

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

**ACUERDO NÚMERO 23
(DICIEMBRE 27de 2024)**

**POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA EL MANUAL DEL SUBSISTEMA DE
ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE – SICOF-
de la E.S.E. HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA**

**LA JUNTA DIRECTIVA DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTA MONICA DE
DOSQUEBRADAS RISARALDA** en uso de sus facultades legales en especial las
conferidas por el artículo 15 numeral 24 del estatuto básico de la ESE y numeral 5.2.3.5.1
de la circular externa numero 20211700000005-5 de 2021 proferida por la
Superintendencia Nacional de Salud y,

CONSIDERANDO

1. Que La ESE HOSPITAL SANTA MONICA tiene como objetivo fortalecer los mecanismos de prevención de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública, el Estado colombiano expidió la Ley 1474 de 2011 "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública."
2. Que la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 expresa "que El artículo 36 de la Ley 1122 de 2007 establece el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud. Dentro de la función de inspección, según el artículo 35 de la misma Ley, se encuentran las acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del precitado sistema, que implican la solicitud, confirmación y análisis puntual de la información financiera, técnica científica, administrativa y económica que se requiera de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, entre las que se encuentran, según el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos. Por su lado, el numeral 2 del artículo 7 del Decreto 1080 de 2021, establece como función de la Superintendencia Nacional de Salud la de: Emitir instrucciones a los sujetos vigilados sobre el cumplimiento de las disposiciones normativas que regulan su actividad, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación."

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

3. Que Teniendo en cuenta la importancia de evitar cualquier acto de Corrupción, Opacidad o Fraude al interior de las organizaciones vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, se ha provisto un marco legal y técnico tanto Nacional como Internacional tendiente a evitar la acumulación de tales conductas, en el que se encuentran normas, estándares y lineamientos.
4. Que la Gerencia y la Junta Directiva de la ESE HOSPITAL SANTA MONICA, a través del presente manual confirman su compromiso de luchar contra la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, y a su vez convocar todos los colaboradores a seguir con los lineamientos, teniendo como referente los principios y valores éticos, en el relacionamiento de la ESE HOSPITAL SANTA MONICA, con sus usuarios, proveedores, entidades del sector salud y otros.
5. Que todos los servidores públicos y colaboradores de La ESE HOSPITAL SANTA MONICA deben conocer, identificar y asegurar el cumplimiento de los principios y valores institucionales que se establecen en el presente documento, los cuales definen el marco de gestión de ESE HOSPITAL SANTA MONICA, permitiendo la toma de decisiones y actuaciones contribuyan al cumplimiento de la misión, visión y objetivos de La ESE HOSPITAL SANTA MONICA.
6. Que los principios del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, constituyen los fundamentos y condiciones indispensables y básicas que garantizan su efectividad de acuerdo con la naturaleza de las operaciones autorizadas, funciones y características propias y se aplican para cada uno de los aspectos que se tratan en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021. En consecuencia, las entidades, en el diseño e Implementación o revisión o ajustes del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF, deben documentarlos con los soportes pertinentes y tenerlos a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud.
7. Que, con la implementación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude SICOF en La ESE HOSPITAL SANTA MONICA desarrollará y ejecutará una cultura de la lucha contra la corrupción la Opacidad y el Fraude en todas las áreas de la Institución tanto a nivel administrativo, de apoyo y asistencial.
8. "Que de conformidad con lo establecido en los numerales 11 y 12 del artículo 131 de la ley 1438 de 2011 y la ley 1949 de 2019 la inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en la circular Externa 20211700000005-5 de 2021 dará lugar a la imposición de multas hasta de 8000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) a

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

entidades que se encuentren dentro del ámbito de la vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, así como a título personal hasta 2000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, revisores fiscales, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos sector salud, o la revocatoria del certificado de habilitación de las entidades vigiladas si a ello hubiere lugar sin perjuicio de las acciones que le correspondan a otras autoridades competentes y demás facultades sancionatorias que la Superintendencia Nacional de Salud tiene bajo el ámbito normativo”

9. Que según lo establecido en el numeral 5.2.3.5.1 de la circular externa numero 20211700000005-5 de 2021 le asignan responsabilidades a la Junta Directiva como:

- Establecer las políticas y lineamientos para la prevención y control de SICOF que harán parte del subsistema
- Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones

En mérito de lo expuesto

ACUERDA:

ARTÍCULO 1: Establecer en el presente manual las políticas y lineamientos para la prevención y control del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude -SICOF en La ESE HOSPITAL SANTA MONICA, en concordancia con las directrices establecidas en la circular Externa 20211700000005-5 de 2021.

CAPITULO 1

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 2: INTRODUCCION

La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA como entidad de

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

mediana complejidad y como entidad descentralizada del orden departamental, Ubicada en el Municipio de Dosquebradas y con zona de influencia los municipios de Santa Rosa de Cabal y Marsella, y debidamente inspeccionada, vigilada y controlada por la Superintendencia Nacional de Salud hace parte del grupo de instituciones que a la luz de la Circular No. 009 de 2016 y Circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021, conscientes de la importancia de proteger la entidad en toda su estructura se adopte un Manual el cual define las directrices frente al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y Fraude -SICOF.

Es por ello que en cumplimiento de la circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021 y demás normas concordantes en la materia, se hace necesario diseñar un manual del Subsistema -SICOF- que le permitan a la ESE HOSPITAL SANTA MONICA establecer medidas de prevención y control que minimicen la posibilidad de incurrir en operaciones asociadas a actividades ilegales que le generen vinculación a riesgos de tipo legal, de contagio, operativo y reputacional al cual están expuestos todos los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), y sus posibles consecuencias económicas.

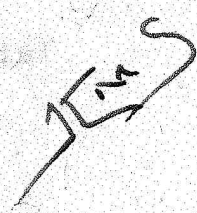
El presente manual respetará lo establecido en la Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y el Decreto 1377 de 2013 "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012". en cuanto al desarrollo del derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma".

De igual forma guardará consonancia con las políticas para el tratamiento de los datos personales y establecidas por la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica de Dosquebradas Risaralda.

