cuenta los agentes del SGSSS en el diseño, implementación y funcionamiento de estos Sistemas de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) para prevenir que el riesgo de LA/FT se materialicen nuestra institución.

En el año 2021 la Superintendencia de Salud, emitió la Circular Externa Número 20211700000005-5 por la cual se imparten instrucciones y modificaciones a la Circular 009 de 2016, incluyendo como nuevo riesgo a prevenir y control a través del SARLAFT al denominado Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva FPADM

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, financiación del terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva SARLAFT.

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.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 5 de 57

2. ALCANCE

El presente manual está dirigido a la Gerencia, la Revisoría Fiscal, la Junta Directiva, funcionarios, personas naturales o jurídicas ya sean proveedores, contratistas o terceros que tengan una relación directa con el Hospital Departamental San Rafael de Zarzal.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

El presente manual tiene como objetivo fundamental definir las políticas, lineamientos y controles, con los cuales se puedan minimizar los riesgos relacionados con la introducción de recursos provenientes del lavado de activos o su utilización para la financiación del terrorismo o de la proliferación de armas de destrucción masiva, a través de las distintas actividades llevadas a cabo por el Hospital Departamental San Rafael de Zarzal, partiendo de los lineamientos y criterios mínimos establecidos en la Circular Externa 09 de 2016 de Supersalud, el marco normativo tanto local como internacional y el conocimiento del sector salud.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dar a conocer a los funcionarios y grupos de interés, los riesgos a los que la institución está expuesta referente al LA/FT y FPADM.
- Señalar los lineamientos que debe adoptar la entidad frente a los factores de riesgo y los riesgos asociados de LA/FT y FPADM.
- Establecer los roles y responsabilidades frente a la gestión de los riesgos asociados de LA/FT y FPADM.
- Definir e implementar políticas y procedimientos para administrar el riesgo de LA/FT y FPADM en el Hospital.
- Definir las medidas de prevención y control a implementar para prevenir el riesgo de LA/FT y FPADM en la entidad.

4. DEFINICIONES

Se consideran las siguientes definiciones según la Circular Externa 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud.

ALTA GERENCIA: Personas del más alto nivel jerárquico en el área administrativa o corporativa 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.

BENEFICIARIO FINAL: Se refiere a la(s) persona(s) natural(es) que finalmente posee(n) o

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 6 de 57

controla(n) a un cliente y/o la persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción, incluye también a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona u otra estructura jurídicas.

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 que suponga inyección efectiva de recursos, como lo son los afiliados a los planes voluntarios de salud.

Debido a la obligatoriedad del aseguramiento y la prestación de servicios de salud por parte de las EPS y prestadores, no se consideran como clientes los usuarios (afiliados) de las EPS, ni los pacientes de las IPS cuyos servicios sean cancelados efectivamente por algún tipo de seguro (Plan Obligatorio de Salud, Sistema de Riesgos Laborales y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), Planes Adicionales de Salud, entre otros). Es así que, para estos casos, no será necesario la identificación del usuario.

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

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

FACTORES DE RIESGO DE LA/FT: Son aquellas circunstancias y características de los clientes y/o contraparte, personas naturales y jurídicas, y de las operaciones que hacen que exista una mayor probabilidad de corresponder con una operación sospechosa de LA/FT.

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

En el artículo 345 del Código Penal modificado el artículo 16 de la Ley 1453 de 2011, este delito se define como: “Financiación del terrorismo y de grupos de delincuencia organizada y administración de recursos relacionados con actividades terroristas y de la delincuencia organizada: 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.

FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA:

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, depósito o uso de armas nucleares, químicas o biológicas, sus medios de lanzamiento y otros materiales relacionados (incluyendo tecnologías y bienes de uso dual para propósitos ilegítimos) en contravención de las leyes nacionales u obligaciones internacionales, cuando esto último sea aplicable.

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

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

HERRAMIENTAS DE SARLAFT: Son los medios que utiliza la entidad para prevenir que se presente el riesgo de LA/FT y para detectar operaciones intentadas, inusuales o sospechosas. Dentro de dichas herramientas se deben mencionar, entre otras, las señales de alerta, indicadores de operaciones inusuales, programas para administración de riesgos empresariales y hojas electrónicas de control.

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

En el artículo 323 del Código Penal modificado por el artículo 42 de la Ley 1453 de 2011, este delito se define como: “El que adquiera, resguarde, invierta, transporte, transforme, almacene, conserve, 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, tráfico de menores de edad, 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 diez (10) a treinta (30) años y multa de seiscientos cincuenta (650) a cincuenta mil (50.000) salarios mínimos legales vigentes”.

LISTAS NACIONALES E INTERNACIONALES: Relación de personas que de acuerdo con el organismo que las publica, pueden estar vinculadas con actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo, 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, Policía Nacional, entre otras.

MÁXIMO ÓRGANO SOCIAL: Es el máximo órgano de gobierno de la entidad. Es la Asamblea General o quien haga sus veces y puede variar su denominación según la figura jurídica de la que se trate. Su principal función es velar por el cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad, mediante la realización de asambleas, que puede darse de manera ordinaria o extraordinaria, según lo establece el Código de Comercio o la norma que regule cada tipo especial de la entidad y los estatutos.

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

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

Es un funcionario de mínimo segundo nivel jerárquico dentro de la Entidad, que depende directamente del Órgano de Administración o Dirección dentro de la estructura organizacional y funcional de la entidad, y, es nombrado por la Junta Directiva o quien haga sus veces. A su vez, es el encargado de realizar los reportes a la UIAF y a la Superintendencia Nacional de Salud.

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

OMISIÓN DE REPORTE: Determinado por el artículo 325A del Código Penal colombiano que establece que: “Aquellos sujetos sometidos a control de la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) que deliberadamente omitan el cumplimiento de los reportes a esta entidad para las transacciones en efectivo o para la movilización o para el almacenamiento de dinero en efectivo, incurrirán, por esa sola conducta, en prisión de treinta y ocho (38) a *ciento veintiocho (128) meses y multa de ciento treinta y tres punto treinta y tres (133.33) a quince mil (15.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes*”.

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

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

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 9 de 57

establecidos.

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

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN O DIRECCIÓN: Es la Junta Directiva o quien haga sus veces y puede variar su denominación según la figura jurídica de la que se trate. Sus principales funciones son la de dirigir y representar a la entidad en la gestión técnica, administrativa y financiera, logrando realizar los objetivos y estrategias de la misma. Asimismo, establecer los principios y procedimientos para la selección de sus miembros, sus funciones y responsabilidades, la forma de organizarse, deliberar y las instancias para evaluación y rendición de cuentas.

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

FPADM: 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”.

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE: Se considerarán como Personas Expuestas Políticamente (PEP) los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando tengan asignadas o delegadas funciones de: expedición de normas o regulaciones, dirección general, formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado, administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias, y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos.

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE EXTRANJERAS: También se considerarán como Personas Expuestas Políticamente (PEP) aquellas personas que desempeñen funciones prominentes en otro país, las cuales se denominarán Personas Expuestas Políticamente Extranjeras. Se entienden como Personas Expuestas Políticamente Extranjeras: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios altos empleados de las fuerzas armadas, (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 10 de 57

de empresas de propiedad estatal y (vii) representantes legales, directores, subdirectores y/o miembros de las juntas directivas de organizaciones internacionales.

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

REPORTES INTERNOS: Son aquellos que se manejan al interior de la entidad y están dirigidos al Oficial de Cumplimiento y pueden ser efectuados por cualquier funcionario o miembro de la organización, que tenga conocimiento de una posible operación intentada, inusual o sospechosa.

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

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

RIESGO DE CONTAGIO: En el marco de SARLAFT, 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.

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

RIESGO OPERATIVO: En el marco de SARLAFT, es la probabilidad de pérdida o daño que puede 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.

RIESGO REPUTACIONAL: En el marco del SARLAFT, 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.

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

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

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD:
		PÁGINA: 11 de 57

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 heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).

SEÑALES DE ALERTA: Son circunstancias particulares que llaman la atención y justifican un mayor análisis. Son realizadas por personas naturales o jurídicas que presentan como actividad económica principal o secundaria aquellas relacionadas con el sector salud y que pueden llegar a presentar a manera de ejemplo las siguientes situaciones:

- Características inusuales de las actividades, productos o lugares de procedencia.
- Inconsistencias en la información relacionada con la existencia, identificación, dirección del domicilio, o ubicación del usuario.
- Inconsistencias en la información que suministra el cliente y/o contraparte frente a la que suministran otras fuentes.
- Facturas que contengan precios ostensiblemente diferenciales frente a los del mercado.

TRANSACCIONES EN EFECTIVO: Es el recibo o entrega de dinero en efectivo de billetes o monedas, donde el sujeto de la transacción debe tener la condición de cliente y/o contraparte de la entidad vigilada.

UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS FINANCIERO (UIAF): Es una Unidad Administrativa Especial, de carácter técnico, adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, creada por la Ley 526 de 1999, modificada por la Ley 1121 de 2006, y que tiene como objetivo la prevención y detección de operaciones que puedan ser utilizadas para el Lavado de Activos o la Financiación del Terrorismo. Asimismo, impone obligaciones de reporte de operaciones a determinados sectores económicos.

USUARIO: Es toda persona natural a la que, sin ser cliente y/o contraparte, la entidad le suministra o presta un servicio de salud.

5. MARCO LEGAL NACIONAL E INTERNACIONAL

A continuación, se relacionan las principales normas que enmarcan las obligaciones contenidas en este manual:

5.1. NORMAS INTERNACIONALES

- ❖ Convención de Viena de 1988: Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (Aprobada por la Ley 67 de 1993 – Sentencia C-176 de 1994).
- ❖ Convenio de Naciones Unidas para la Represión de la Financiación del Terrorismo de 1999 (Aprobado por la Ley 808 de 2003 – Sentencia C-037 de 2004).

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 12 de 57

- ❖ Convención de Palermo de 2000: Convención de Naciones Unidas Contra la Delincuencia Organizada (Aprobada por la Ley 800 de 2003 – Sentencia C-962 de 2003).
- ❖ Convención de Mérida de 2003: Convención de Naciones Unidas Contra la Corrupción (Aprobada por la Ley 970 de 2005 – Sentencia C – 172 de 2006).
- ❖ GAFI: 40 recomendaciones para prevenir el lavado de activos y el financiamiento del terrorismo.

5.2. NORMAS NACIONALES

De acuerdo con los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia de 1991, la seguridad social es un derecho irrenunciable que debe ser garantizado por el Estado. La atención en salud es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado.

El artículo 10 de la Ley 526 de 1999, señala que las entidades que ejerzan funciones de inspección, vigilancia y control, deben instruir a sus vigilados sobre las características, periodicidad y controles en relación con la información que deben reportar a la Unidad de Información y Análisis financiero (UIAF), de acuerdo con los criterios e indicaciones que de ésta reciban, relacionados con la prevención del lavado de activos y la financiación del terrorismo.

Por su parte, el Decreto 1497 de 2002 que reglamentó 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 b) del numeral dos 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.

El artículo 27 de la Ley 1121 de 2006, determina que el "Estado colombiano y las entidades territoriales en cualquier proceso de contratación deberán identificar plenamente a las personas naturales y a las personas jurídicas que suscriban el contrato, así como el origen de sus recursos; lo anterior con el fin de prevenir actividades delictivas".

La Ley 1438 de 2011 Introduce un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de Inspección, Vigilancia y Control y determina el alcance de la IVC sobre los sujetos vigilados y la forma en que se fortalece dicho mecanismo por parte de la Superintendencia.

Ley 1474 de 2011: El Estatuto Anticorrupción crea el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Finalmente, la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 determina que "El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD:
		PÁGINA: 13 de 57

mejoramiento y la promoción de la salud”.

El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”.

Con la expedición del Decreto 830 de 2021 se modifican y adicionan algunos artículos al Decreto 1081 de 2015, Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República, en lo relacionado con el régimen de las Personas Expuestas Políticamente (PEP).

Eses mismo año, el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) aprobó el documento CONPES 4042 del 09 de agosto de 2021 POLÍTICA NACIONAL ANTILAVADO DE ACTIVOS, CONTRA LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y CONTRA LA FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA ALA/CFT, siendo el propósito general de esta política robustecer el Sistema, planteando cuatro objetivos específicos: 1. promover una gestión del conocimiento permanente entre los actores del Sistema para generar mayores competencias y un mejor entendimiento de los riesgos en cada uno de los sectores, así como concientizar de los riesgos y las implicaciones de estas conductas a la ciudadanía e incentivar su participación en la prevención activa y la denuncia de este tipo de conductas; 2. fortalecer el marco normativo LA/FT/FPADM para adaptarlo a los estándares internacionales y subsanar las falencias existentes en algunos sectores o actividades; 3. mejorar la gestión de la información del Sistema para suplir las necesidades existentes y lograr mayores estándares de calidad, seguridad y oportunidad y 4. consolidar procesos de coordinación y cooperación entre los actores que conforman el Sistema para generar sinergias que optimicen las labores de prevención, detección, investigación, judicialización y persecución de los activos.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Estado debe intervenir en los sectores donde el riesgo de lavado de activos y financiamiento del terrorismo pueda materializarse, intervención que realiza a través del Congreso de la República y el presidente de la República, este último delega sus funciones al Ministerio de Hacienda y Crédito Público y las diferentes superintendencias, en este caso la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

Es así, que la Superintendencia Nacional de Salud conforme a sus funciones de inspección, vigilancia y control, expide la Circular externa 009 de 2016 (C.E. 009/16) donde establece el deber a las entidades vigiladas por ella de implementar un Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT–, el cual debe contar con políticas, procedimientos, entre otros, en procura de prevenir y controlar el riesgo LAFT, para lo cual se debe plasmar las etapas (identificación, medición o evaluación, control y monitoreo) del mismo.

Posteriormente, la Superintendencia Nacional de Salud, emitió la Circular Externa N°. 2021170000005-5 DE 2021 mediante la cual se modifica la Circular Externa 009 de 2016 en el cual se amplía su alcance, se incluye un nuevo campo relacionado a la gestión de riesgo de

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 14 de 57

Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masivas FPADM y se imparten modificaciones en cuanto a políticas, procesos y procedimientos, la documentación y la inclusión y desarrollo de herramientas.

Conforme a la estrategia del Hospital Departamental San Rafael de Zarzal, cuenta con políticas claras para la prevención, control y mitigación del riesgo LAFT, alineadas con las disposiciones normativas nacionales e internacionales de la materia y las recomendaciones emitidas por Office Foreign Asset Control – OFAC–, Financial Crimes Enforcement Network – FINCEN –, entre otros organismos internacionales expertos en LAFT.

6. ELEMENTOS DEL SARLAFT

6.1. POLÍTICAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DEL LAVADO DE ACTIVOS FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIAMIENTO DE LA PROLIFERACION DE ARMAS DE DESTRUCCION MASIVA

El Hospital impulsará una cultura basada en la gestión y el control del riesgo, la cual guiará las actuaciones de sus funcionarios, directivos y demás partes relacionadas con miras a apoyar la lucha contra el LA/FT/FPADM, a dar cumplimiento a la normatividad vigente y sobre todo a proteger la imagen y el buen nombre del Hospital.