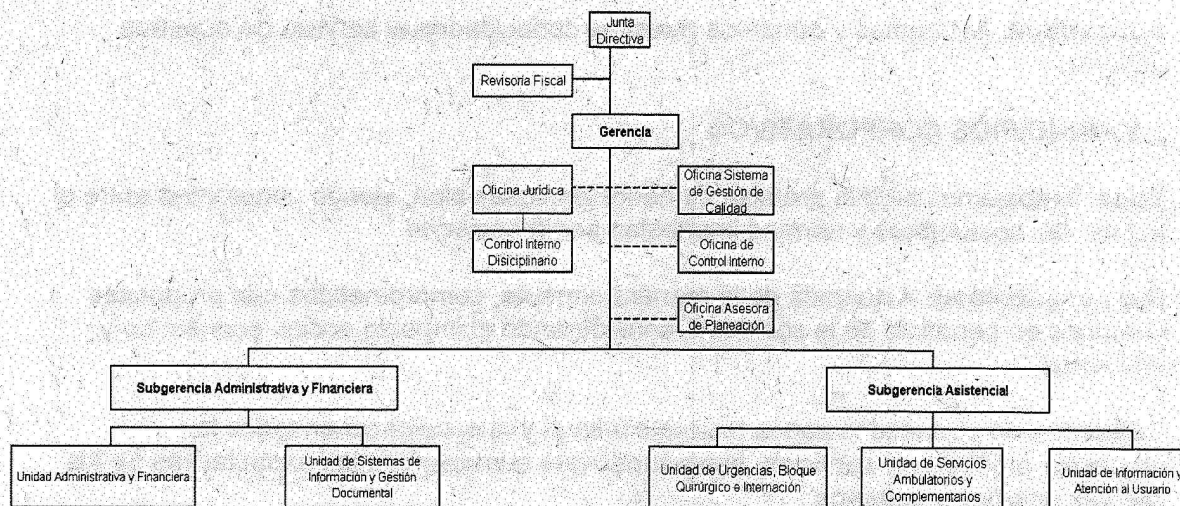
ARTICULO 3: Naturaleza de La Empresa Social del ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA:

3.1 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA

La estructura organizacional de la institución está definida de la siguiente manera:



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013



3.2. MISIÓN: Somos una Empresa Social del Estado que ofrece servicios de salud primarios y complementarios, comprometida con el mejoramiento continuo y la sostenibilidad financiera, y armonizada con las políticas públicas. Brindamos atención con calidad, equidad y humanización, siendo nuestro propósito preservar y recuperar la salud de los ciudadanos. Contamos con talento humano idóneo, infraestructura y tecnología apropiada. Además, contribuimos a la formación en salud a través de convenios de docencia-servicio.

3.3. VISIÓN: Para el año 2030, seremos una empresa reconocida a nivel regional y nacional por su excelencia y trabajo continuo para la acreditación, con disponibilidad permanente de servicios complementarios. Comprometidos en mejorar y ampliar nuestra infraestructura y capacidad tecnológica, garantiremos atención extramural a los ciudadanos y trabajaremos en pro de fortalecer la asistencia, docencia e investigación científica, generando las alianzas estratégicas que potencialicen la oferta y los servicios institucionales.

3.4 VALORES CORPORATIVOS

Respeto: Brindamos una atención que busca no causar ofensa ni perjuicio al usuario.

Tolerancia: Aceptamos las opiniones, ideas o actitudes de nuestros usuarios.

Equidad: Brindamos una atención justa e igualitaria a los usuarios de acuerdo con sus necesidades, independientemente de su estrato socioeconómico, filiación política, raza, sexo, edad, religión o condiciones físicas.

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

Solidaridad: Ayudamos y ponemos nuestras capacidades al servicio de nuestros usuarios.

3.5 PRINCIPIOS CORPORATIVOS

Ética: Trabajamos bajo la premisa de hacer las cosas bien, siendo coherentes entre el actuar, las costumbres y normas impuestas por la sociedad.

Responsabilidad: Actuamos de la manera correcta, comprometidos con propósitos comunes en beneficio de la sociedad, considerando el impacto social, económico y ambiental

Calidad: Comprometidos con la mejora continua y la excelencia en todos los procesos, productos y servicios, asegurando que cumplan con las expectativas de los clientes internos y externos.

Eficiencia: Velamos por la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población

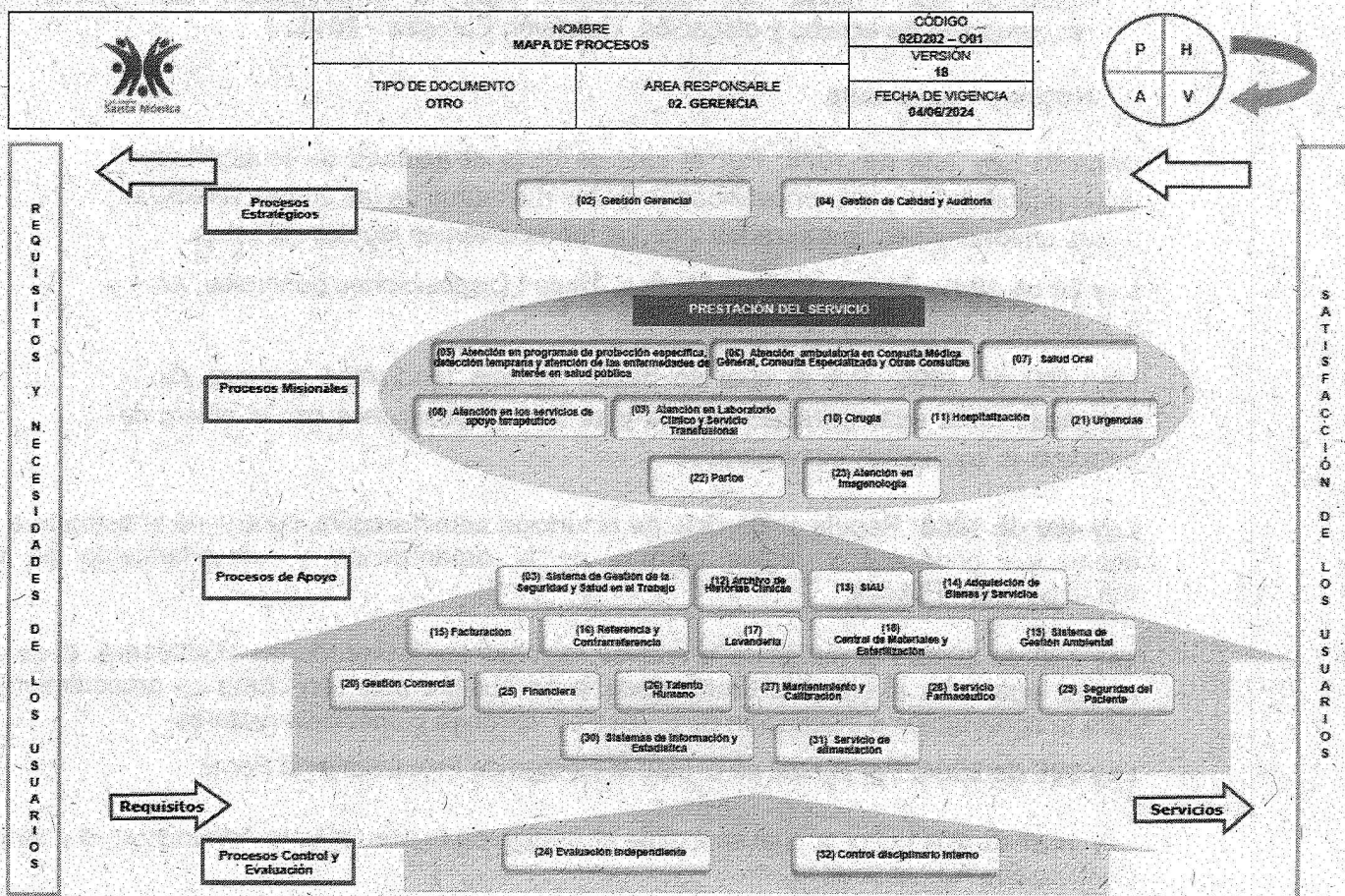
Sentido de pertenencia: Nos identificamos con los valores de nuestra institución, sintiendo la satisfacción personal de formar parte del equipo de trabajo.