El Hospital en desarrollo de su objeto social, y enmarcado en la ética, la transparencia y en sus valores institucionales, rechaza cualquier acto relacionado con los delitos de lavado de activos, financiación del terrorismo, financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva y delitos conexos.

Esta política queda establecida como lineamiento de conducta y procedimiento para orientar la actuación del Hospital y sus funcionarios frente a riesgos de LA/FT/FPADM.

En el marco de implementación de esta política, el Hospital contará en su estructura con líderes responsables de monitorear los riesgos inherentes a sus operaciones y de aplicar las medidas de tratamiento que sean adecuadas para mantenerlos dentro de los niveles de aceptabilidad, así como la implementación de procedimientos, procesos y actividades necesarias para que el Hospital no se vea envuelto en hechos constitutivos de LA/FT/FPADM, que afecten la estabilidad y el buen nombre de la institución.

6.2. POLÍTICAS GENERALES

6.2.1. Implementar controles para prevenir el riesgo LA/FT/FPADM

Con el fin de evitar que el Hospital se vea expuesto a los riesgos asociados (legal, operativo, contagio o reputacional), el Hospital implementará los controles para prevenir iniciar o mantener relaciones contractuales con personas o empresas incluidas en listas internacionales vinculantes para Colombia y en caso de presentarse reportar el hecho oportunamente.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 02/09/2020
	MANUAL SARLAFT / PADM	TRD:
		PÁGINA: 15 de 57

6.2.2. Realizar seguimiento y monitoreo al SARLAFT

El Hospital implementará seguimiento y monitoreo a su Sistema de Administración de Riesgos LA/FT/FPADM, para garantizar el cumplimiento de sus políticas.

6.2.3. Actualizar información de contrapartes anualmente

La información suministrada por los directivos, funcionarios o contratistas, clientes y proveedores deberá ser actualizada mínimo una vez al año, con el propósito de conocer los posibles cambios en su información personal, su actividad y en su información financiera, cuando aplique.

6.2.4. Conocer el manual SARLAFT

El manual para la prevención y control del LA/FT/FPADM deberá ser del conocimiento de los directivos, directores, líderes de procesos, de todos los funcionarios y especialmente de aquellos que intervengan en actividades que sean más sensibles a que se presenten operaciones inusuales o sospechosas

6.2.5. Colaborar con las autoridades competentes

El Hospital tiene el compromiso de colaborar activamente con las autoridades competentes en relación con la prevención y control del lavado de dinero, la financiación del terrorismo y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva, dando oportuna respuesta a sus requerimientos, suministrándoles toda la información que considere pertinente y dando cumplimiento a las disposiciones legales y normativas correspondientes.

El Hospital está obligado a colaborar con las autoridades administrativas cuando así sea requerido, mediante el reporte de cualquier información relevante sobre operaciones que, por su cuantía o características, demuestren incompatibilidad y contradicciones con la actividad económica del cliente, según el conocimiento previo y teniendo en cuenta la aplicación de los criterios establecidos en este manual. Ningún funcionario de la entidad puede informar a los clientes, que hayan efectuado o intenten efectuar operaciones sospechosas, que se ha comunicado a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) sobre ellos o las operaciones. Todos los funcionarios deben guardar confidencialidad respecto a este tipo de información.

Toda operación o contrato sin excepción que realice el Hospital con cualquier contraparte (cliente, funcionario o contratista, proveedor o tercero), tendrá el correspondiente soporte interno o externo para acreditarlo y se dispondrá y conservará por el tiempo mínimo estipulado por la circular 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y/o las que apliquen en la institución de acuerdo con las tablas de retención documental.

6.2.6. Reglamentar y orientar el actuar de los funcionarios frente al riesgo LA/FT/FPADM

El código de integridad debe considerar las reglas de conducta y fundamentos que orienten la actuación de los funcionarios, contratistas en materia de riesgo LA/FT/FPADM. Del mismo

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 16 de 57

modo, establecer los procedimientos sancionatorios por incumplimiento de las obligaciones establecidas en el SARLAFT. Los principios establecidos en el Código de ética y Buen Gobierno harán parte integral del sistema para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM.

6.2.7. Revisar anualmente las políticas del SARLAFT

Las políticas para la administración de los riesgos LA/FT/FPDAM se revisarán como mínimo anualmente y de acuerdo con los cambios normativos que se registren. En esta revisión, participará el Oficial de Cumplimiento, el área jurídica y las demás áreas que se vean impactadas por las modificaciones.

6.2.8. Diseñar y aprobar nuevas políticas para SARLAFT

Las propuestas de modificación o nuevas políticas serán diseñadas y presentadas para aprobación de la Junta Directiva, o quien esta delegue, por parte del Oficial de Cumplimiento.

6.2.9. Atender los requerimientos relacionados con el SARLAFT

Los requerimientos a la entidad, relacionados con el SARLAFT, emitidos por la Superintendencia Nacional de Salud, así como de cualquier otra autoridad que tenga esta competencia, deben ser remitidos al Oficial de Cumplimiento del Hospital, para los fines pertinentes.

6.2.10. Atender recomendaciones y lineamientos de organismos nacionales e internacionales

El Hospital dará cumplimiento a las recomendaciones establecidas por los organismos nacionales e internacionales en materia de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva como el GAFI, GAFILAT, UNODOC, SUPERSALUD, UIAF, FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN, entre otros.

6.2.11. Guardar confidencialidad respecto a la información reportada

Los miembros de la Junta Directiva y demás contrapartes, se comprometen con el hospital, a guardar absoluta confidencialidad respecto a la información que se elabore y distribuya con relación a la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM, salvo requerimiento de las autoridades competentes.

6.2.12. Asegurar la asignación presupuestal para el cumplimiento del SARLAFT

La Junta Directiva y el representante legal deberán garantizar los recursos financieros en el presupuesto anual para garantizar los recursos humanos, técnicos y tecnológicos para la adecuada implementación y desarrollo del SARLAFT.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 17 de 57

6.3. POLÍTICAS ESPECÍFICAS

6.3.1. Política de conocimiento de contrapartes y su debida diligencia

Toda actividad de vinculación o contratación con Clientes y/o Contrapartes deberá realizarse de acuerdo a los lineamientos establecidos en este manual con el fin de realizar una identificación plena y confiable que contribuya a la prevención del riesgo de LA/FT/FPADM.

Hacen parte de la Debida Diligencia el diligenciamiento del Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05), Anexo 1 de este Manual y el cual fue diseñado por el Hospital para la obtención de los datos de identificación, ubicación, actividad económica, situación financiera, beneficiarios finales, condición de PEPs, entre otros, del Cliente y/o Contraparte; la recepción de documentación que soporte los datos brindados en los formatos, su respectiva verificación, y la consulta en listas vinculantes e informativas.

La consulta en listas vinculantes se llevará a cabo de la siguiente manera:

En lo que respecta a contrapartes personas naturales se consultará con número de identificación y nombre completo; para personas jurídicas se consultará el NIT y razón social de la empresa. De igual forma, se consultará al representante legal y socios, asociados o accionistas que tengan una participación en el capital social igual o superior al veinticinco por ciento (**25%**) hasta llegar a su beneficiario final.

Los procedimientos de conocimiento de las contrapartes se podrán llevar a cabo de manera presencial o no presencial a través del uso de herramientas digitales o electrónicas, siempre y cuando se garanticen la verificación y autenticación de la identidad de la contraparte, dejando constancia de parte de la contraparte de haber leído, entendido, aceptado y autorizado lo estipulado en el formato único de conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05).

El proceso de debida diligencia se aplicará a las siguientes Contrapartes del Hospital:

- Clientes
- Funcionarios y contratistas de prestaciones de servicios
- Proveedores y Contratistas
- Miembros de Junta Directiva
- Directivos
- Aliados Estratégicos y demás Terceros Vinculados

Debido a la obligatoriedad del aseguramiento y la prestación de servicios de salud por parte de las EPS y prestadores, no se consideran como clientes y/o contrapartes los usuarios (afiliados) de las EPS, ni los pacientes de las IPS cuyos servicios sean cancelados efectivamente por algún tipo de seguro (Plan Obligatorio de Salud, Sistema de Riesgos Laborales y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), Planes Adicionales de Salud, entre otros). Es así que, para estos casos, no es necesaria la identificación del usuario.

Calle 5 No. 6-32, Zarzal – Valle del Cauca, Tel: 2220046 – 2220043 – Ext 104, Ext 221, Urgencias 2221011

www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co
gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co – siau@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 18 de 57

Se realizarán las validaciones necesarias para garantizar que las personas vinculadas como contrapartes y que quienes aspiran hacerlo, tengan un origen de fondos considerado lícito. La responsabilidad de dicha actividad, se centrará en las personas que designe la entidad, tanto en la vinculación como en la administración de la relación con contrapartes. El cumplimiento de otros procedimientos o actividades internas de revisión, no releva de esta responsabilidad básica al funcionario responsable.

No podrá vincularse, ni mantener relación comercial con:

- Las personas naturales o jurídicas que se encuentren en las listas vinculantes para Colombia (Designación de terroristas de las Naciones Unidas, Designación de Organizaciones Terroristas Unión Europea, Lista de Personas designadas como Terroristas de la Unión Europea, Lista de Organizaciones Terroristas por los Estados Unidos, Lista de Personas designadas como Terroristas por los Estados Unidos).
- Quienes hayan suministrado información falsa.
- A quienes sus bienes se determinen que están involucrados en procesos de extinción de dominio.
- Quienes se han mostrado renuentes a no dar información o a presentar la documentación exigida para verificarla procedencia de sus fondos o que, a pesar de presentarla, se dificulte la verificación de su legalidad.

Política de Debita Diligencia Ampliada

La Debita Diligencia Ampliada consiste en el análisis de información adicional a la utilizada en la Debita Diligencia con el fin de contar con información adicional que permita tener un mejor conocimiento de la contraparte. Será aplicable a aquellas contrapartes que de acuerdo al proceso de segmentación estén catalogados en un segmento de alto riesgo, tengan la categoría de PEPs, estén ubicados en jurisdicciones de alto riesgo o no cooperantes.

Política de conocimiento de Clientes

Siempre que, en relación con la prestación del servicio de salud, se atienda un cliente, debe garantizarse contar con su identidad, diligenciar el Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05), realizar entrevista, adjuntar documentos exigidos y aprobar la vinculación de los mismos según aplique, tal como lo establece el SARLAFT. Los aspectos más importantes a tener en cuenta a la hora de capturar la información que conforma el conocimiento del cliente son:

- Identificación
- Solicitud de documentos soporte
- Verificación de información consignada
- Consultar en listas de vinculantes e informativas
- Asignar perfil de riesgo del cliente
- Actualizar datos y documentos de vinculación del cliente

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 02/09/2020
	MANUAL SARLAFT / PADM	TRD:
		PÁGINA: 19 de 57

Las decisiones que en materia de conocimiento del cliente se definan e implementen primarán sobre las decisiones comerciales y tendrán en cuenta lo requerido por el SARLAFT y por las normas que rijan en la institución.

Los órganos de control del Hospital, representados por el revisor fiscal y la auditoría Interna, y en su caso el Oficial de Cumplimiento podrán revisar los archivos de los clientes, para asegurar su consistencia e integridad. La frecuencia de las revisiones dependerá de la complejidad y riesgos involucrados en la relación contractual.

En el evento que la información suministrada por el cliente sea falsa o presuntamente falsa, deberá reportarse este hecho al oficial de cumplimiento en forma inmediata de acuerdo con lo establecido en este manual.

Se debe dejar evidencia de las verificaciones efectuadas en diferentes listas vinculantes o consultas en bases de datos durante la vinculación o actualización de la información de los clientes. En caso que se presenten resultados positivos que pudieran estar relacionados con el riesgo LA/FT/FPADM, deberá reportarse este hecho al Oficial de Cumplimiento en forma inmediata.

A todos los clientes que aparezcan en las listas vinculantes para Colombia, lista OFAC, u otra lista de riesgo de LA/FT/FPADM o hayan sido reportados ante las autoridades respectivas por operaciones sospechosas, se procederá a evaluar la posibilidad de terminar la relación contractual de conformidad con las normas legales vigentes o de establecer un seguimiento más estricto de acuerdo a la situación presentada.

De acuerdo al nivel de riesgo de los clientes, se realizará una menor o mayor debida diligencia en cuanto a entrevista, visita, nivel de aprobación y exigencia en materia de información y documentación.

El Hospital definirá, de acuerdo al nivel de riesgo de los clientes, los productos y servicios a ofrecer y las condiciones en las que lo hará y cuando se presenten situaciones inusuales durante la vinculación de un cliente, el estudio para el conocimiento de éste será más exhaustivo y podrá no quedar vinculado.

Los soportes y la verificación del conocimiento de clientes y usuarios implican recaudar y conservar como mínimo información que permita identificar a la persona natural o jurídica (siendo firmado por este) por los términos establecidos en la Ley y las Tablas de Retención Documental, de la institución, y estará a disposición de las autoridades para efectos de sus investigaciones.

El Hospital se compromete a establecer mecanismo para el conocimiento de las personas naturales y/o jurídicas con las cuales establezca relación económica, exigiendo el cumplimiento de los requerimientos normativos previos al establecimiento definitivo de compromisos comerciales. Para ello es importante destacar el obligatorio cumplimiento del diligenciamiento del Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05).

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD:
		PÁGINA: 20 de 57

Políticas para el conocimiento del funcionario o contratista por prestación de servicios.

El Hospital será el responsable de la vinculación de todos sus funcionarios o contratistas por prestación servicios y además del procedimiento aplicado para su debido conocimiento, aplicando las políticas y lineamientos en relación a la prevención del riesgo de LA/FT/FPADM.

El hospital cuenta con claras políticas sobre selección, vinculación y mantenimiento de información de todos sus funcionarios de la planta de cargos, quienes en el desempeño de sus funciones deben de cumplir estrictamente con el Código de Conducta y Buen Gobierno, Código de Integridad, Reglamento Interno de Trabajo, con las normas y procedimientos del Hospital. Por lo tanto, los funcionarios y/o contratistas del Hospital se obligan a seguir las políticas internas y a adoptar comportamientos que revelen el estricto cumplimiento de la ley y en especial aquellas que hacen referencia a la prevención del riesgo de lavado de activos, la financiación del terrorismo y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva

Es obligación de los funcionarios y/o contratistas del Hospital tener un comportamiento ético y diligente en el cumplimiento de las normas sobre prevención y control del LA/FT/FPADM que la ley, las entidades de vigilancia y control y el Hospital han dispuesto.

Los funcionarios o contratistas del Hospital que en ejercicio de sus funciones o con ocasión de estas tengan conocimiento acerca de los reportes internos de operaciones inusuales o de reportes de operaciones sospechosas, están obligados a mantener estricta confidencialidad de la información que se maneja internamente en la institución.