Humanización: Reconocemos al cliente interno y externo con respeto, dignidad, empatía, valorando su humanidad y sus necesidades individuales; promoviendo un ambiente inclusivo y comprensivo.

[Handwritten signature]

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

3.5 MAPA DE PROCESOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA



ARTICULO 4: MARCO NORMATIVO

Normas y Estándares Internacionales

Convención para Combatir el Cohecho de Servidores Públicos Extranjeros en Transacciones Comerciales Internacionales OCDE (1997)

Lineamientos para el control del Fraude de la Commonwealth (1997)

Convención de las Naciones Unidas Contra la Corrupción UNODC (2003)

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

Estándar australiano del control de Fraude y la Corrupción AS 8001-2008

Estrategia Integral de lucha contra el Fraude, con el fin de mejorar la prevención y la detección del Fraude, las condiciones para la investigación del Fraude, la recuperación de activos y disuasión. Comisión Europea - 2011.

Normas Nacionales

Decreto Ley 128 de 1976: Por el cual se dicta el estatuto de inhabilidades, incompatibilidades y responsabilidades de los miembros de las Juntas Directivas de las entidades descentralizadas y de los representantes legales de éstas.

Ley 23 de 1981: Código de Ética Médica, Título I Disposiciones generales, Art 1 y 2. Capítulo I declaración de principios, Art 1.

Ley 190 de 1995: Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la administración pública y se fijan disposiciones con el objeto de erradicar la corrupción administrativa.

Ley 489 de 1998: Regula el ejercicio de la función administrativa, determina la estructura y define los principios y reglas básicas de la organización y funcionamiento de la Administración Pública.

Ley 850 de 2003: Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas. Crea el marco legal para el ejercicio de la veeduría en nuestro país, así como un procedimiento para la constitución e inscripción de grupos de veeduría y principios rectores.

Ley 906 de 2004: Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.

Ley 1437 de 2011: Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Ley 1474 de 2011: Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción a actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

Ley 1778 de 2016 "por medio de la cual se dictan normas sobre la responsabilidad de las personas jurídicas por actos de Corrupción transnacional.

Decreto 1510 de 2013: Por el cual se reglamenta el sistema de compras y contratación pública.

Ley 1712 de 2014: Por medio de la cual se crea la Ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional.



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

Decreto 124 de 2016: Establece las estrategias de lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano.

Decreto 1499 de 2017: Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, se integró en un solo Sistema de Gestión los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad – Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Circular Externa No 003 de 24 de mayo de 2018: Instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales Código de conducta y de Buen Gobierno IPS de los grupos C1 y C2.

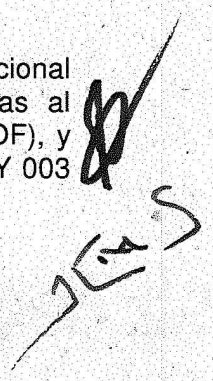
Ley 1952 de 2019: Por medio de la cual se expide el código general disciplinario se derogan la ley 734 de 2002, que contemplan como faltas disciplinarias las acciones u omisiones que lleven a incumplir los deberes del servidor público, a la extralimitación en el ejercicio de sus derechos y funciones, a incumplir las normas sobre prohibiciones; también se contempla el régimen de inhabilidades e incompatibilidades, así como impedimentos y conflicto de intereses, sin que haya amparo en causal de exclusión de responsabilidad de acuerdo con lo establecido en la misma ley.

Ley 2013 de 2019: Por medio del cual se busca garantizar el cumplimiento de los principios de transparencia y publicidad mediante la publicación de las declaraciones de bienes, renta y el registro de los conflictos de interés.

Ley 2016 de 2020: Tiene como objeto la adopción e implementación del Código de Integridad del Servicio Público Colombiano expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, por parte de todas las entidades del Estado a nivel nacional y territorial.

Circular Externa 20211700000004-5 de 2021, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, por medio de la cual se imparten “Instrucciones Generales Relativas al Código de Conducta y de Buen Gobierno Organizacional, el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y a sus Subsistemas de Administración de Riesgos”.

Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, por medio de la cual se imparten “Instrucciones Generales Relativas al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), y Modificaciones a las Circulares Externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 Y 003 de 2018.



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

ARTICULO 5: OBJETIVO GENERAL

Establecer las políticas, procedimientos y metodologías aplicables para la adecuada implementación de los Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), con el propósito de prevenir y evitar que la ESE HOSPITAL SANTA MONICA HOSPITAL SANTA MONICA, en el Desarrollo de sus operaciones, pueda ser utilizadas como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma, de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas, mediante los Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), o para dar apariencia de legalidad al origen de bienes, dineros y recursos provenientes de actividades ilícitas como el tráfico de drogas, secuestro extorsivo, contrabando, trata de personas, la corrupción, los delitos contra la administración pública, entre otros.

ARTICULO 4: OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Dar cumplimiento a las disposiciones legales con el fin de prevenir el riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
2. Establecer mecanismos y controles que fortalezcan la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica en la prevención de la ocurrencia del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
3. Instaurar los lineamientos para la gestión de los riesgos institucionales inherentes al SICOF, mediante acciones que conduzcan a la identificación de los mismos para su prevención y tratamiento
4. Fortalecer la cultura de la lucha contra la corrupción, opacidad y de fraude en la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica
5. Ejecutar el plan de divulgación y capacitación alineado con la el área de Talento Humano
6. Contar con una infraestructura tecnológica que permita soportar la operación de identificación, prevención y control de los riesgos.
7. Alinear este subsistema de riesgo con el sistema integrado de gestión del riesgo de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica.
8. Compilar en este manual todas las normas internas en materia de prevención y mitigación de los Riesgos de Corrupción, Opacidad, Fraude.



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

ARTICULO 5: ALCANCE

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude, SICOE inicia desde la identificación de los riesgos de corrupción, opacidad y fraude, así como el establecimiento de estrategias para su prevención hasta la generación de una cultura de la gestión del riesgo con enfoque basado en el mejoramiento continuo. Este manual aplica al cliente interno y externo que presta sus servicios en la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica y su Junta Directiva.

ARTICULO 6: RESPONSABLES

Todos los funcionarios y colaboradores de la ESE HOSPITAL SANTA MONICA que tienen la responsabilidad de aplicar los principios de autocontrol, autogestión y autorregulación, como parte integral en el desarrollo de sus actividades, así como la responsabilidad de reportar toda sospecha de deshonestidad, todo evento de fraude o corrupción del que tenga conocimiento, así como cualquier debilidad de control detectada.

De igual forma deberán seguir las políticas, procedimientos y controles establecidos para prevenir el riesgo de corrupción, opacidad y fraude; a su vez tener un entendimiento básico del riesgo de fraude, así como el tipo de alertas relacionadas y las consecuencias legales por sus comportamientos. Los empleados y colaboradores que de buena fe reporten hechos sospechosos serán protegidos; el Hospital no tomará represalias contra los denunciantes y mantendrá la confidencialidad y anonimato de las denuncias ajustándose en un todo a la Ley.

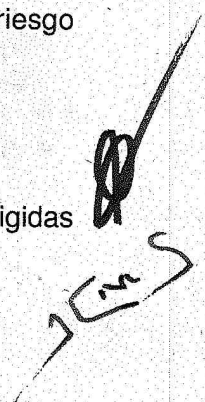
Los líderes de proceso tienen la responsabilidad, con el acompañamiento del oficial de cumplimiento, de efectuar la identificación y medición de los riesgos de fraude, corrupción, opacidad y fraude, empleando los criterios de probabilidad e impacto; así como realizar la actualización de los mismos, cuando lo requiera.

El oficial de cumplimiento acompaña a las áreas para identificar, medir y monitorear los riesgos de opacidad, fraude y corrupción, así como construir el mapa de riesgos. De igual forma mantendrá informado al Comité de Riesgos.

El oficial de cumplimiento con la aprobación del Comité de Riesgos de podrá implementar cualquier proceso o modelo de análisis para establecer vulnerabilidades frente al riesgo de corrupción, opacidad y fraude.

ARTICULO 7: DEFINICIONES

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



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSECUENCIA: Efectos generados por la ocurrencia de un riesgo que afecta los objetivos o un proceso de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica. Pueden ser entre otros, una pérdida, un daño, un perjuicio, un detrimento.

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

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

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

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

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

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

DENUNCIA: Es la puesta en conocimiento ante La Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica de una conducta posiblemente irregular, indicando las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

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

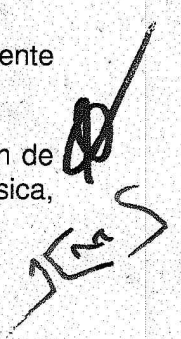
EVENTO: Incidente o situación que ocurre en la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica durante un intervalo particular de tiempo. Presencia o cambio de un conjunto particular de circunstancias.

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

FACTORES DE RIESGO: Fuentes generadoras de eventos tanto internas como externas a La Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado puede ser originado por diferentes factores que pueden estar entrelazados unos con otros. Son factores de riesgo el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, los acontecimientos externos, entre otros.

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

FRAUDE: Cualquier acto ilegal caracterizado por ser un engaño, ocultación o violación de confianza, que no requiere la aplicación de amenaza, violencia o de fuerza física,



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

perpetrado por individuos y/u organizaciones internos o ajenos a Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica, con el fin de apropiarse de dinero, bienes o servicios.

FRAUDE EXTERNO: Se define como los actos realizados por una persona externa a la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica que buscan defraudar, apropiarse indebidamente de activos de la misma o incumplir normas o leyes.

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

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

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Proceso para encontrar, reconocer y describir el riesgo. Implica la identificación de las fuentes de riesgo, los eventos, sus causas y consecuencias potenciales.

IMPACTO: Consecuencias o efectos que puede generar la materialización del Riesgo de Corrupción en la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica.

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

MONITOREO: Es el proceso continuo y sistemático mediante el cual se verifica la eficiencia y eficacia de una política o de un proceso, mediante la identificación de sus logros y debilidades para recomendar medidas correctivas tendientes a optimizar los resultados esperados.

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

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

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

[Handwritten signature]

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

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

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

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

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

PROBABILIDAD/POSIBILIDAD: Oportunidad que algo suceda.

RIESGO: Cualquier evento, amenaza, acto u omisión que en algún momento pueda comprometer el logro de los objetivos de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica.

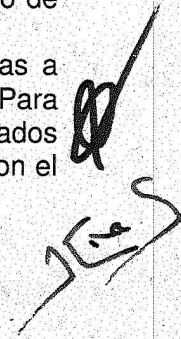
SEGMENTACIÓN: Es el proceso por medio del cual se lleva a cabo la separación de elementos en grupos homogéneos al interior de ellos y heterogéneos entre ellos. La separación se fundamenta en el reconocimiento de diferencias significativas en sus características (variables de segmentación).

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

SOBORNO TRANSNACIONAL: El que dé u ofrezca a un servidor público extranjero, en provecho de este o de un tercero, directa o indirectamente, cualquier dinero, objeto de valor pecuniario u otra utilidad a cambio de que este realice, omita o retarde cualquier acto relacionado con el ejercicio de sus funciones y en relación con un negocio o transacción internacional.

SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE, SICOF: Conjunto de políticas, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación establecidos por el máximo órgano social u órgano equivalente, la alta dirección y demás funcionarios de una organización para proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los siguientes objetivos:

- Mejorar la eficiencia y eficacia en las operaciones de las entidades sometidas a inspección y vigilancia evitando situaciones de Corrupción, Opacidad y Fraude. Para el efecto, se entiende por eficacia la capacidad de alcanzar las metas y/o resultados propuestos y por eficiencia la capacidad de producir el máximo de resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- Prevenir y mitigar la ocurrencia de actos de Corrupción, Opacidad y Fraudes, originados tanto al interior como al exterior de las organizaciones.
- Realizar una gestión adecuada de los Riesgos.