Antes de comenzar cualquier proceso de contratación, se verificará que los futuros candidatos no tengan ningún tipo de vínculo con actividades ilícitas asociadas a lavado de activos, financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva. El área de Talento Humano debe verificar los antecedentes de los funcionarios tanto actuales como los que se van a vincular. Cuando se detecten comportamientos inusuales en cualquier persona que labore en el hospital se debe analizar tal conducta con el fin de tomar las medidas pertinentes frente al riesgo LA/FT/FPADM. Como mecanismo de control se debe continuar requiriendo copia de la declaración de bienes y rentas, la consulta en listas vinculantes e informativas cada año

El Hospital podrá aplicar medidas de debida diligencia ampliada, tales como visitas domiciliarias, estudios de seguridad, solicitud de información patrimonial, en los casos en que el cargo dados sus características y el nivel de riesgo en cuanto LA/FT/FPADM lo amerite.

En ningún momento el Hospital podrá vincular personas que aparecen en listas vinculantes para Colombia y/o OFAC. Tampoco vinculará personas de difícil ubicación, confirmación de información y donde se encuentre falsedad en la información aportada.

El Área de Contratación/ Talento Humano, serán las encargadas de administrar la relación con el funcionario o contratista y como mínimo una vez al año y durante el tiempo que dure el vínculo laboral con dicha persona, solicitarán la actualización de sus datos, tales como: domicilio, estado civil, estudios y cambios patrimoniales importantes. Al ingreso a la institución

Calle 5 No. 6-32, Zarzal – Valle del Cauca, Tel: 2220046 – 2220043 – Ext 104, Ext 221, Urgencias 2221011

www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co – siau@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 21 de 57

y anualmente es obligatorio diligenciar por parte el servidor o contratista el formato de Bienes y Rentas del SIGEP.

Políticas de conocimiento a Contratistas/Proveedores/ Aliados Estratégicos y demás Terceros

Los proveedores y contratistas, aliados estratégicos y demás terceros vinculados con el Hospital que prestan servicios o suministran productos a las áreas misionales y de apoyo, deberán cumplir con 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 LA/FT/FPADM.

- El conocimiento de proveedores y 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, procedencia y destino de sus ingresos y egresos.
- Para la vinculación de proveedores y contratistas, aliados estratégicos y demás terceros opera 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 se validará y se establecerán comportamientos de normalidad o inusualidad.
- 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 dispuesto por el Hospital.
- Previo a la vinculación o en la actualización de la información de los proveedores contratistas, aliados estratégicos y demás terceros vinculados, estos deben diligenciar el Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05) en letra imprenta, totalmente firmado y adjuntar los documentos soportes requeridos por la oficina jurídica según lista de chequeo; información que debe ser validada y confirmada por el área de contratación del Hospital. Estos documentos serán parte integral del expediente del contrato.
- Todos los proveedores, contratistas, aliados estratégicos y demás terceros vinculados, así como las personas que figuren en su certificado de existencia y representación legal deberán ser consultados en listas vinculantes, previo a la suscripción de cualquier contrato, orden de compra y/o servicio; las consultas deben ser efectuadas por el área de contratación del Hospital. De encontrarse alguna coincidencia en las listas vinculantes con dichas contrapartes, el área de contratación deberá informar al oficial de cumplimiento para analizar el caso y de esta forma poder efectuar el contrato, orden de compra de ser procedente.
- Se exige de la aplicación de la política de diligenciamiento del Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05) a aquellos terceros no recurrentes, relacionados con gastos cuyo valor sea igual o inferior a un (1) SMMLV, para su conocimiento será necesario contar con los datos de su nombre completo o razón social, documento de identidad y número.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 22 de 57

Política para conocimiento de miembros de Junta Directiva.

Las políticas para la vinculación de miembros de Junta Directiva están contempladas en los Estatutos del Hospital. Previo a la aprobación de vinculación como miembro de Junta Directiva es necesario que el candidato diligencie completamente el Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05), adjuntando los documentos soportes que deben ser verificados, a su vez es obligatorio realizar la consulta en listas vinculantes e informativas.

Por ningún motivo el Hospital nombrará a un miembro de Junta Directiva que se encuentre en listas vinculantes, es decir aquella emitidas por las Naciones Unidas y Unión Europea, como también la lista OFAC.

La información de miembros de Junta Directiva deberá ser actualizada de manera anual, responsabilidad que estará a cargo del oficial de cumplimiento.

6.3.2. Política de conocimiento de personas expuestas Políticamente (PEP)

Las relaciones contractuales con personas que ocupen o hayan ocupado cargos públicos cuyas funciones sean o hayan sido la expedición de normas o regulaciones, la dirección general, la formulación de políticas institucionales y la adopción de planes, programas y proyectos, el manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado, la administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias, y los particulares que tengan a su cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos; requieren de procesos para su conocimiento más estrictos o diligencia avanzada.

Para efectos de la identificación de la calidad como PEP de una contraparte, el Hospital considera como tal a las contrapartes que ostenten los cargos establecidos en el artículo 2.1.4.2.3. del Decreto 1081 de 2015 modificado por el Decreto 830 de 2021 expedido por la DAFP. Los PEP pueden catalogarse de naturaleza Nacionales o Extranjeros.

La calidad de Personas Expuestas Políticamente (PEP) se mantendrá en el tiempo durante el ejercicio del cargo y por dos (2) años más desde la dejación, renuncia, despido o declaración de insubsistencia del nombramiento, o de cualquier otra forma de desvinculación, o terminación del contrato.

Para la identificación de los PEPS la institución adoptara un mecanismo de verificación o herramienta tecnológica a contratar o por declaración del propio PEP mediante formato en el momento de vinculación a la institución.

Si por algún motivo se llegara a establecer algún vínculo contractual entre el Hospital y una Persona Expuesta Políticamente (PEP) además de la autorización por parte del representante legal, este evento requiere ser informado a la Junta Directiva y se debe aplicar un proceso de conocimiento de la contraparte más estricto o debida diligencia ampliada.

En la celebración de contratos o realización de operaciones con personas expuestas políticamente, donde éstas por razón de su cargo manejan recursos públicos, el Hospital debe verificar que esta persona tenga la autorización para contratar o negociar otorgada por el

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 23 de 57

órgano competente para el caso en que los servicios adquiridos no sean para su beneficio personal, y deberá establecer el origen de los recursos. Lo anterior le permite asegurar al Hospital no ser utilizado como vehículo para canalizar recursos provenientes de actos de corrupción y lavado de activos.

El Oficial de Cumplimiento deberá llevar un registro de la identificación de los PEPS con el fin de realizar monitoreo de manera semestral.

6.3.3. Políticas sobre consulta de listas vinculantes e informativas.

El hospital, deberá realizar las actividades necesarias para verificar si un cliente, proveedor, contratista u otra contraparte actual está registrado en la lista SDNT (Lista Clinton u OFAC) o en las listas vinculantes para Colombia, en tal caso debe terminar la relación comercial y no podrá realizar ninguna nueva operación con él, así mismo, en el caso de un potencial proveedor, prestador, nuevo funcionario u otra contraparte, de encontrarse relacionado en las listas mencionadas anteriormente, el Hospital se abstendrá de iniciar cualquier tipo de vinculación.

Las verificaciones en listas vinculantes, en caso de contrapartes persona jurídica se extenderá a parte de la persona jurídica, al Representante Legal, miembros de junta directiva y sus accionistas/socios o asociados que tengan una participación en el capital social igual o superior al veinticinco por ciento (**25%**) hasta llegar a su beneficiario final.

Ningún funcionario podrá autorizar, adelantar operación alguna, servicio, apoyo o celebración de contratos de ningún tipo con las personas y empresas que aparezcan en listas vinculantes.

La consulta en listas vinculante, no exime al Hospital, de continuar con la verificación de la información complementaria como parte del debido conocimiento de sus contrapartes, como lo son los boletines de responsabilidad fiscal de la Contraloría General de la República, certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación, certificado de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional de Colombia.

El oficial de cumplimiento, el suplente y la Junta Directiva decidirán si existe la necesidad de incluir otro tipo de consultas para el fortalecimiento y conocimiento en materia de LA/FT/FPADM.

Estas consultas se efectuarán al momento de la vinculación con la institución para clientes, proveedores, contratistas, servidores públicos y miembros de Junta Directiva.

6.3.4. Política de actualización de información

El Hospital, a través de las áreas o personas responsables de la vinculación de la contraparte de que se trate, realizará procesos anuales de actualización de información de funcionarios, asociados, proveedores, contratistas con un vínculo contractual vigente.

La ejecución de la política se entiende cumplida con el envío del formulario para actualización de información, no obstante, se deberá acreditar que se han efectuado los diferentes

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 24 de 57

recordatorios cuando no se reciba la información. La información actualizada se utilizará para realizar análisis de variaciones en las principales cifras financieras.

Las áreas responsables de la vinculación o actualización de la información de las contrapartes, deberán realizar un análisis de variaciones de lo reportado, y de presentarse alguna alerta, deberán reportarlo al oficial de cumplimiento, para que éste pueda efectuar los reportes a que haya lugar teniendo en cuenta la segmentación realizada.

6.3.5. Políticas de manejo de efectivo

- El Hospital establecerá anualmente directrices acerca el monto máximo de dinero en efectivo que puede manejarse en las operaciones financieras con contrapartes y, promoverá el uso de los medios de pago que ofrece el hospital, en aras de ejercer mayor control y determinar alertas que puedan significar un riesgo para la entidad.
- En caso de recibir pagos en efectivo iguales o superiores a **\$5.000.000** o el equivalente en otras monedas realizadas en un mismo día por una misma persona natural o jurídica se debe realizar el reporte al oficial de cumplimiento. De igual forma se deben reportar los depósitos múltiples realizados por una misma persona natural o jurídica que sumen en el mes **\$25.000.000** o más o su equivalente en otras monedas.
- Para el caso de pagos a terceros con los cuales no se haya realizado alguna negociación y para los cuales no se haya surtido el procedimiento de vinculación y conocimiento del cliente definido por la entidad, se requiere autorización por parte de la Gerencia con visto bueno de la oficina jurídica. En lo posible que los pagos se realicen al primer beneficiario.
- El monto máximo definido debe ser comunicado por escrito a los actores de las operaciones financieras y a todo el personal de la institución.
- El área Tesorería es la encargada del control del efectivo, tiene como actividad principal su salvaguardia y la programación de todas las salidas de dinero, actuales o futuras.
- Todo personal que trabaje con efectivo deberá estar debidamente capacitado en las normas relativas al SARLAFT y los riesgos asociados al manejo de efectivo.
- Se debe contar con un sistema de soporte de las operaciones en efectivo que permita el control de los ingresos y la realización de los reportes requeridos a la autoridad competente. Para ello se pueden utilizar aplicativos con capacidad de generar reportes del manejo de efectivo tanto ingresos como devoluciones realizadas en las cajas de la institución.
- Toda entrega de fondos en efectivo igual o superior a cinco millones de pesos (**\$5.000.000**), recaudados en cualquiera de las cajas del Hospital, el funcionario encargado de la caja solicita y verifica el completo y correcto diligenciamiento del Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05).
- Todo dinero falso debe ser considerado como faltante de caja

6.3.6. Políticas para recibir donaciones.

En caso de que se reciban donaciones en efectivo siempre se aplicará un procedimiento de debida diligencia ampliada al donante para verificar la licitud y el origen de sus recursos.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 25 de 57

6.3.7. Política de sanción interna

El Hospital iniciará proceso sancionatorio mediante comunicación de la gerencia a la oficina de control interno disciplinario a quien desconozca, vulnere o haga caso omiso de lo establecido en el presente manual y de los procesos y acciones que se deriven de él. Será el oficial de cumplimiento el encargado de realizar dicho reporte al representante legal de la entidad.

6.3.8. Política de tratamiento de datos

El Hospital, requiere del consentimiento libre, previo, expreso e informado del titular de los datos personales para el tratamiento de los mismos, excepto en los casos expresamente autorizados por la Ley, a saber:

- Información requerida por una entidad pública o administrativa en ejercicio de sus funciones legales o por orden judicial.
- Datos de naturaleza pública
- Casos de urgencia médica o sanitaria
- Tratamiento de información autorizado por la Ley para fines históricos, estadísticos o científicos
- Datos relacionados con el Registro Civil de las personas.

El Hospital, considera que cualquier tipo de información relativa a un usuario es información de carácter personal y por consiguiente vela en todo momento por la privacidad y confidencialidad de la misma. La confidencialidad de la información relativa a los usuarios implicará el mantenimiento de archivos, bancos o bases de datos seguros, de modo tal que el acceso por parte de terceros que no se encuentren autorizados para tal efecto se encuentre restringido.

6.3.9. Política sobre desarrollo tecnológico

El Hospital, podrá implementar desarrollos tecnológicos que le permitan verificar las contrapartes por los menos contra las listas determinadas por los organismos de control y lucha contra el delito de LA/FT/FPADM o contra otras bases de datos que se incorporen en el futuro, igualmente que permitan hacer un seguimiento y análisis más especializado.

Mediante la utilización de herramientas tecnológicas, se aplicará el monitoreo de operaciones y la consolidación electrónica de las mismas.

6.3.10. Política de conservación de documentos

Los documentos y registros relacionados con el cumplimiento de las normas sobre la prevención de LA/FT/FPADM del Manual SARLAFT, se conservarán en el archivo de gestión del oficial de cumplimiento, luego del cual se realizara la transferencia al archivo central cuando haya cumplido su ciclo según lo establecido en las tablas de retención documental, pasado el tiempo de norma y si no se ha efectuado ningún requerimiento al respecto por autoridad competente, podrá ser digitalizado para su respectivo almacenamiento y documentación según la Ley General de Archivo.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 26 de 57

6.3.11. Política de ingreso de bienes

El Hospital debe garantizar que los bienes que ingresen, estén libres de todo gravamen y que no generen riesgos LA/FT/FPADM por su adquisición ya sean de tipo económico, reputacional y legal tales como:

- Embargos
- Hipotecas
- Afectación a vivienda familiar
- Patrimonio de familia inembargable
- Avalúos
- Venta de cosa ajena
- Condiciones resolutorias
- Lesión enorme
- Precio irrisorio
- Cabida y linderos
- Declaración de mejoras
- Demanda inscrita

6.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El Hospital establece y asigna funciones en relación con el SARLAFT de acuerdo a la estructura organizacional, que, en el Hospital, tiene un enfoque por procesos, estas funciones estarán descritas en los procedimientos de debida diligencia y conocimiento de contrapartes que se especifican más adelante.

Los siguientes órganos, canales de comunicaciones e instancias de la institución son responsables de aplicar y monitorear el sistema de autocontrol y gestión del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo y efectuar su evaluación y supervisión para determinar fallas o debilidades de sus políticas y procedimientos de control y adoptar las medidas adecuadas con el fin de corregir y mejorar oportunamente el proceso.

Roles y Funciones:

6.4.1. Junta directiva

- a. Diseñar y actualizar las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que harán parte del SARLAFT, para una posterior aprobación por la Asamblea o el máximo órgano social o quien haga sus veces.
- b. Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.
- c. Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT, 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.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 27 de 57

- d. Asignar un presupuesto anual para contratación de herramientas tecnológicas, contratación de personal, capacitación, asesorías, consultorías, y lo necesario para mantener la operación del SARLAFT en la entidad y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento y su equipo.
- e. Designar al Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente. Para efectos de dar cumplimiento a la normatividad vigente, 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.
- f. 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.
- g. 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.
- h. Aprobar los criterios objetivos y establecer los procedimientos y las instancias responsables de la determinación y Reporte de las Operaciones Sospechosas (ROS).
- i. Aprobar las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo del SARLAFT.
- j. 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.

6.4.2. Oficial de Cumplimiento.

El Oficial de Cumplimiento debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- a. Dependere directamente del Órgano de Administración o Dirección dentro de la estructura organizacional y funcional de la entidad. Es decir, pertenecer como mínimo al segundo nivel jerárquico en el área administrativa o corporativa de la entidad.
- b. Tener capacidad decisoria frente a los reportes y temas relacionados con la prevención de Lavado de Activos y/o Financiación del Terrorismo.
- c. Acreditar conocimiento en materia de administración de riesgos, particularmente en el riesgo de LA/FT, mediante certificación expedida por parte de instituciones autorizadas por el Ministerio de Educación Nacional para impartir formación en dicha materia, en la que conste que la duración del diplomado no sea inferior a 90 horas y el curso e-learning de la UIAF. En caso que sea una especialización, será válida en riesgos en general. Sino tiene ninguna de las anteriores certificaciones o acreditaciones, se pueden certificar cuatro (4) años de experiencia laboral en áreas de administración y gestión de riesgos.
- d. No pertenecer a órganos de control ni a las áreas directamente relacionadas con las actividades previstas en el objeto social principal que hacen parte del Máximo Órgano Social.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 28 de 57

e. Ser funcionario directo de la entidad.

En caso de que se nombre Oficial de Cumplimiento suplente, éste debe cumplir como mínimo, los requisitos establecidos en los literales b al e del presente numeral.

Funciones del oficial de cumplimiento:

- a. Velar por el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de las etapas que conforman el SARLAFT.
- b. Elaborar y desarrollar los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación del SARLAFT.
- c. Identificar las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones que realiza el Hospital.
- d. Implementar y desarrollar los controles a las situaciones que puedan generar riesgo de LA/FT/FPADM en las operaciones, negocios o contratos que realiza el Hospital.
- e. Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- f. Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al riesgo de LA/FT/FPADM del Hospital.
- g. Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre el riesgo de LA/FT/FPADM y velar por su cumplimiento.
- h. Proponer a la Junta Directiva, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas del SARLAFT.
- i. Proponer a la administración la actualización del manual de procedimientos y velar por su divulgación a los funcionarios.
- j. Recibir y analizar los reportes internos de posibles operaciones inusuales, intentadas o sospechosas y realizar el reporte de estas dos últimas a la UIAF.
- k. Realizar todos los reportes a la SNS, incluidas las actas de aprobación de la política, así como el manual de procedimientos.
- l. Mantener actualizados los datos de la entidad y del oficial de cumplimiento con la UIAF, utilizando los canales de comunicación correspondientes.
- m. Informar a la UIAF cualquier cambio de usuario del Sistema de Reporte en Línea (SIREL).
- n. Gestionar adecuadamente los usuarios del Sistema de Reporte en Línea (SIREL).
- o. Revisar los documentos publicados por la UIAF en la página web como anexos técnicos, manuales y utilidades que servirán de apoyo para la elaboración de los reportes.
- p. Diseñar las metodologías de segmentación, identificación, medición y control del SARLAFT
- q. Analizar los informes presentados por la auditoría interna o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, y los informes que presente el Revisor Fiscal para que sirvan

Calle 5 No. 6-32, Zarzal – Valle del Cauca, Tel: 2220046 – 2220043 – Ext 104, Ext 221, Urgencias 2221011

www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co – siau@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 02/09/2020
	MANUAL SARLAFT / PADM	TRD:
		PÁGINA: 29 de 57

como insumo para la formulación de planes de acción para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas de SARLAFT.

- r. Elaborar y someter a la aprobación de la Junta Directiva los criterios objetivos para la determinación de las operaciones sospechosas, así como aquellos para determinar cuáles de las operaciones efectuadas por usuarios serán objeto de consolidación, monitoreo y análisis de operaciones inusuales.
- s. Presentar cuando menos, de forma semestral a los administradores y anualmente a la Junta Directiva, un informe por escrito donde exponga el resultado de su gestión. Estos informes son confidenciales y deben referirse como mínimo a los siguientes aspectos:
 1. Los procesos establecidos para llevar a la práctica las políticas aprobadas, sus adiciones o modificaciones.
 2. Los resultados del monitoreo y seguimiento para determinar la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
 3. Las medidas adoptadas para corregir las falencias encontradas al efectuar el monitoreo de los controles.
 4. El cumplimiento a los requerimientos de las diferentes autoridades, en caso de que estos se hubieran presentado.
 5. Las propuestas de ajustes o modificaciones a las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que considere pertinentes.
 6. El cumplimiento a los ajustes o modificaciones a las políticas de prevención y de control del riesgo de LA/FT/FPADM aprobados por la Junta Directiva
 7. Las últimas normas o reglamentaciones expedidas sobre la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM y las medidas adoptadas para darles cumplimiento a las mismas

No podrán contratarse con terceros las funciones asignadas al Oficial de Cumplimiento, ni aquellas relacionadas con la identificación y reporte de operaciones inusuales, así como las relacionadas con la determinación y Reporte de Operaciones Sospechosas.

La designación del Oficial de Cumplimiento no exime a los administradores y demás funcionarios o contratistas sobre la obligación de comunicarle y/o informarle internamente a este, sobre la ocurrencia de operaciones inusuales, sospechosas o intentadas (anormalidades dentro de las actividades y/u operaciones propias del negocio que realiza la Entidad), de acuerdo con el procedimiento que se haya establecido.

Adicional a las anteriores funciones, el Oficial de Cumplimiento también debe consultar, monitorear y revisar con la debida diligencia las listas sobre sanciones financieras dirigidas del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas que den lugar a posibles vínculos con delitos relacionados con Lavado de Activos y/o Financiación del Terrorismo. De encontrar algún vínculo con alguna persona natural o jurídica relacionada con la entidad, el Oficial de Cumplimiento deberá informar sobre este punto en particular, a la fiscalía general de la Nación.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
MANUAL SARLAFT / PADM		FECHA: 02/09/2020
		TRD:
		PÁGINA: 30 de 57

6.4.3. Revisor fiscal

- Cerciorarse que las operaciones, negocios y contratos que celebre o cumpla el Hospital, se ajustan a las instrucciones y políticas aprobadas por la Junta Directiva.
- Dar cuenta por escrito cuando menos, de forma anual a la Junta Directiva, del cumplimiento o incumplimiento a las disposiciones contenidas en el SARLAFT.
- Poner en conocimiento del Oficial de Cumplimiento, las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación del SARLAFT o de los controles establecidos.
- Rendir los informes que, sobre el cumplimiento a las disposiciones contenidas en la Circular 009 de 2016, sean solicitadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

6.4.4. Control Interno

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones a la Auditoría Interna, o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, ésta debe evaluar semestralmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SARLAFT, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Así mismo, debe informar los resultados de la evaluación al Oficial de Cumplimiento y a la Junta Directiva.

La Auditoría Interna, o quien ejecute funciones similares o haga sus veces, debe realizar una revisión periódica de los procesos relacionados con las parametrizaciones de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/ o cuantitativos de reconocido valor técnico.

- Verificar que los formatos que respaldan la debida diligencia de conocimiento de las contrapartes (proveedores, Clientes, aliados estratégicos, funcionarios y demás terceros vinculados), se encuentren diligenciados de forma correcta y con sus respectivos anexos.
- Presentar ante la Junta Directiva cuando considere necesario su posición con respecto al cumplimiento de las políticas y controles establecidos en el Manual “Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos de la Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva –SARLAFT /FPADM” del hospital.
- Velar porque existan los controles efectivos para evitar que la entidad sea utilizada como instrumento para la realización de actividades delictivas, en especial de LA/FT/FPADM.
- Verificar que anualmente se imparta la capacitación masiva tanto a los funcionarios nuevos como a los funcionarios antiguos.
- Verificar que se esté cumpliendo con la elaboración y envío de los reportes relacionados con el SARLAFT ante la UIAF en los términos establecidos por la Circular 000009 del 21 de abril de 2016.

6.4.5. Comité de riesgos

Las responsabilidades del Comité de Riesgos frente al SARLAFT son:

- Impulsar junto con el Oficial de cumplimiento una cultura de gestión de riesgos al interior de la institución.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 31 de 57

- b. Evaluar y aprobar Políticas, Manuales, Procedimientos, Herramientas y metodologías.
- c. Supervisar la Implementación de la Gestión de los riesgos conforme a lo establecido en las disposiciones legales, lineamientos corporativos y organizacionales.
- d. Evaluar el avance en los planes de acción y de mejoramiento.
- e. Formular las iniciativas de mejora que considere necesarias sobre la infraestructura y la gestión de los riesgos.
- f. Solicitar rendición de cuentas a los líderes de procesos donde se hayan materializado riesgos que comprometan la continuidad de la operación y la viabilidad de la entidad.

6.4.6. Líderes de Procesos

Las responsabilidades de los Líderes de Procesos frente al SARLAFT son:

- a. Identificar el riesgo LA/FT/FPADM al que se ve expuesto el Hospital, teniendo en cuenta los factores de riesgo.
- b. Medir la probabilidad de ocurrencia de un evento de riesgo LA/FT/FPADM y su impacto en caso de materializarse.
- c. Controlar el riesgo inherente al que se ve expuesto el Hospital con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o el impacto en caso de que dicho riesgo se materialice.
- d. Velar por el cumplimiento y políticas del SARLAFT en los procesos de los cuales hacen parte.
- e. Velar por el cambio cultural de los funcionarios bajo su cargo frente al SARLAFT.
- f. Participar de las sesiones de gestión de riesgo de manera semestral, dejando constancia de los temas tratados y las decisiones tomadas con relación a la identificación de riesgos, medición de probabilidad e impacto, identificación de controles y su evaluación de efectividad.

6.4.7. Demás funcionarios

Adicionalmente a las responsabilidades establecidas a partir de la Circular 009 de 2016 y modificaciones y/o adiciones en la Circular 20211700000005-5 DE 2021, el Hospital Departamental establece las siguientes responsabilidades para los demás funcionarios:

- a. Aplicar los mecanismos y procedimientos establecidos.
- b. Acatar los principios y normas de conducta impartidas en el Código de Integridad y Código Conducta y Buen Gobierno.
- c. Reportar inmediatamente al Oficial de Cumplimiento o quien haga sus veces, cualquier hecho o anomalía que se presente dentro de la relación con clientes, proveedores, funcionarios, etc. que pueda considerarse eventualmente como una operación inusual o sospechosa o cuando se presenten señales de alerta, en el reporte interno de operaciones inusuales y sospechosas.
- d. Velar por la completa y adecuada verificación de la información suministrada por las contrapartes.
- e. Participar activamente de todos los espacios que ofrezca el Hospital y que están

Calle 5 No. 6-32, Zarzal – Valle del Cauca, Tel: 2220046 – 2220043 – Ext 104, Ext 221, Urgencias 2221011

www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co – siau@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 32 de 57

orientados a brindar capacitación, sensibilización y/o socialización en temas relacionados con la prevención y control de los riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

6.5. PROCEDIMIENTOS

La salud como servicio en Colombia no es ajena a los riesgos de LA/FT/FPADM, es por eso que a partir de la Circular Externa 000009 de 2016 y la Circular Externa N°.20211700000005-5 de 2021 es necesario contar con medidas de detección, protección y control de tal manera que el Hospital no vaya a ser víctima o cómplice del lavado de dinero, la financiación del terrorismo o del financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

6.5.1. Procedimientos de debida diligencia ampliada para contrapartes

El Hospital aplicará procedimientos de debida diligencia ampliada, para casos en los cuales la contraparte represente un alto riesgo asociado en cuanto al lavado de activos, financiación del terrorismo y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva, dado que:

- No se encuentra coherencia entre el objeto social y el nivel de ingresos
- No se encuentra coherencia entre el objeto social y el producto servicio que ofrece o vende.
- Escasez en la información suministrada
- Es una compañía constituida recientemente con altos niveles de ingreso
- Es una compañía con una composición accionaria compleja
- Está ubicada en una jurisdicción de alto riesgo de LA/FT/FPADM
- Realiza actividades de alto riesgo de LA/FT/FPADM
- Estuvo incluida en listas de control
- Tuvo antecedente de tipo penal o judicial asociados a LA/FT/FPADM
- Tiene algún tipo de anotación negativa en prensa que genere sospecha
- Tiene relaciones comerciales o contractuales con empresas o personas vinculadas con temas de LA/FT/FPADM
- Es un PEP
- En caso se vaya a realizar alguna donación caritativa aprobada por el máximo órgano social, se deberá ampliar la información de conocimiento del tercero hasta identificar los beneficiarios finales.

Este procedimiento debe aplicarse a las contrapartes que cumplan las siguientes condiciones:

- a) Contraparte que representa mayor riesgo o se le identifican señales de alerta.
- b) Contrapartes catalogadas como PEP.
- c) Contrapartes ubicadas en países no cooperantes y jurisdicciones de alto riesgo.

Para estos casos y todos los que representen sospecha y generen un riesgo alto de LA/FT/FPADM en el momento de la vinculación de una contraparte como cliente, proveedor, contratista o aliado, se podrán ejecutar en la medida que se considere pertinente, todas o

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 33 de 57

algunas de las siguientes actividades:

- Realizar entrevistas y/o visitas a los proveedores, contratistas y clientes en compañía del Oficial de Cumplimiento.
- Ampliar la validación en prensa y medios.
- Solicitar certificado de ingresos para personas naturales.
- Solicitar referenciación con clientes y proveedores de la contraparte.
- Solicitar referencias personales para personas naturales.
- Solicitar estados financieros de los últimos tres (3) años.
- Solicitar copia de la declaración de renta de los dos últimos años.
- Solicitar documentos y certificaciones que validen la adquisición de nuevos activos.
- Certificación escrita juramentada firmada por el representante legal u oficial de cumplimiento si lo tuviera, donde conste que cuenta con apropiados y suficientes mecanismos de prevención y control que les permitan conocer, prevenir y mitigar de manera efectiva los riesgos inherentes al lavado de activos y financiación del terrorismo.