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

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

7.1 TIPOLOGÍAS DE FRAUDE.

Los fraudes corporativos pueden dividirse en tres categorías principales:

- Fraude de estados financieros: Es la deliberada presentación errónea de la situación financiera de la empresa, que se logra de la presentación intencionalmente errónea de cifras o revelaciones o la omisión de estas en los estados financieros para engañar a los usuarios de los mismos.
- Apropiación indebida o malversación de activos: Hurto o utilización indebida de activos de la entidad o bajo responsabilidad de los colaboradores para el beneficio propio o de terceros, generando pérdidas a la entidad. Esta tipología involucra la administración de efectivo, activos fijos y administración de la información de reserva incluyendo el cibercrimen.
- Sustracción de activos: Se pueden dividir en dos grandes categorías: los que involucran efectivo y los que no involucran efectivo.
- Los fraudes con efectivo, que representan hasta un 90% de todas las sustracciones de efectivo, pueden dividirse en tres grandes categorías:
 - ✓ Desembolsos fraudulentos: Generación de desembolsos para cubrir servicios no prestados, a través de estrategias como: facturación falsa, falsificación de cheques, etc.
 - ✓ Ocultamiento: Robo de efectivo antes de registrarse en los libros y registros de la organización.

Handwritten signature/initials

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- ✓ Robo de efectivo: Robo de efectivo después de registrarse en el sistema de facturación y contabilidad de la ESE Hospital Santa Mónica
- ✓ Corrupción: Los esquemas de corrupción ocurren cuando los funcionarios usan su influencia en una operación de negocios con el fin de obtener algún beneficio para ellos o para otra persona.
- ✓ Lavado de activos: Toda actividad que pretende dar apariencia de legalidad a dinero de procedencia ilícita.
- ✓ Incumplimiento de la normativa interna y externa: Actividad ilícita en la cual se identifique incumplimiento de las políticas internas y externas de la entidad, con el fin de obtener un beneficio personal o para un tercero. Esta tipología puede presentarse en las siguientes situaciones:
 1. Falsificación o alteración de documentos o registros exigidos por la normatividad interna o externa.
 2. Infracción a la propiedad intelectual
 3. Violación de las políticas internas de la entidad por parte de los colaboradores
 4. Omisión o impedir la implementación de controles.

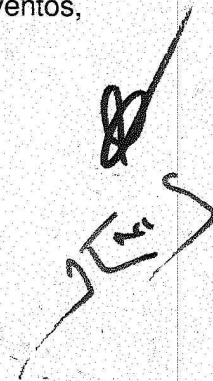
ARTICULO 8: IDENTIFICACIÓN

El objetivo más importante de esta Etapa es la identificación de los eventos del Subsistema de Administración Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), inherentes a la realización de las actividades, a los que se encuentra expuesto la Entidad, en cada una de las modalidades de contractuales utilizados para la vinculación de las respectivas contrapartes y que se pueden materializar en los Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude.

Este proceso de identificación de los eventos de riesgo debe hacerse en cada una de las etapas del proceso, utilizando las matrices de riesgo adoptadas por la Entidad o mediante el diseño de matrices específicas para el tema de Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude.

Es recomendable para efectos de la clasificación del grado de riesgo de los eventos, hacerlo de la siguiente manera:

- a) Riesgo Alto
- b) Riesgo Medio
- c) Riesgo Bajo



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

Respecto a la etapa de Identificación de Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude, la circular 009 de 2016 considera:

"El SARLAFT/PADM debe permitir a los Agentes del SGSSS reconocer, explorar exhaustivamente y documentar los riesgos inherentes de LA/FT/PADM en el desarrollo de su actividad, teniendo en cuenta los factores de riesgo y señales de alerta identificadas en la presente circular más las que logre identificar la entidad mediante el desarrollo normal del negocio. Así mismo, debe identificarse el riesgo derivado de un nuevo proceso o por la modificación de los existentes, así como situaciones que generen algún grado de incertidumbre por su magnitud o expectativas en el mercado o que supongan la intervención de terceros inversionistas, variación de coberturas, contratos o cualquier otra operación de los Agentes, por lo anterior se debe articular con las políticas SICOF establecidas para la ESE HOSPITAL SANTA MONICA.

ARTICULO 9: RIESGOS DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF)

Se define como la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir la entidad, por su propensión a ser utilizada directamente o a través de sus operaciones, como instrumento para cometer los Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude.

La ocurrencia del evento de Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude lleva implícita la presencia de los riesgos asociados de:

- **Riesgo de Contagio:** En el marco de SICOF, 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 SICOF, 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 malintencionadas, negligencia o actos involuntarios que afectan la formalización o ejecución de contratos o transacciones.
- **Riesgo Operativo:** En el marco de SICOF, 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.

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- **Riesgo Reputacional:** En el marco del SICOF, 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.
- **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.

Identificación y medición del Riesgo Inherente: En el proceso de implementación del SICOF, la Entidad debe identificar los factores de riesgo (clientes, contrapartes, productos y servicios, canales de distribución y jurisdicción), y los correspondientes riesgos los cuales deben ser llevados a una Matriz de Riesgos en la cual se pueda:

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- Identificar la probabilidad de ocurrencia del riesgo: Raro, Improbable o Probable.
- Medir el grado de impacto del riesgo en la Entidad: Alto, Medio o Bajo.
- Identificar el tipo de riesgo asociado: Reputacional, legal, operativo o de contagio.

ARTICULO 10: IDENTIFICACIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LOS RIESGOS SICOF

En el proceso de identificación de riesgo y sus causas y en cada una de las etapas de los procesos realizados por la Entidad, se debe proceder inicialmente a identificar cada uno de los eventos de riesgo con el apoyo de la matriz de riesgo existente en la ESE HOSPITAL SANTA MONICA. pero en todo caso se implementará una matriz especial para manejo de los Riesgos de corrupción, Opacidad y Fraude, se determinará el alcance, la forma y la metodología aplicable en los procesos de identificación de riesgos.

Los estándares de riesgos recomiendan para su identificación el siguiente procedimiento:

Enumerar y clasificar los Eventos de Riesgo: Lo primero que se debe hacer para identificar los riesgos es determinar aquellos eventos de riesgo de cada una de las etapas de cada proceso contrato o de la relación legal o contractual que pueda existir entre la Entidad y cada uno de sus clientes o contrapartes.

1- Determinar, ¿qué puede suceder?:

Este se hará con base en la elaboración de un listado de los posibles hechos, eventos, incidentes y acontecimientos originados en una causa interna o externa que pueda generar Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude. Eventos que deben ser analizados en detalle para determinar lo que pueda suceder, con base en el análisis al interior de la entidad y la (experiencia de la entidad y del Sector Salud), haciendo análisis detallado de las tipologías y señales de alerta derivadas de estudios de expertos en el tema, documentos emitidos por las Unidades de Análisis de Información Financiera, recomendaciones y estándares internacionales relacionados con la prevención en Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude. (SICOF).

2- Establecer ¿cómo y por qué pueden suceder los eventos de riesgo?

Con base en el listado de eventos de riesgo, determinando las posibles causas de su ocurrencia, identificando las circunstancias de materialización de los riesgos expresándolos en términos de consecuencia, elementos que deben formar parte de la matriz de riesgo del SICOF.

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

Se debe articular con el 04D404 - O06 Manual para la Gestión del riesgo establecido en la ESE Hospital Santa Mónica.

ARTICULO 11: MEDICIÓN

El principal objetivo de esta etapa es la medición del Riesgo Inherente en concordancia con cada uno de los eventos de riesgos identificados en el punto 2, y en relación con los procesos, contratos y/o relaciones de la Entidad con sus respectivos clientes o contrapartes. Esta medición implica determinar la probabilidad de ocurrencia de cada uno de los eventos de riesgo identificados y el impacto en el caso de que se materialicen mediante los riesgos asociados (legal, contagio, operativo y reputacional).

La combinación de las consecuencias y las probabilidades de ocurrencia de los eventos de riesgo identificados, producen el nivel de riesgo de la Entidad.

En este punto es donde se utilizan estimaciones cualitativas derivadas del análisis de las tipologías, la experiencia relevante, el conocimiento de expertos, las prácticas y experiencia del Sector Salud que reflejen el grado de certidumbre de que es posible que ocurra un evento determinado con un resultado particular, mediante la aplicación de las metodologías aprobadas por la Entidad para la medición de los riesgos del SICOF.

Para evitar prejuicios subjetivos, se deben utilizar las mejores técnicas y fuentes de información disponibles. Las mismas, podrán ser utilizadas en su conjunto o de manera individual según el tipo de análisis de que se trate.

Análisis interno

- Talleres interactivos de trabajo
- Cuestionarios y encuestas
- Conocimiento del entorno
- Revisión Documental
- Observación
- Discusión en Grupos
- Comisión
- Entrevistas
- Estudio de casos
- Análisis de tipologías y señales de alerta derivadas de análisis de expertos y documentos y recomendaciones internacionales encuesta.

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

11.1 CÁLCULO DE LA PROBABILIDAD RIESGOS:

Esta puede ser medida con criterios de frecuencia, si se ha materializado, o de factibilidad teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque este no se haya materializado.

Tabla para Valorar la Probabilidad			
Nivel	Descriptor	Descripción	Frecuencia
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de 1 vez al año
4	Probable	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Al menos 1 vez en el último año
3	Posible	El evento podría en algún momento	Al menos de 1 vez en los últimos años 2 años
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos 1 vez en los últimos 3 años
1	Rara vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes a normales)	No se he presentado en los últimos 3 años

- Con estos datos se realiza el nivel de probabilidad según la exposición al riesgo, el cual está asociado a la actividad analizada.

ARTICULO 12: CONTROL DEL SICOF

Los controles se definen como las políticas, actividades y procedimientos aplicados en toda la entidad, orientados a la eliminación o mitigación de los riesgos adversos y que garantizan que las directrices adoptadas por la institución se cumplan y la administración del riesgo cumpla sus objetivos. A su vez los controles deben generar una disminución de la probabilidad de ocurrencia y del impacto del riesgo de SICOF, en caso de llegarse a materializar.

Principales objetivos de esta etapa:

- La toma de medidas orientadas a controlar los riesgos de SICOF.
- La detección de operaciones inusuales de SICOF.
- Disponer de un sistema efectivo, oportuno y eficiente de reportes internos y externos, que garantice el adecuado funcionamiento de los procesos, procedimientos y los requerimientos de información de las autoridades y organismos competentes.

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

Es durante esta etapa, que la entidad podrá determinar y adoptar los controles y medidas apropiadas para el control del riesgo inherente; Para tal fin se deben definir metodologías que determinen los controles y su aplicación, definiendo igualmente los procedimientos para la detección de las operaciones tipificadas como inusuales y sospechosas, propias de su operación. Se deberán definir dos tipos de controles; controles preventivos, propios de los procesos de gestión del riesgo de SICOF, y controles detectivos con los cuales se hará seguimiento a las operaciones realizadas con los clientes y /o contrapartes que pueda constituirse en una alerta de operaciones inusuales o sospechosas a ser reportadas a las autoridades competentes.

Por su finalidad la mayoría de los controles son de carácter preventivo y detectivo y se deben aplicar en las distintas etapas del proceso de gestión del riesgo de SICOF.

12.1 EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE CONTROLES APLICABLES A RIESGOS DE SICOF.

La evaluación de los Controles del Subsistema de Administración del Riesgo de SICOF, se efectuará teniendo en cuenta los tipos y formas y el estado de avance en su implementación.

Tipos de Controles

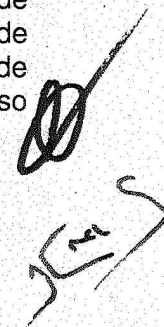
Teniendo en cuenta la naturaleza de siguientes tipos de control riesgos a gestionar, se deben aplicar los siguientes tipos de Control.

- Control Preventivo.
- Control Detectivo.

Así mismo, de acuerdo con la forma como se ejecutan tenemos:

1. Controles Manuales: Se definen como las acciones realizadas por los responsables de un proceso dentro del proceso de gestión de riesgo de SICOF, dentro de la Entidad..

2. Controles Automáticos: Son todos los procedimientos que se aplican desde un equipo de cómputo en desarrollo o utilización de una aplicación o software de soporte, diseñados especialmente para la prevención, detección, corrección de errores y deficiencias, sin la intervención de personal en el desarrollo del proceso de control.



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

Análisis y evaluación de los controles – Atributos: A continuación, se analizan los atributos para el diseño del control, teniendo en cuenta características relacionadas con la eficiencia y la formalización.

12.2 Clasificación de controles de SICOE según su implementación

La clasificación de los controles según el estado de su implementación puede ser:

- 1. Implementado:** El control requerido para el proceso de gestión de riesgo de SICOE, existe y funciona de manera apropiada.
- 2. En desarrollo:** El control requerido para el proceso de gestión de riesgo de SICOE. Necesario, existe, pero aún no proporciona los resultados esperados,
- 3. No Existe:** El control requerido para el proceso de gestión del riesgo de SICOE, no se ha diseñado
- 4. Valoración de efectividad de los Controles de la evaluación final:** como resultado del análisis de la efectividad y el estado de avance de la implementación de los controles en la entidad, se podrá determinar si su valoración es:
 - Fuerte: Cuando los controles implementados son adecuados y operan correcta y oportunamente.
 - Moderado: Si en su evaluación de los controles se detecta que existen debilidades respecto a su diseño y / o implementación y requieren ser ajustados o modificados, mediante un plan de mejoramiento.
 - Débil: Cuando en el análisis y evaluación de los controles, éstos no alcanzan un nivel aceptable para la Entidad.