6.5.1.1. Con relación a las Contrapartes que representa mayor riesgo o se le identifican señales de alerta, se puede llevar a cabo el siguiente procedimiento:

a. Coincidencias en listas no vinculantes

Si al realizar la consulta en listas de una contraparte (personas jurídicas y naturales – nacionales e internacionales) que pretenda establecer vínculos contractuales con el Hospital aparece en listas no vinculantes o informativas, el área consultante debe informar al Oficial de Cumplimiento para evaluar el tipo de coincidencia y la lista en la que aparece la contraparte, a fin de tomar una decisión basada en el nivel de riesgo de LA/FT/FPADM que expondría la contraparte a la institución.

b. Información financiera inconsistente

Si al momento de actualizar información con las contrapartes recurrentes, como mínimo anualmente (herramienta de perfilamiento/segmentación) se evidencian inconsistencias relevantes en sus cifras financieras, se debe reportar al Oficial de Cumplimiento, para evaluar la situación y realizar una debida diligencia ampliada que permita la razonabilidad de las variaciones. De ser posible debe solicitarse a la contraparte aclaración sobre los rubros que requiera y documente.

c. Terceros nacionales o internacionales con procesos de soborno o corrupción

Si se llegase a tener conocimiento de alguna de las contrapartes nacionales o internacionales que estén o hayan estado en algún proceso de soborno o corrupción, se deberá poner en conocimiento del Oficial de cumplimiento quien podrá solicitar a la contraparte su aclaración al respecto (certificación) y de esa manera poder tomar las decisiones a que haya lugar frente a la relación comercial.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 34 de 57

d. Proveedores importadores

El caso de una señal de alerta u operación inusual, el proceso de debida diligencia ampliada para el conocimiento o monitoreo del proveedor o contratista se llevará a cabo con el fin de:

- a) Identificar si los productos provienen o no de actividades legales.
- b) Identificar si los productos han sido o no debidamente nacionalizados.
- c) Identificar si los productos son de contrabando o de venta restringida.
- d) Identificar si los productos cuentan con las licencias y autorizaciones pertinentes.
- e) Identificar al beneficio final de la persona jurídica.

Para complemento de una debida diligencia ampliada se podrá consultar las tipologías de delitos LA/FT/FPADM actualizado y publicado en la página web de la UIAF, entre otras fuentes de información.

El Oficial de cumplimiento podrá solicitar declaraciones de importación del producto, certificaciones adicionales y cualquier otro tipo de documentación que se considere relevante para el esclarecimiento de los hechos.

e. Beneficiario final en procesos ilícitos

Cuando una contraparte Persona Jurídica o persona natural, después de la vinculación, resultare en algún proceso por actos ilícitos, se realizará el registro de señal de alerta u operación inusual, análisis del contexto de la situación y posible reporte a la UIAF, adicionalmente, medidas de desvinculación y las demás que resulten pertinentes.

Estas cinco señales de alerta son apenas unas de las situaciones que pueden generar una debida diligencia ampliada. El Oficial de Cumplimiento y los líderes de procesos deberán estar atentos a otras situaciones.

6.5.1.2. Consideraciones especiales para PEPS

Las personas consideradas como Personas Expuestas Políticamente informarán su cargo y se le deberá realizar la debida diligencia durante los procesos de vinculación y de actualización que se determine, de acuerdo con lo estipulado en el manual SARLAFT y en cumplimiento de la regulación vigente sobre el riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

Las personas a cargo del proceso de vinculación (según corresponda), durante el proceso de conocimiento de un PEP deberán:

- a. Adquirir suficiente información de la contraparte.
- b. Verificar que la contraparte informe sobre su condición de PEP en el Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05).
- c. Recopilar la información del PEPS que permita comparar las características de sus operaciones con las de su actividad económica.
- d. Validar la información y determinar comportamientos de normalidad o inusualidad.

Calle 5 No. 6-32, Zarzal – Valle del Cauca, Tel: 2220046 – 2220043 – Ext 104, Ext 221, Urgencias 2221011

www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co – siau@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 35 de 57

- e. Verificar en listas si efectivamente la contraparte es un PEP.
- f. Consulta en listas vinculantes e informativas a la contraparte.
- g. Notificar al Oficial de Cumplimiento la condición del PEP, adjuntando el soporte de la consulta en listas, la documentación provista por la contraparte e indicar si encontró alguna situación de inusualidad durante la revisión inicial de los documentos. El Oficial de cumplimiento se encargará de efectuar la debida diligencia Ampliada - DDA.

El Oficial de Cumplimiento deberá determinar las medidas mínimas para realizar la DDA, a continuación, relacionamos algunas de las cuales podría efectuar:

- Verificar la reputación del tercero en fuentes públicas y confiables.
- Indagar acerca del origen de los fondos del tercero a través de la información registrada en el formato de conocimiento de contrapartes y los documentos anexos correspondientes
- Si la PEP es un miembro de la junta directiva o asociado, si así lo considera el Oficial de Cumplimiento podrá solicitar al tercero una declaración firmada en donde certifique que no se encuentra involucrado en temas de corrupción, soborno y LA/FT/FPADM.
- Reportar un ROS ante la UIAF en caso de detectar una operación inusual y/o sospechosa.
- Demás medidas que según el análisis de la información determine el Oficial de Cumplimiento.

Una vez el oficial de cumplimiento obtenga los resultados de la DDA, deberá enviarlos por medio de correo electrónico al Gerente General de la institución, quien determinará si acepta o no la vinculación de la contraparte y deberá informar su decisión al Oficial de Cumplimiento para que este la transmita al área correspondiente.

Durante el vínculo comercial y/o contractual con una PEP, se deberán ejecutar las siguientes actividades:

- a) Efectuar supervisión periódica de la relación contractual.
- b) Verificar trimestralmente a la contraparte en listas vinculantes e informativas.
- c) Conocer de manera permanente y actualizada su identificación, actividad económica, características, montos, procedencia y destino de sus ingresos y egresos.
- d) Monitorear continuamente las operaciones, negocios y contratos de la PEP.
- e) Si algún jefe de área o funcionario identifica posibles operaciones inusuales o señales de alerta en relación con un PEP, deberá notificar inmediatamente al Oficial de Cumplimiento.

6.5.1.3. Operaciones con contrapartes en países no cooperantes o de mayor riesgo

El Hospital debe conocer los países y jurisdicciones de alto riesgo, que el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) ha identificado como aquellos que no han desarrollado las medidas preventivas necesarias, no han cumplido los estándares internacionales materia de LA/FT/FPADM y no hay un alto grado de compromiso político de sus autoridades para solventar las deficiencias detectadas de protección al país frente a los delitos de

Calle 5 No. 6-32, Zarzal – Valle del Cauca, Tel: 2220046 – 2220043 – Ext 104, Ext 221, Urgencias 2221011

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 36 de 57

LA/FT/FPADM. Para el conocimiento de esta clase de países se puede consultar la página web del GAFI.

Por lo tanto, es necesario establecer controles más estrictos si el Hospital resuelve desarrollar operaciones internacionales, para la iniciación y seguimiento de relaciones comerciales y operaciones con personas naturales o jurídicas e instituciones financieras procedentes de países donde no se aplican las recomendaciones del GAFI. Igualmente, definir hacer seguimiento especial a quienes declaran que sus ingresos provienen de giros, transferencias o transacciones del exterior.

Entre los controles o medidas se llevarán a cabo:

- Revisar permanentemente los países de mayor riesgo contenidos en los listados del GAFI de países no cooperantes y jurisdicciones de alto riesgo.
- Revisión en listas vinculantes e informativas de manera trimestral para las personas naturales o jurídicas (clientes/usuarios, proveedores, contratistas, empleados) ubicadas o cuyos ingresos declarados provengan de giros, transferencias o transacciones de países y/o jurisdicciones del alto riesgo o no cooperantes.
- Solicitar información adicional a la exigida al momento de su vinculación entre ellas:
 - a. Certificación escrita juramentada firmada por el representante legal u oficial de cumplimiento si lo tuviera, donde conste que cuenta con apropiados y suficientes mecanismos de prevención y control que les permitan conocer, prevenir y mitigar de manera efectiva los riesgos inherentes al LA/FT/FPADM.
 - b. Solicitar referenciación con clientes y proveedores de la contraparte
 - c. Solicitar referencias personales para personas naturales
 - d. Solicitar estados financieros de los últimos tres (3) años
 - e. Solicitar copia de la declaración de renta de los dos últimos años
 - f. Solicitar copia de la declaración de Activos en el exterior de los dos últimos años
 - g. Ampliar la validación en prensa y medios

6.5.2. Proceso de contratación con Aseguradoras, Terceros y Alianzas Estratégicas (Oficina Jurídica)

El área de contratación, es la encargada de realizar el proceso contractual con las diferentes personas Naturales o Jurídicas que ingresan para desarrollar alguna actividad en el Hospital ya sea de prestación de servicios, obra, suministro, alianzas estratégicas, entre otras.

El Hospital debe considerar el riesgo de contratar con alguna persona que desarrolla actividades ilícitas enmarcadas en LA/FT/FPADM. Para lo anterior se debe hacer mayor énfasis en la Documentación, Revisión y Seguimiento a todos los contratos realizados, con el objetivo de detectar operaciones sospechosas y que puedan ser objeto de reporte a los órganos de control como la UIAF. Para detectar el Riesgo es necesario considerar el riesgo desde el comienzo de la etapa contractual, esto contempla la modificación y ajustes de los

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 02/09/2020
	MANUAL SARLAFT / PADM	TRD:
		PÁGINA: 37 de 57

estudios previos y análisis de conveniencia, los cuales deben incorporar la mitigación del Riesgo LA/FT/FPADM.

- Coordinadamente con el Oficial de Cumplimiento, debe orientar y asesorar jurídicamente a la entidad en las respuestas solicitadas por los Organismos de Control en materia de riesgo LA/FT/FPADM.
- Dar apoyo y la asesoría que, en materia jurídica, de riesgo requiera el Oficial de Cumplimiento en el desarrollo de sus actividades definidas para el funcionamiento del Sistema de Autocontrol y Gestión del Riesgo LA/FT/FPADM.
- El área de contratación del Hospital analizará los riesgos asociados a LA/FT/FPADM dentro de los modelos de análisis de conveniencia y estudios previos antes de suscribir cualquier contrato, siendo responsable de su elaboración las áreas que soliciten la necesidad y serán estas oficinas las encargadas de contemplar dichos riesgos.
- Deberá consultar y hacer revisión en las listas vinculantes e informativa donde podrán conocer si el futuro contratista presenta antecedentes en materia de LA/FT/FPADM, además de suministrar el soporte de revisión y verificación hecha en dichas listas vinculantes establecidas en el presente Manual, y este será el soporte ante cualquier actividad sospechosa, así como evidencia o documento soporte para el Oficial de Cumplimiento como para las entidades de control que lo requieran.
- Para hacer más eficiente el trabajo de detección de riesgos en la oficina jurídica, se trabajará con una herramienta tecnológica dispuesta y con el apoyo del área de sistemas del hospital, el cual le permitirá tener acceso a las listas restrictivas indicadas por las entidades de control.
- Reportar al Oficial de Cumplimiento, las situaciones inusuales que puedan estar relacionadas con LA/FT/FPADM en el proceso de contratación con Aseguradoras, Terceros y Alianzas Estratégicas.
- La forma y condiciones de envío de información serán las acordadas entre el oficial de cumplimiento y el líder del proceso del área susceptible de LA/FT/FPADM.
- Apoyar las estrategias definidas por el hospital tendiente a actualizar la información de los diferentes contratistas, Aseguradoras, Terceros y Alianzas Estratégicas.
- Incorporar dentro de los requisitos para la contratación el diligenciamiento del Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05) el cual deberá ser llenado en letra imprenta por el futuro contratista del Hospital. Este formato contiene información que deberá presentar el futuro contratista donde plasmará la realidad del origen de sus ingresos, así como la concordancia de sus actividades con el objeto a desarrollar. Este formato deberá ser parte integral del expediente contractual tanto para personas naturales como jurídicas y deberá conservarse dentro de los términos y condiciones establecidas en la Ley General de Archivo y del presente Manual.

6.5.3. Proceso de Talento Humano

La oficina de Talento Humano documentará y revisará previo a la entrada de cualquier funcionario, la documentación necesaria para la realización de la vinculación a la planta de

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 38 de 57

cargos del Hospital, la documentación necesaria según lista de chequeo en aras de ejercer un mejor control frente a LA/FT/FPADM, para ello deberá conocer las señales de alerta que le permitan detectar las operaciones sospechosas que podrían haber realizado funcionarios directos de la institución. Además, el proceso de gestión de Talento Humano, aplicará políticas sobre selección, vinculación y mantenimiento de información de todos sus funcionarios, quienes en el desempeño de sus funciones deben cumplir estrictamente con el Código de Integridad, Código de Conducta y Buen Gobierno, con el Reglamento Interno de Trabajo y con las políticas, normas y procedimientos del hospital.

- Para el área de Talento Humano, se ha establecido que los funcionarios del Hospital, conozcan el Manual y las Políticas Institucionales establecidas en el SARLAFT. Para esto se establecerán en el plan de capacitación, inducción y reinducción anual, asegurando que el funcionario ha leído, entiende y conoce el manual de LA/FT/FPADM. Su seguimiento aplicación será responsabilidad del área.
- Esta área tendrá bajo su responsabilidad la verificación de todos los servidores públicos al servicio del Hospital en las listas vinculantes e informativas, a fin conocer antecedentes con relación a delitos relacionados con LA/FT/FPADM.
- La forma y condiciones de envío de información serán las acordadas entre el oficial de cumplimiento y el líder del proceso del área susceptible de LA/FT/FPADM.
- Apoyar las estrategias definidas por el hospital tendiente a actualizar la información de los diferentes funcionarios del hospital en el momento de su vinculación y su actualización anual.
- Incorporar dentro de los requisitos de vinculación, el diligenciamiento del Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05) el cual deberá ser diligenciado en letra imprenta por el futuro funcionario del Hospital. Este formato contiene información que deberá presentar el futuro funcionario, donde plasmará la realidad del origen de sus ingresos, así como la concordancia de sus actividades con el objeto a desarrollar. Este formato deberá ser parte integral del expediente contractual y deberá conservarse dentro de los términos y condiciones establecidas en la Ley General de Archivo y del presente Manual.
- El archivo de las evidencias de verificación reposará en la carpeta laboral del funcionario que será administrada por la oficina de Talento Humano y estará disponible para el oficial de cumplimiento o de las entidades que lo requieran en su momento. Por lo demás la Política de conservación de documentos dará las pautas en lo referente.

6.5.4. Proceso de Facturación (Gestión Financiera)

El área de facturación se encarga de ofrecer a sus usuarios/clientes la facilidad de realizar diferentes trámites para el acceso a los servicios de salud que se encuentran a disposición de la comunidad y que situados en el contexto del SARLAFT pueden ser objeto de LA/FT/FPADM

- Para la detección de Operaciones Sospechosas se ha establecido en las políticas del SARLAFT, que se deben tener en cuenta la identificación de las transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por parte de una misma persona natural o jurídica por un valor igual o superior a cinco millones de pesos M/CTE (**\$5.000.000**) y/o el equivalente a otras

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 39 de 57

monedas, y múltiples realizadas en un mes por una sola persona natural o jurídica por valor de veinticinco millones de pesos M/CTE (**\$25.000.000**) en la prestación de servicios a particulares /aseguradoras.

- Coordinadamente con el Oficial de Cumplimiento, se deberá solicitar a la persona jurídica o natural que requiera los servicios del Hospital, y que realice una transacción con las características de reporte objetivo y sea considerada como particular es decir que no medie ningún tipo de seguro (Plan Obligatorio de Salud, riesgos laborales, seguros de accidentes SOAT, Planes adicionales) se le deberá aplicar el Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05).
- Cuando se inicie las negociaciones con las diferentes aseguradoras, con el fin de suscribir un contrato en cualquiera de sus modalidades, se le solicitará el diligenciamiento del Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05), así como todos los documentos adicionales que el hospital estime pertinente y estén contemplados en el Manual de Contratación, estos formatos y sus soportes serán entregados al área jurídica.
- Es importante que el cliente/usuario diligencie esta información con letra imprenta (a mano) legible sin errores ni tachaduras y quien lo solicite deberá hacerle entender el porqué del diligenciamiento del formato.
- Reportar al Oficial de Cumplimiento, las situaciones inusuales que puedan estar relacionadas con LA/FT/FPADM en el proceso de facturación.
- Deberá consultar y hacer revisión en las listas restrictivas donde podrán conocer si el cliente/usuario particular natural o jurídica y la EAPB/Aseguradora, presenta antecedentes en materia de LA/FT/FPADM, además de suministrar el soporte de revisión y verificación hecha en dichas listas vinculantes establecidas en el presente Manual, y este será el soporte ante cualquier actividad sospechosa, así como evidencia o documento soporte para el Oficial de Cumplimiento como para las entidades de control que lo requieran.
- El archivo de las evidencias físicas serán responsabilidad del área de facturación, mientras se hace entrega mensual de la información; una vez la información sea entregada al Oficial de Cumplimiento respecto a su archivo y documentación según lo establecido en el presente manual.
- Sin embargo, se debe tener claro que en ningún momento se debe restringir la atención en salud por parte del hospital a ningún usuario, únicamente se realiza un conocimiento del mismo y si al validar la información se detecta que es una persona expuesta públicamente se debe dejar constancia de ello en el Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG- FO-05).

6.5.5. Proceso de Tesorería

- Reportar al Oficial de Cumplimiento, las situaciones inusuales que puedan estar relacionadas con LA/FT/FPADM en el proceso de tesorería.
- La herramienta tecnológica del hospital, debe permitir que se disponga de una base de datos que, para el caso, facilitará almacenar y contar con una información y características de los clientes de una manera más técnica para efecto de poder enviar y hacer los reportes correspondientes.

Calle 5 No. 6-32, Zarzal – Valle del Cauca, Tel: 2220046 – 2220043 – Ext 104, Ext 221, Urgencias 2221011

www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co – siau@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 40 de 57

- Es importante indicar que la información también reposa en la herramienta Tecnológica dispuesta para la captura de información que facilita el almacenamiento diario y que permite además hacer seguimiento de las operaciones realizadas en efectivo en el área de tesorería.
- No serán objeto de análisis, ni seguimiento, ni monitoreo a las Empresas Prestadoras de Salud-EPS.
- El archivo de las evidencias físicas serán responsabilidad del área de tesorería mientras se hace entrega mensual de la información; una vez la información sea entregada al Oficial de Cumplimiento respecto a su archivo y documentación según lo establecido en el presente manual.

6.5.6. Proceso de Contabilidad

- Identificar los movimientos y registros del manejo y control de la propiedad, planta y equipo, analizando los saldos y el comportamiento de ingresos, traslados, depreciaciones, bajas y enajenación de activos del hospital.
- Reportar al Oficial de Cumplimiento, las situaciones inusuales que puedan estar relacionadas con LA/FT/FPADM en el proceso de activos y enajenación de activos e inventarios.
- Reportar al Oficial de Cumplimiento, las situaciones inusuales que puedan estar relacionadas con LA/FT/FPADM en el proceso de facturación y cuentas médicas.

6.5.7. Proceso de Gestión de Cobro

- Se realiza cobro de cartera si existe una probabilidad alta de recaudo de acuerdo con el estudio del caso realizado y los requisitos documentales cumpliendo con las exigencias de la ley.
- Reportar al Oficial de Cumplimiento, las situaciones inusuales que puedan estar relacionadas con LA/FT/FPADM en el proceso de gestión de cobro de cartera del Hospital.
- El archivo de las evidencias físicas serán responsabilidad del área de gestión de cobro de cartera mientras se hace entrega mensual de la información; una vez la información sea entregada al Oficial de Cumplimiento respecto a su archivo y documentación según lo establecido en el presente manual.

6.5.8. Proceso de compras (Gestión del ambiente físico y tecnología)

- Obtener un debido conocimiento de los proveedores según lo establecido en el presente Manual.
- Para el caso de los proveedores actuales y potenciales de servicios, insumos, medicamentos, equipos y dispositivos médicos, alimentos entre otros, el Jefe del Área de Suministros, debe solicitar la inscripción y registro de proveedores que cumplan con las especificaciones para suministrar los insumos, bienes y servicios al hospital, requiriendo de cada proveedor potencial los documentos legales solicitados en el Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05), estos documentos deben de constituir

Calle 5 No. 6-32, Zarzal – Valle del Cauca, Tel: 2220046 – 2220043 – Ext 104, Ext 221, Urgencias 2221011

www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co – siau@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 02/09/2020
	MANUAL SARLAFT / PADM	TRD:
		PÁGINA: 41 de 57

el expediente u hoja de vida del proveedor y ser conservados en el archivo de gestión del proceso de suministros.

- Cuando se inicien las negociaciones con las diferentes contrapartes o proveedores, con el fin de suscribir un contrato en cualquiera de sus modalidades, se le solicitará el diligenciamiento del Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05) así como todos los documentos adicionales que el hospital estime pertinente y estén contemplados en el Manual de Contratación, este formato y sus soportes serán entregados al área jurídica, dejando constancia de la verificación de los mismos.
- Apoyar las estrategias definidas por el hospital tendiente a actualizar la información de los proveedores, contando con mecanismos que permitan identificar si los bienes o servicios provienen de actividades legales, han sido debidamente nacionalizados, no son productos de contrabando, no sean elementos de venta restringida y si lo son, que tengan las debidas autorizaciones o licencias. Si se tienen dudas sobre el origen de los recursos del proveedor, se debe exigir una declaración del Representante Legal sobre el origen de los recursos.
- En el proceso de adquisición debe realizarse el comparativo de precios de los proveedores de un mismo bien o servicio y tenerse especial diligencia cuando el precio del bien o servicio que ofrece sea notablemente inferior a los precios del mercado.
- Contar con una base de datos de todos sus proveedores que le permita consolidar e identificar alertas tempranas, actuales y potenciales.
- Las personas naturales y jurídicas con las cuales el hospital establezca algún tipo de relación contractual deberán aportar los documentos definidos en la lista de chequeo de contratación. Estos documentos y los formatos de conocimiento del proveedor, deben ser parte integral del contrato.
- Reportar al Oficial de Cumplimiento, las situaciones inusuales que puedan estar relacionadas con LA/FT/FPADM que se presenten en las relaciones con los diferentes proveedores.
- Es importante que el proveedor diligencie esta información con letra impresa (a mano) legible sin errores ni tachaduras y quien lo, solicite deberá hacerle entender el porqué del diligenciamiento del formato.
- Deberá consultar y hacer revisión en las listas vinculantes donde podrán conocer si el proveedor particular natural o jurídica, presentan antecedentes en materia de LA/FT/FPADM, además de suministrar el soporte de revisión y verificación hecha en dichas listas vinculantes restrictivas, establecidas en el presente Manual, y este será el soporte ante cualquier actividad sospechosa, así como evidencia o documento soporte para el Oficial de Cumplimiento como para las entidades de control que lo requieran.
- Tendrá acceso a herramienta tecnológica para consulta de listas restrictivas.
- El archivo de las evidencias físicas serán responsabilidad del área de almacén y compras mientras se hace entrega mensual de la información; una vez la información sea entregada al Oficial de Cumplimiento respecto a su archivo y documentación según lo establecido en el presente manual.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 42 de 57

6.5.9. Procedimiento de atención de requerimientos de entes de control y vigilancia sobre SARLAFT

Los requerimientos que realicen las autoridades de control en materia de LA/FT/FPADM al Hospital, serán remitidos de manera inmediata al Oficial de Cumplimiento, el cual deberá responder a tales requerimientos en los tiempos que interpone la ley.

La atención de estos requerimientos deberá ser oportuna y cumpliendo con la respuesta adecuada y completa según solicitud.

El Oficial de Cumplimiento se podrá apoyar en el funcionario respectivo para la consecución de la información requerida.

El procedimiento establecido por el Hospital para dar respuesta a las solicitudes de información recibidas es el siguiente:

- Consultar en el archivo de expedientes existentes, por si se trata de un requerimiento nuevo o bien es la continuación de un requerimiento o comunicación anterior. En este último caso, se revisará el expediente.
- Con carácter urgente se solicitará al área correspondiente, la documentación e información precisa para dar respuesta al requerimiento.
- El oficial de cumplimiento efectuará la respuesta a la autoridad solicitante dentro del cumplimiento del término otorgado por el órgano de control y a través de los medios que hubiese indicado el mismo.
- El Oficial de Cumplimiento verificará que la información a entregar sea confiable, completa, clara, precisa y se enmarque en el contexto de lo solicitado.
- Se enviará la respuesta para valoración por parte del área jurídica.
- Una vez aprobada la respuesta por el área jurídica, esta es firmada por el Representante Legal para su posterior envío al ente de control y/o UIAF, incluyendo los soportes respectivos.
- El Oficial de cumplimiento procederá a cerrar y archivar el expediente.
- En su informe periódico, el Oficial de Cumplimiento informará a la Junta Directiva, el estado de recepción/envío de respuestas a requerimientos de entes de control y/o UIAF.

7. METODOLOGÍA PARA LAS ETAPAS DEL SARLAFT

La metodología utilizada para la gestión del riesgo está basada en el referente ISO 31000 y comprende las etapas de identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos relacionados con Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva. En primera instancia esta labor es coordinada por el Oficial de Cumplimiento y cuenta con la participación de los líderes de los procesos que se consideren vulnerable a la materialización de dichos riesgos.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 43 de 57

Para la identificación de los riesgos ocurridos o potenciales y sus posibles factores o generadores, el Hospital, ha evaluado su contexto interno y externo, los grupos de interés con los cuales ha iniciado o busca iniciar alguna relación.

A través de la Metodología de Gestión del Riesgo Anexo 2, queda documentado los lineamientos y criterios establecidos para cada una de las etapas que hacen parte de la gestión de Riesgo LA/FT/FPADM basada en la metodología ISO 31000. Los Riesgos LA/FT/FPADM, sus causas, su medición, sus controles se relacionarán en una Matriz de Riesgo Anexo 3 permitiendo visualizar los riesgos asociados a los procesos estratégicos, misionales y de apoyo.

7.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO

La etapa de identificación de riesgos permite reconocer, explorar exhaustivamente y documentar los riesgos inherentes de LA/FT/FPADM en el desarrollo de su actividad, teniendo en cuenta los factores de riesgo y señales de alerta.

Esta identificación se debe realizar durante el desarrollo o modificación de un nuevo 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

En aras del cumplimiento del SARLAFT, el Hospital tendrá en cuenta como factores de riesgo: los clientes y demás contrapartes, los productos y servicios, los canales de distribución y las jurisdicciones.

La metodología para identificación de los riesgos LA/FT/FPADM se hace basados en el análisis interno recogiendo información concerniente al análisis de tipologías y señales de alerta, documentos expedidos por unidades de análisis financiero y documentos o recomendaciones internacionales sobre prevención de LA/FT/FPADM, lista de posibles eventos de riesgos asociados a LA/FT/FPADM, informes de Auditoría Interna, informes de Revisoría Fiscal, requerimientos de órganos de control, normatividad, circulares y conceptos emitidos por órganos de control y vigilancia, conocimiento de expertos, organismos nacionales e internacionales como GAFI, GAFISUD, Grupo Egmont, etc.

Luego de identificar los eventos, se relacionarán las causas y circunstancias que puedan dar origen a la materialización del riesgo. Una vez definidos los riesgos y las causas se relacionan a cada riesgo, los riesgos asociados que pueden materializarse, a saber: operativo, legal, reputacional y de contagio.

Como resultado de esta etapa, la entidad contará con un inventario completo de sus eventos de riesgo LA/FT/FPADM. Cada evento de riesgo estará relacionado con el segmento y el riesgo asociado.

La etapa de Identificación de Riesgo para el Hospital consta de:

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 44 de 57

Segmentación: La identificación de los riesgos del SARLAFT parte de la segmentación de los factores de riesgos, ver numeral 8 de este manual.

Identificación de riesgos generales: Esta fase tiene como objetivo identificar los riesgos y un conjunto de eventos de manera ordenada y sistemática, que puedan dar origen a eventos de lavado de activos, financiación del terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de destrucción Masiva.

7.2. MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DEL RIESGO

En esta etapa se mide la posibilidad o probabilidad de ocurrencia (frecuencia) del riesgo inherente de LA/FT/FPADM, frente a cada uno de los factores de riesgo, así como el impacto (severidad) en caso de materializarse mediante los riesgos asociados.

Para facilitar la calificación y evaluación de los riesgos se presenta una matriz que contempla un análisis cualitativo y cuantitativo según lineamiento de la política de gestión integral de riesgos de la institución.

En esta etapa se desarrolla una valoración cualitativa de los riesgos identificados sin tener en cuenta las acciones de tratamiento diseñados para el proceso, para lo cual se establecen criterios de medición de la probabilidad e Impacto, los cuales son seleccionados de acuerdo con la experiencia de los líderes de proceso y bajo la orientación del Oficial de Cumplimiento.

7.3. CONTROLES

En esta etapa se adoptan las medidas conducentes a reducir el riesgo inherente de LA/FT/FPADM al que se ve expuesta la entidad, en relación con sus riesgos asociados y a los factores de riesgo, a través del establecimiento de políticas, procesos, y procedimientos tendientes a mitigar el riesgo y mediante el uso de herramientas y metodologías para la detección de operaciones inusuales o sospechosas con el fin de determinar el riesgo residual de LA/FT/FPADM.

Los controles serán políticas, procedimientos y actividades que deban garantizar que las directrices de la dirección del Hospital se lleven a cabo y que se administran con el fin de alcanzar los objetivos. El control se debe convertir en la disminución de la ocurrencia del riesgo de LA/FT/FPADM, en caso de materializarse. Los controles siempre se deben aplicar en los respectivos procedimientos con el fin de mitigar el riesgo.

Periódicamente se debe realizar una evaluación de los controles actuales, estableciendo su contribución a la disminución del riesgo, con un uso adecuado de los recursos (eficiencia) con base en la utilización y reducción del riesgo, en caso contrario deben ser eliminados, reemplazados por otros y/o modificados.