Los controles implementados deben neutralizar las causas e impactos que originan el riesgo, desde tres puntos de vista: prevención, detección y corrección, generando una cadena de control suficiente para el tratamiento del riesgo, valorando los riesgos identificados teniendo en cuenta la calidad de los controles establecidos y así poder valorar el riesgo residual.

ARTICULO 13: MONITOREO

El monitoreo lo realizará el Oficial de Cumplimiento o la persona que la Gerencia y la Junta Directiva de la ESE delegue para realizar dicha labor, quien realizará el



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

seguimiento permanente sobre la implementación de los planes de tratamiento y la eficacia de los controles existentes.

13.1 Seguimiento y Monitoreo del SICOF

Tiene por objeto realizar el seguimiento a los perfiles de riesgo inherente y residual, y a las etapas del SICOF con el fin de realizar las acciones correctivas y de mejora del sistema.

Es necesario monitorear los riesgos, la efectividad del plan de tratamiento de los riesgos y el sistema de administración que se establece para controlar la implementación.

En la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, se cuenta con el programa GMA el cual tiene los implementados los riesgos, en esta plataforma se realiza el control, revisión y seguimiento de estos por los líderes de los procesos, el grupo de trabajo y el área de MIPG y control interno, además del Manual de políticas de administración del riesgo "04D404 - O06 Manual para la Gestión del riesgo"

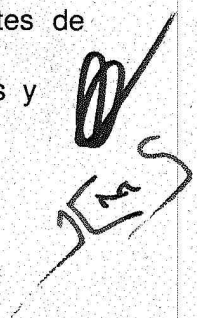
13.2 Metodología para el Ejercicio del Seguimiento y Monitoreo del SICOF

El seguimiento y monitoreo para la ESE HOSPITAL SANTA MONICA es integral es importante en el proceso de gestión del riesgo.

Una herramienta fundamental para el monitoreo de la implementación y eficacia del SICOF son las auditorías internas, éstas serán coordinadas por las áreas de control de la entidad como son la Oficina de Control Interno y la Revisoría Fiscal. Para tal fin se determinará anualmente el programa de auditorías que tendrá en consideración el estado e importancia de los procesos a auditar. Se definirá el plan de la auditoría el cual incluye los criterios de la auditoría, el alcance de esta su frecuencia y la metodología.

El Monitoreo realizado por el Oficial de Cumplimiento o la persona que el delegue para realizar dicha labor, al SICOF, se enfocará en:

- Evaluar el cumplimiento de los objetivos y políticas del sistema.
- Evaluar la oportunidad, cumplimiento, efectividad de los controles.
- Realizar seguimiento y comparación del riesgo inherente y residual de cada factor de riesgo y de los riesgos asociados.
- Verificar que los riesgos residuales se encuentren en los niveles de aceptación establecidos.
- Establecer indicadores descriptivos que evidencien potenciales fuentes de riesgo de SICOF.
- Expedir las directrices para la corrección de las deficiencias halladas y pautas para el mejoramiento del sistema.



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

El monitoreo se realizará con la aplicación de test de evaluación, los cuales arrojarán una calificación que determinará el grado de eficacia de los controles y cumplimiento de cada una de las etapas del SICOF

En esta etapa el monitoreo debe permitir comparar la evaluación del riesgo inherente con el riesgo residual de cada factor de riesgo y de los riesgos asociados de contagio, legal, operativo y reputacional.

El seguimiento y monitoreo comprende el empleo de los indicadores descriptivos que facilitan el seguimiento y estudio de las potenciales causas de riesgo de SICOF por factores de riesgo, permitiendo realizar una gestión efectiva del Sistema SICOF.

a. Sobre operaciones inusuales en recaudos:

En lo relacionado con la evaluación de las operaciones inusuales de la Entidad, se ha diseñado un sistema de indicadores de gestión de riesgo de SICOF, el cual permite evaluar de manera mensual la información suministrada por la Áreas de Tesorería a partir de las transacciones fuente de los Recaudos Individuales iguales o mayores a 5 millones de pesos colombianos, así como los múltiples cuyo acumulado en el mes sean iguales o superiores a 25 millones de pesos colombianos, cálculo que realiza el Oficial de Cumplimiento o el analista SICOF como base de su estudio y del seguimiento ante los órganos de control. (Articulado con las políticas del SARLAFT/PADM de la ESE.)

b. Sobre monitoreo de noticias y listas

Este monitoreo de personas vinculadas administrativa y / o judicialmente con el Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) o delitos fuentes de estos hace referencia a la actualización de las listas y la coincidencia con clientes de la entidad y reportes de operación sospechosa por este concepto. En todos los casos (Articulado con las políticas del SARLAFT/PADM de la ESE.)

ARTICULO 14: ELEMENTOS DEL SICOF

14.1 POLITICAS PARA LA ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LA SICOF

En cumplimiento de lo ordenado por la Circular Externa 20211700000005-5 DE 2021, de la Superintendencia Nacional de Salud, La ESE HOSPITAL SANTA MONICA HOSPITAL SANTA MONICA, para el diseño e implementación de Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) ha definido y establecido la Política "Gestión del Riesgo para la Prevención de los Delitos de SICOF", en los términos señalados a continuación:

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

14.1.1 Objetivo General de la Política

El objetivo general de la política de Gestión del Riesgo para la Prevención de los Delitos de Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude, consiste en proteger la Institución de los Riesgos Asociados al Riesgo SICOF contribuyendo al cumplimiento de la Política Nacional Anti lavado de Activos y Contra el Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), adoptada por el Gobierno Nacional según la normatividad vigente, las Recomendaciones del GAFI y los Convenios Internacionales , aceptados por Colombia.

14.1.2 Objetivos Específicos de la Política

- A. Establecer los mecanismos, procedimientos y metodologías orientados a la prevención y detección de eventos relacionados con el Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude. Generar al interior de la ESE HOSPITAL SANTA MONICA HOSPITAL SANTA MONICA, una cultura de la prevención del delito del SICOF. Evitar que organizaciones cuyos recursos provenientes de actividades ilícitas, se legalicen (laven) mediante la vinculación como proveedores o contratistas con la Entidad.
- B. Identificar y reportar a los organismos de vigilancia y control las operaciones de efectivos y aquellas consideradas inusuales, intentadas y Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).
- C. Evaluar los resultados de la aplicación de la Política, efectuando los ajustes y correctivos correspondientes.

14.2 POLÍTICAS DE OPERACIÓN

- a. Mediante las Políticas de Operación la Entidad fija las directrices que orientan de manera eficaz y eficiente las operaciones y la gestión para el cumplimiento de los objetivos del Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).
- b. El Subsistema de Administración del Riesgo SICOF se encuentra alineado con el Sistema General de Administración del Riesgo Institucional.
- c. El Oficial de Cumplimiento tiene la responsabilidad del diseño, implementación, funcionamiento, monitoreo, mejoras y actualización del SICOF.
- d. La ESE HOSPITAL SANTA MONICA, dentro de su Estructura Organizacional, ha designado a un funcionario de planta en el cargo de Oficial de Cumplimiento SICOF.