Los controles que se implementen como nuevos deben contribuir a la detección y/o reducción de los riesgos, y deben ser: suficientes, comprensibles, económicos, eficaces, eficientes, efectivos, oportunos y estar inmersos en los procesos.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 45 de 57

Aplicados los controles a las causas de cada uno de los riesgos identificados, el Hospital obtendrá el perfil de Riesgo Residual, el cual, a su vez, deberá estar acorde con el apetito de riesgo que haya definido la Junta Directiva, que tratándose de LA/FT/FPADM y dando cumplimiento a la Política de prevención y control, el riesgo residual no deberá ubicarse en zonas de severidad Alta o Extrema.

7.4. SEGUIMIENTO Y MONITOREO:

Esta etapa permite al Hospital hacer seguimiento al perfil de riesgo y, en general al SARLAFT, así como llevar a cabo la detección de operaciones inusuales o sospechosas, con el propósito de detectar y corregir oportunamente deficiencias del sistema, todo esto mediante el seguimiento a la evolución del perfil de riesgo y la eficiencia de los controles implementados.

El Oficial de Cumplimiento se encarga de realizar un seguimiento periódico y efectivo de las metodologías y procedimientos establecidos en el Sistema de Administración del Riesgo de LA/FT/FPADM que facilite la rápida detección y corrección de las deficiencias en el mismo, mediante el uso de auditorías y/o herramientas tecnológicas.

El Oficial de Cumplimiento en coordinación con el líder de cada proceso, revisará que los controles estén funcionando en forma efectiva, oportuna y eficiente y que estén mitigando los riesgos identificados. Al final se asegurará que los riesgos se encuentren en los niveles de aceptación establecidos por el Hospital.

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

El Oficial de Cumplimiento es el responsable de realizar el seguimiento y monitoreo del sistema y se realizará con una periodicidad semestral y adicionalmente se deberá documentar los resultados y presentarse al representante legal y a la Junta Directiva.

8. SEGMENTACIÓN

La segmentación es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de los factores de riesgo en grupos homogéneos que deben tratarse de forma diferente para efectos de la gestión de riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva (LA/FT/FPADM). La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características.

La segmentación debe procurar la homogeneidad al interior de cada uno de los segmentos identificados y heterogeneidad entre ellos. El objetivo de realizar la Segmentación es el de aplicar estrategias de seguimiento diferenciadas para las contrapartes según la combinación de cada factor de riesgo LA/FT/FPADM y otras variables.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 46 de 57

La segmentación nos permite enfocarnos en aquellos segmentos cuyo perfil de riesgo sea más alto. De esta forma se realiza un monitoreo especial a aquellas contrapartes que por sus características se clasifiquen con una probabilidad más alta respecto al riesgo de LA/FT/FPADM.

El Hospital realizará la segmentación de acuerdo con sus factores de riesgo identificados, con el propósito de identificar los riesgos de LA/FT/FPADM a que se expone cada factor. La **Metodología de Segmentación** podrá ser consultada en el Anexo 4 de este documento y el **Modelo de segmentación de los factores de riesgo** Anexo 5.

9. METODOLOGÍA DE GESTIÓN DE OPERACIONES INUSUALES Y REPORTE DE INFORMACIÓN.

El adecuado conocimiento de las contrapartes, permitirá identificar eventuales operaciones inusuales que puedan concluir en operaciones sospechosas, el hospital debe tener en cuenta las tipologías y señales de alerta descritas por la UIAF y los grupos internacionales (GAFI, GAFILAT, entre otros).

9.1. SEÑALES DE ALERTA DEL SARLAFT

Las señales de alerta son hechos, situaciones, eventos, cuantías o indicadores a partir de los cuales se puede inferir la posible existencia de un hecho o situación que escapa al giro ordinario de las operaciones normales. Son aquellas situaciones que al ser analizadas se salen de los comportamientos particulares de los clientes o del mercado, considerándose atípicas y que, por tanto, requieren mayor análisis para determinar si existe una posible operación de lavado de activos o financiación del terrorismo. Lo que hace una señal de alerta es facilitar el reconocimiento de una posible operación de lavado de activos o financiación del terrorismo. A este respecto, es importante mencionar que no todas las operaciones que presentan comportamientos atípicos e inusuales son efectuadas por organizaciones criminales, por lo cual, la identificación señales de alerta no es motivo suficiente para generar un reporte inmediato a la UIAF.

La responsabilidad de identificar y verificar las "Señales de Alerta" recae en primera instancia sobre los funcionarios que controlan las operaciones normales en el Hospital y sobre aquellos que tienen contacto permanente con las contrapartes. Lo anterior no pretende liberar de responsabilidad a los demás miembros de la institución, que deben estar igualmente capacitados para reconocer las señales de alerta. Para facilitar la detección de operaciones inusuales o sospechosas, a continuación, se detalla una lista de alertas que pueden dar lugar a sospecha sobre la existencia de actividades ilícitas que pueden estar asociadas al LA/FT/FPADM.

Cuando un funcionario encuentre una de las siguientes alertas, deberá informar el hecho al Oficial de Cumplimiento:

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 47 de 57

Operaciones Realizadas por Proveedores, Clientes o Contrapartes:

- Clientes, proveedores, funcionarios, usuarios o contrapartes que rehúsan suministrar información o no es posible verificarla.
- Información que no ha sido actualizada o una vez actualizada no pueda confirmarse, constituye una señal de alarma.
- Clientes o proveedores con actividad económica indeterminada y renuente a especificar su fuente de ingresos.
- Indicar una dirección diferente a la declarada inicialmente en el formulario de vinculación o de actualización.
- Los Estados Financieros presentados por el proveedor, contratista o cliente difiere de aquella que corresponde a negocios similares.
- Personas naturales o jurídicas que fraccionan transacciones para evitar requerimientos de documentación y/o presentación de declaración de operaciones en efectivo.
- Definen su actividad económica como “independiente” y manejan grandes cantidades de dinero.
- Con relación a las organizaciones sin fines de lucro, tales como las asociaciones, fundaciones, ONG, entre otras, operaciones no parecen tener un propósito económico lógico o no parece existir un vínculo entre la actividad declarada por la organización y las demás partes que participan en la transacción.
- Suministro de información insuficiente o falsa, o el cliente, proveedor o contraparte rehúsa suministrar la información mínima requerida para la celebración del contrato.
- Utilización frecuente de intermediarios para realizar operaciones comerciales o financieras.
- Empresas que realizan grandes inversiones no obstante haber sido creadas muy recientemente.
- Que se tenga conocimiento por los medios de difusión pública u otro medio, que un cliente está siendo investigado o procesado por el delito de lavado de activos o delito de financiación del terrorismo y/o delitos conexos.
- Que el proveedor realice importación de equipos biomédicos, insumos médicos o medicamentos de países considerados en alto riesgo de lavado de activos o no cooperantes con el GAFI.

Operaciones Realizadas por Usuarios:

- Usuarios que realicen a menudo solicitud de devolución de recursos y por altas sumas por concepto de depósitos de servicios de salud.
- Usuarios que diligencian los formularios o formatos con letra ilegible o amañada.
- Usuarios que realicen múltiples depósitos en un mismo mes y soliciten devoluciones al Hospital.
- Usuarios que realicen depósitos en altas sumas de dinero en la caja del Hospital por

Calle 5 No. 6-32, Zarzal – Valle del Cauca, Tel: 2220046 – 2220043 – Ext 104, Ext 221, Urgencias 2221011

www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co – siau@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 48 de 57

concepto de prestación de servicios con el ánimo de solicitar devoluciones de dinero en el futuro.

- Pagos en efectivo realizados por particulares para realizar procedimientos estéticos de alto costo.

Operaciones Realizadas por Funcionarios:

- Funcionarios que tramitan frecuentemente operaciones con excepciones, evaden los controles internos o de aprobación establecidos.
- Funcionarios que tienen un estilo de vida que no corresponde con el monto de su salario.
- Funcionarios tiene reuniones o insiste en tener reuniones con clientes el Hospital en un lugar distinto al de las sedes o fuera del horario laboral, sin justificación alguna.
- El trabajador presenta ausencias frecuentes e injustificadas.
- Funcionarios que sean renuentes a disfrutar vacaciones, a aceptar cambios de su actividad o promociones que impliquen no continuar ejecutando las mismas actividades.
- Se comprueba que el trabajador no ha comunicado o ha ocultado al oficial de cumplimiento información relativa al cambio en el comportamiento de algún cliente, proveedor, usuario o contraparte.

9.2. PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR Y GESTIONAR OPERACIONES INUSUALES

Serán operaciones inusuales aquellas cuya cuantía o características no guardan relación con la actividad económica de las personas naturales o jurídicas con las cuales el Hospital ha formalizado alguna relación contractual, comercial o de cualquier naturaleza que, por su número, por las cantidades transadas o por sus características particulares, se salen de los parámetros habituales de su capacidad de contratación.

Las operaciones inusuales pueden ser identificadas por los funcionarios en el desarrollo de sus funciones habituales y/o por el Oficial de Cumplimiento mediante el monitoreo de las señales de alerta. Por lo tanto, las señales de alerta, operaciones inusuales u operaciones intentadas pueden ser identificadas en los siguientes procesos:

- Vinculación de contrapartes
- Validación en listas de control o hallazgos en prensa negativa.
- Por un proceso de auditoría interna o externa
- Por reporte de un funcionario o contratista por prestación de servicios.
- Actualización de la información de contrapartes
- Por requerimiento de autoridad competente.
- Por información suministrada por agentes externos a través de los canales de denuncia dispuesto por la institución.

Cuando el responsable del proceso o funcionarios detecten una señal de alerta u operación inusual deben realizar el reporte inmediatamente al Oficial de Cumplimiento, a través de la

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 49 de 57

cuenta de correo electrónico, y utilizando el formato diseñado **“FORMATO DE REPORTE DE OPERACIONES INUSUALES, INTENTADAS Y SOSPECHOSAS”** Anexo 6, adjuntando toda la información relevante y pruebas documentales que soporten la señal de alerta u operación inusual. De acuerdo a la gestión que adelante el Oficial de Cumplimiento, de considerarlo necesario, dejará constancia de la gestión y los planes de acción a tomar.

Identificación de operaciones inusuales o señales de alerta

- Anualmente el Oficial de Cumplimiento verifica las alertas generadas mediante el proceso ejecutado sobre las operaciones de sus contrapartes a través de herramientas tecnológicas, modelos estadísticos y minería de datos (segmentación). Estas alertas se generan conforme a la parametrización efectuada previamente de acuerdo a las señales de alerta que se pretenden evaluar.
- Verificación de la existencia de pagos en efectivo, fraccionados en efectivo y cuáles son los montos que pueden constituir alertas para la institución, con el fin de determinar posibles operaciones inusuales.
- Cuando la operación inusual o señal de alerta es detectada por la parte asistencial, convenios, caja u otras áreas de la entidad, el funcionario que detectó la operación inusual, deberá informarla al Oficial de Cumplimiento mediante correo electrónico o de forma verbal para ser evaluada posteriormente, quien determinará si las operaciones revisten o no el carácter de sospechosas o si tienen justificación donde se considerará solo como inusual y quedará documentada y archivada.
- Cuando se presenten situaciones en las que el Hospital deba realizar devolución de dineros, sin una justificación clara, deberá notificársele al Oficial de Cumplimiento.

Siempre que se presente uno de los casos mencionados, el Oficial de Cumplimiento da inicio a la evaluación y continúa con lo enumerado en este procedimiento.

Evaluación de la Alerta u Operación Inusual

Después de identificada una señal de alerta u operación inusual de la contraparte o funcionario, es necesario cumplir con un mínimo de actividades que permitan determinar si la actividad tiene además el carácter de sospechosa o por el contrario está debidamente justificada por la misma contraparte o funcionario.

Una vez que cuenta con todas las operaciones inusuales identificadas, el Oficial de Cumplimiento procede a revisar cada una de estas operaciones frente a la información que reposa del comportamiento de la contraparte en la institución, tales como: última actualización de datos, tipo de actividad económica, procedimientos realizados en el hospital, históricos de la contraparte, soportes de pagos o procedimientos realizados de los últimos seis meses o un mayor tiempo si se requiere y demás información que sirva para establecer si la operación genera un ROS.

En caso de no encontrar información suficiente para darle gestión a la operación inusual, el Oficial de Cumplimiento solicitará al encargado de la administración de la contraparte la

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 50 de 57

justificación de las operaciones que generaron la alerta y de acuerdo al monto y nivel de riesgo de la contraparte, solicita soportes de la operación.

El Oficial de cumplimiento llevará a cabo el análisis la información que repose de la contraparte, buscando determinar la coherencia de su situación actual versus el comportamiento en la entidad. Así como la consistencia de la actividad económica u ocupación con el tipo de operaciones que va a realizar o que realizó la contraparte, además revisará sus antecedentes a través de la consulta en listas vinculantes e informativas.

Una vez culminado el análisis, el Oficial de Cumplimiento elabora el informe escrito junto con los soportes de dicho análisis y determina si la operación está debidamente justificada, caso en el cual se procede a su cierre y archivo, en caso contrario recomendará el procedimiento a seguir, ya sea la inactivación, seguimiento o desvinculación de la contraparte.

Una vez determinadas las operaciones sospechosas, el Oficial de Cumplimiento procede a realizar el respectivo reporte a la UIAF a través del aplicativo SIREL y de acuerdo al anexo técnico establecido por dicha entidad

9.3. REPORTES INTERNOS Y EXTERNOS

La gestión de las operaciones inusuales o sospechosas, se llevará a cabo a través de reportes internos o externos.

El Oficial de Cumplimiento será el encargado de realizar los reportes mensuales de acuerdo a la información suministrada por los responsables de los procesos y encargados de hacer la debida diligencia en la supervisión, control y reporte de los que ellos consideren o hayan identificado como Operación Sospechosa o Ausencia de Reporte. Esta operación se realiza vía internet ingresando a la página de la UIAF, en la plataforma SIREL para ello debe contar con un usuario y una contraseña asignada directamente por la Unidad de Información y Análisis Financiero.

9.3.1. Reportes internos

Son aquellos que se manejan al interior de la entidad y están dirigidos al oficial de cumplimiento y pueden ser efectuados por cualquier funcionario o miembro del hospital que tenga conocimiento de una posible operación intentada, inusual o sospechosa.

Con el fin de facilitar el contacto y reporte hacia el oficial de cumplimiento, se creó un formato denominado **“FORMATO DE REPORTE DE OPERACIONES INUSUALES, INTENTADAS Y SOSPECHOSAS”**, a fin de que el funcionario que identifique cualquiera de estos hechos lo remita al Oficial de Cumplimiento de manera inmediata, quien deberá analizar la información reportada y concluir si amerita o no un reporte de ROS ante la UIAF. Este reporte deberá ser remitido al correo electrónico del Oficial de cumplimiento, en caso de tener documentación que respalde la información suministrada en el reporte deberá anexarse.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 51 de 57

Aspectos a tener en cuenta para el reporte de operaciones inusuales:

- Realizar una descripción de los hechos, de manera organizada, clara y completa, indicando (donde aplique) la forma en que se relacionan personas, servicios prestados y demás agentes de la operación inusual.
- Tener en cuenta en la medida de lo posible un ordenamiento cronológico de los eventos y la participación de cada persona, si esto ayuda al entendimiento de estos.
- Mencionar las características de la operación o situación por las cuales se considera como inusual.
- Si se recibió alguna declaración, explicación, justificación u otro, que los implicados hayan dado y que se relacionen con la operación o situación inusual, mencionarla e indicar la forma en que se hizo (escrita, verbal, a partir de un requerimiento formal de la empresa, otros) y se allegó los soportes correspondientes a la operación o situación.
- Precisar si se solicitó a la contraparte actualización de datos o aclaración sobre los hechos respectivos, e indicar la forma en que se hizo (escrita, verbal, a partir de un requerimiento formal de la empresa, otros).
- Enviar el reporte con la documentación soporte que considere necesaria al Oficial de Cumplimiento a través de correo electrónico.

9.3.2. Reportes Externos

Los reportes externos son los que deben ser remitidos a la UIAF y Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a los procesos y procedimientos establecidos por el hospital. Los reportes que se deben realizar son los siguientes:

- Reporte de Operaciones Sospechosas (ROS)
- Reporte de Ausencia de Operaciones Sospechosas
- Reporte de Transacciones Individuales en Efectivo
- Reporte de Transacciones Múltiples en Efectivo
- Reporte de Ausencia de Transacciones en Efectivo

Reporte de operaciones Intentadas y Operaciones Sospechosas (Reporte de ROS): Una operación intentada o sospechosa debe reportarse de manera inmediata por parte del Hospital como ROS a la UIAF, una vez el Hospital catalogue la operación como intentada o sospechosa de acuerdo al análisis y verificación de soportes realizada por el oficial de cumplimiento.

Para el reporte, no se necesita que el Hospital tenga certeza de que se trata de una actividad delictiva, ni 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 definidos en la Circular Externa 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y/o en el presente manual,

El envío del Reporte de Operación Sospechosa a la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF no constituye denuncia ni genera ningún tipo de responsabilidad para el

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 52 de 57

Hospital ni para las personas que hayan participado en su detección o en su reporte de conformidad con el artículo 42 de la Ley 190 de 1995.

Ningún funcionario del Hospital podrá dar a conocer que se ha efectuado el reporte de una operación sospechosa a la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF

Reporte de ausencia de Operaciones Intentadas y Operaciones Sospechosas (Reporte de ausencia de ROS): Si durante el mes no se registraron ROS se debe reportar a la UIAF que no se realizaron reportes de operaciones sospechosas. Estos reportes se deben realizar dentro de los diez (10) primeros días calendario.

Reporte de Transacciones Individuales en Efectivo: Se debe reportar mensualmente a la UIAF dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente, todas las transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por parte de una misma persona natural o jurídica, por un valor igual o superior a cinco millones de pesos M/CTE (**\$ 5.000.000**) y/o su equivalente en otras monedas.

Reporte de Transacciones Múltiples en Efectivo: Se debe reportar mensualmente a la UIAF dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente, todas las transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior, que en su conjunto iguale o supere la cuantía de veinticinco millones de pesos (**\$25.000.000**) M/CTE y/o su equivalente en otras monedas durante el mes objeto de reporte.

Reporte de ausencia de Transacciones en Efectivo: Se debe realizar el reporte a la UIAF dentro de los diez (10) la ausencia de transacciones en efectivo bien sea individuales o múltiples en la institución durante el mes inmediatamente anterior.

Reportes a la Superintendencia Nacional de Salud:

Será objeto de aviso y actualización ante la Superintendencia Nacional de Salud los datos relativos al Oficial de Cumplimiento, cada vez que sucedan cambios. Para ello, deberá indicarse 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.

10. DOCUMENTACION

Conservación de documentos y registros

Las personas autorizadas para consultar la documentación relativa a las etapas y elementos del SARLAFT serán las siguientes:

- Gerencia General
- Oficial de Cumplimiento

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 53 de 57

- Funcionarios del equipo SARLAFT, si la carga operativa obliga a la creación de un equipo para atender las funciones de LA/FT/FPADM.
- Miembros de la Junta Directiva en lo relativo a los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento y los órganos de control internos y externos.
- La revisoría fiscal y/o oficina de control interno en lo que respecta a las revisiones y seguimiento que deben adelantar al SARLAFT.

El Oficial de Cumplimiento es quien consolida y coordina la conservación del archivo de la información acorde con las políticas definidas en el presente Manual, y la Ley General de Archivo Ley 594 de 2000 y decretos 2578 de 2012, 2609 de 2012, 2693 de 2012 y 1515 de 2013.

La conservación de los documentos que soportan la decisión de determinar una operación como sospechosa, así como los informes coordinada por el Oficial de Cumplimiento de manera centralizada, secuencial y cronológica con las debidas seguridades, junto con el respectivo reporte a la UIAF, con el propósito de hacerlos llegar en forma completa y oportuna a las autoridades cuando estas lo soliciten.

La documentación entregada por los clientes/usuarios, contratistas, funcionarios, proveedores y demás, es conservada en medio físico y magnético en los archivos de gestión y archivo central, conforme a lo establecido en los tiempos de retención de las Tablas de Retención Documental.

Tanto las políticas, como el Manual SARLAFT, bases de datos de clientes y/o usuarios, los requisitos del oficial de cumplimiento y demás información, documentación y lineamientos que estén establecidos en las Circulares Externas 000009 del 21 de abril de 2016 y 00000005-5 del 17 septiembre de 2021, deben estar a disposición de los organismos que nos vigilan para ser revisados y validar que cumplan con la normatividad vigente, entre ellos están:

- Las actas, donde consta la aprobación de las políticas del SARLAFT, así como las actas correspondientes a la aprobación de los ajustes o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.
- Las políticas de SARLAFT
- El manual, procedimientos, instructivos que contienen los lineamientos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas y procedimientos aprobados del SARLAFT.
- Los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento a la Junta Directiva y/o Administradores y las actas emitidas por la Junta Directiva donde consta dicha presentación y lo promulgado por parte del órgano de dirección.
- Los informes presentados por el Revisor Fiscal y Control Interno sobre el funcionamiento del SARLAFT.
- Las constancias de envío de los reportes de operaciones sospechosas - ROS remitidos a la UIAF, y demás reportes solicitados por esta Unidad.
- El material que soporte las capacitaciones impartidas al personal del Hospital relacionado

Calle 5 No. 6-32, Zarzal – Valle del Cauca, Tel: 2220046 – 2220043 – Ext 104, Ext 221, Urgencias 2221011

www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co – siau@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 54 de 57

con el SARLAFT.

11. DIVULGACION Y SOCIALIZACION DE LA INFORMACION

La Administración velará por el cumplimiento de las políticas y disposiciones aquí contenidas, implementando herramientas que permitan informar a todos los grupos de interés, especialmente a todos los funcionarios del Hospital, todo lo relacionado con el Sistema de administración del riesgo de Lavado de Activos, Financiación del terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de armas de destrucción masiva.

Socialización Interna

- El Oficial de Cumplimiento del hospital, dará a conocer las políticas de LA/FT/FPADM a nivel interno, a través de los jefes de área y líderes de los procesos.
- Se establece que cada líder de área o proceso será el responsable de la comunicación interna a su grupo de trabajo acerca de la política de administración de los riesgos asociados a LA/FT/FPADM, así mismo esta debe ser considerada en los procesos de inducción y capacitación de nuevos funcionarios.
- Procurar la toma de conciencia acerca de la administración de riesgos asociados a LA/FT/FPADM, a través de capacitaciones y sensibilización a todo el personal.

El Oficial de Cumplimiento y el área de Talento Humano, deberán incluir en el Plan Anual de Capacitación, la capacitación de las políticas del SARLAFT con las siguientes características:

- Tener una periodicidad anual
- Ser brindado a todo el personal del Hospital
- Ser impartido en los procesos de inducción a los nuevos funcionarios
- Los contenidos deben divulgar el conocimiento, los procedimientos y mecanismos y su forma de aplicación y también deben buscar la concientización de los funcionarios.
- Contar con mecanismos de evaluación de la capacitación.

Socialización externa

El Oficial de Cumplimiento debe comunicar las políticas de LA/FT/FPADM a todos los clientes, proveedores y cualquier otra persona que tenga vínculos contractuales con el hospital a través de la página web de la entidad.

12. SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO DEL SARLAFT

Todos los Funcionarios (servidores públicos) y contratistas del Hospital, tienen como deber contribuir en la lucha contra el LA/FT/FPADM, por lo tanto, mientras exista algún tipo de relación con el Hospital están obligados a dar estricto cumplimiento a las disposiciones legales que rijan la materia y aquellas internas que se encuentren vigentes en los reglamentos, circulares, manuales, código de conducta, contratos de trabajo, entre otros documentos, a

Calle 5 No. 6-32, Zarzal – Valle del Cauca, Tel: 2220046 – 2220043 – Ext 104, Ext 221, Urgencias 2221011

www.hospitalsanrafaelzarzal.gov.co
gerencia@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co – siau@hospitalsanrafaelzarzal.gov.co

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 55 de 57

efectos de prevenir, detectar, administrar y controlar el ya mencionado riesgo de LA/FT/FPADM,

En el Código Único Disciplinario, Ley 734 de 2002 en su artículo 48 numeral 1°, está tipificado que el servidor público que cometa un delito penal con ocasión de su cargo, puede incurrir en una falta disciplinaria gravísima, que podría generarle la destitución del cargo sin perjuicio de las acciones administrativas, penales y civiles que las autoridades puedan iniciar.

Es deber de todo servidor público denunciar o poner en conocimiento de las autoridades competentes la ocurrencia de un hecho ilícito.

Acorde con lo anterior, los servidores públicos que incurran en conductas de incumplimiento o violación a obligaciones y/o prohibiciones contenidas en los documentos mencionados podrán ser investigados y sancionados. El procedimiento para aplicar sanciones esta descrito en la Ley 734 de 2002.

Causales de terminación unilateral o terminación anticipada de contratos

La Entidad se reserva la facultad de dar por terminado el contrato antes de la fecha pactada, previa notificación escrita a la otra parte, con diez (10) días corridos de anticipación a la fecha en que desea terminarlo; sin pago de indemnización alguna, en el evento de que el Contratista o su representante legal y/o alguno de sus accionistas y/o gerentes y/o directivos, resulte formalmente incluido en la orden ejecutiva N°. 12.978 Specially Designated Narcotics Traffickers, SDNT, conocida en Colombia como “Lista Clinton”, emitida por la (Office of Foreign Assets Control (OFAC), o sea formalmente acusado ante un juez por narcotráfico, lavado de activos, terrorismo o tráfico de armas, en los términos indicados por el Acta Patriota (Patriot Act), o sea incluido en el Boletín de responsables fiscales expedido por la Contraloría General de la Republica y las demás leyes norteamericanas y colombianas.

Sin perjuicio de lo anterior, si un funcionario del Hospital, infringe la ley 599 de 2000 – NUEVO CODIGO PENAL, actualizado con la Ley 1121 de 2006, reformada por las leyes 733 y 747 de 2002, tipifica el delito de lavado de activos en los artículos 323 a 327, se sujetará a las sanciones penales que de su incumplimiento se deriven.

13. CAPACITACIÓN

El Hospital tendrá como principal instrumento de comunicación del Sistema de Administración del Riesgo de LA/FT/FPADM al interior de la entidad un plan de capacitación, el cual debe cumplir con las siguientes condiciones:

1. Tendrá una periodicidad anual.
2. Quedará por escrito tanto el plan como los registros de capacitación.
3. Será ejecutado en los procesos de inducción de nuevos funcionarios o contratistas y terceros que desarrollen actividades con impacto y riesgo alto para la organización.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
	MANUAL SARLAFT / PADM	FECHA: 02/09/2020
		TRD: PÁGINA: 56 de 57

4. Quedará el registro de los asistentes.
5. Será revisada y actualizada dependiendo de los ajustes y cambios en las normas legales vigentes.
6. Tendrá mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos, con el fin de determinar la eficacia de los programas y el entendimiento de los objetivos propuestos.
7. Tendrá definido un alcance, los medios que se emplearán para ejecutarlo y los procedimientos de evaluación.

14. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

Actualmente el Hospital cuenta con los siguientes desarrollos tecnológicos o aplicaciones que contribuyen al funcionamiento del SARLAFT:

- a. Desarrollo tecnológico para el funcionamiento del canal de denuncias habilitado a través de la página Web, permitiendo que tanto funcionarios como partes interesadas puedan poner en conocimiento hechos relacionados con lavado de activos, financiación del terrorismo y/o financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.
- b. Herramienta de consulta individual y masiva de listas vinculantes e informativas (OFAC, ONU y otras listas de riesgo ofrecidas en fuentes abiertas de información).
- c. Sistema de información contable-financiera que le permite tener información financiera relacionada con las operaciones llevadas a cabo con sus contrapartes (prestación de servicios, compras, recaudos, pagos, facturación).

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Anexo 1. Formato Único de Conocimiento – SARLAFT (Código: DE-GG-FO-05)
- Anexo 2. Metodología de Gestión de Riesgos.
- Anexo 3. Matriz de Riesgos.
- Anexo 4. Metodología de Segmentación de Expertos.
- Anexo 5. Modelo de segmentación
- Anexo 6. Formato de reporte de operaciones inusuales, intentadas y sospechosas

16. BIBLIOGRAFÍA:

- Circular Externa (CE) 09 de 2016 “Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo” (SARLAFT) - Circular de la Superintendencia Nacional de Salud, expedida 21 de abril de 2016.
- Circular Externa (CE) 20211700000005-5 DE 2021 “Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción; opacidad y fraude (SICOF) y modificaciones a las circulares externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de Calle 5 No. 6-32, Zarzal – Valle del Cauca, Tel: 2220046 – 2220043 – Ext 104, Ext 221, Urgencias 2221011

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE ZARZAL E.S.E. VALLE DEL CAUCA NIT: 891900441-1	CÓDIGO: DE-SA-MA-01
		VERSIÓN: 01
		FECHA: 02/09/2020
	MANUAL SARLAFT / PADM	TRD:
		PÁGINA: 57 de 57

2018”

- Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ABECÉ CIRCULAR EXTERNA 09 DE 2016 – IMPLEMENTACIÓN DEL SARLAFT- 2016. <https://www.uiaf.gov.co>
- Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF). Documentos UIAF “Lo que debe saber sobre el lavado de activos y la financiación del terrorismo”- Segunda edición 2014. <https://www.uiaf.gov.co>.
- Código Penal Ley 599 de 2000 Artículo 323
- GAFILAT. (2018) las recomendaciones de la GAFI. FATF.
- UIAF. (2019) Guía de normatividad ALA/CFT. Bogotá Min hacienda.