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- e. Es política de la Entidad NO establecer relaciones Contractuales con personas naturales y / o jurídicas ni terceros que se encuentren reportados en las listas restrictivas que utilice la entidad, o vinculadas en procesos administrativos y / o judiciales por delitos relacionados SICOF. Tampoco continuará con la relación contractual cuando luego de haberse establecido, sean incluidas en las listas restrictivas o se les inicie procesos administrativos y / o judiciales delitos relacionados SICOF.
- f. Cuando una operación se encuentre dentro de los siguientes parámetros deberá ser reportada como inusual cuando no guardan relación con la actividad económica o se salen de los parámetros adicionales fijados por la entidad, respecto de las cuales la entidad no ha encontrado explicación o justificación razonable, se hará seguimiento a cada una de las señales de alerta establecidas.
- g. El Comité de Riesgos o quien haga sus veces, velará porque existan los controles necesarios y suficientes para evitar que la ESE HOSPITAL SANTA MONICA. sea utilizada como instrumento para canalizar recursos provenientes de actividades ilícitas por delitos relacionados al Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).
- h. La ESE HOSPITAL SANTA MONICA., por lo menos una vez el año, por intermedio de su Oficial de Cumplimiento deberá coordinar y gestionar una capacitación dirigida a todos los funcionarios y contratistas vinculados.
- i. La información reportada por los proveedores, contratistas y personal a ser vinculado con la ESE HOSPITAL SANTA MONICA, debe ser cotejada frente a las listas restrictivas al inicio del proceso de selección. No se podrán suscribir contratos sin el cumplimiento de este proceso.
- j. En el caso de la vinculación de personal a cargos de planta se deberá realizar la consulta en las listas restrictivas y visita domiciliaria si es del caso a los aspirantes antes así: a) Para cargos de carrera administrativa antes de la expedición de la resolución de nombramiento; b) Para nombramiento cargos en provisionalidad y trabajadores oficiales, al inicio del proceso de selección, para lo cual se deberán presentar debidamente diligenciado el formulario conocimiento del cliente persona natural/persona jurídica establecido pro la ESE para realizar la debida diligencia (DDC).
- k. La ESE HOSPITAL SANTA MONICA establecerá que como mínimo realizar las consulta (plataforma tecnológica) en las listas restrictivas del Consejo de Seguridad

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

de las Naciones Unidas ONU (Lista vinculante y de obligatoria consulta para Colombia), la lista OFAC (Office of Foreign Assets Control), denominada Lista Clinton, Interpol, y las listas colombianas reportadas por los organismos de vigilancia y control como las superintendencias, la Contraloría General de la República, la Procuraduría General de la Nación, Contaduría General de la Nación, la Policía Nacional entre otras. En todos los casos (Articulado con las políticas del SARLAFT/PADM de la ESE.)

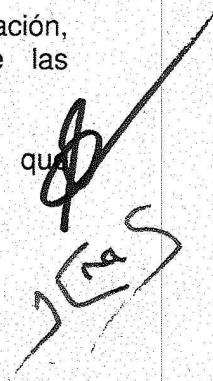
l. Alternativamente podrá utilizar entre otras las siguientes listas, cuando a criterio del oficial de cumplimiento se considere conveniente: a) lista asociados con Al Qaida, b) lista europea, c) GAFI.

m. Listado de Países: Jurisdicciones con deficiencias, sin progresos sin plan de acción o contramedidas) Centro Nacional Contra el Terrorismo; e) FBI (Buro Federal de Investigación USA); FCPA (Involucrados en Prácticas Corruptas).

14.3 POLITICAS PARA LA VINCULACIÓN DE CONTRAPARTES:

Para la vinculación de las contrapartes, la ESE Hospital Santa Mónica, aplicará las siguientes políticas: (Articulado con las políticas del SARLAFT/PADM de la ESE.)

- a) No se generará relación contractual y/o comercial con personas naturales o jurídicas que se rehúsen a suministrar información sobre su actividad económica, domicilio, profesión, o declaración del origen de fondos o presenten información falsa, al igual que en sus revelaciones a la información financiera no presente en forma detallada el origen de los recursos que hacen parte de cada uno de los saldos por cuenta en periodos intermedios o al cierre de cada una de las vigencias, o no entregue en forma pormenorizada las explicaciones sobre las variaciones atípicas en algunas de sus cuentas.
- b) No se generará relación contractual y/o comercial en los casos que a continuación se relacionan, para ello el Oficial de Cumplimiento de la entidad realizará el reporte ante la UIAF dejando la constancia del mismo:
 1. Personas naturales o jurídicas que reporten en medios de comunicación, posibles relaciones con actividades delictivas, especialmente las asociadas al Subsistema de Administración del Riesgo SICOF.
 2. Personas naturales o jurídicas que presentaron documentos que permitan presumir su carencia de autenticidad o veracidad.



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

3. No se contratará y/o se dará terminación unilateral a un contrato que incurra en una actividad delictiva asociada a delitos relacionados al subsistema de Administración del Riesgo SICOF
4. En el caso de las empresas tercerizadas si se detecta o hay una señal de alerta, que alguno de sus funcionarios se encuentra en una actividad delictiva asociada a delitos relacionados al Subsistema de Administración del Riesgo SICOF, se solicitará el retiro inmediato de la entidad y se solicitará un plan de mejoramiento a la empresa contratada en donde se proponga actividades de alerta que mejoren el subsistema de Administración del Riesgo SICOF al interior de la misma.

En todos los casos

14.4 POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL SICOF

La Política de Gestión Documental define las directrices que guían a la ESE HOSPITAL SANTA MONICA., en el proceso de Gestión Documental, control de los documentos y registros del Sistema de Administración del Riesgo SICOF, garantizando la integridad, oportunidad, confiabilidad y disponibilidad de la información generada en cada uno de los procedimientos del sistema SICOF y de su conservación documental de conformidad con los dispuesto en las Ley 594 de 2000 y demás normas vigentes.

- a. Para efectos de la conservación de los soportes, informes, reportes y demás documentos originados en el Subsistema de Administración de Riesgos SICOF, la Circular Externa N ° 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, establece un término de conservación de documentos y soportes por un periodo no inferior a los cinco (5) años.
- b. La ESE HOSPITAL SANTA MONICA HOSPITAL SANTA MONICA, adopta como política documentar y actualizar de manera permanente las políticas, procesos y procedimientos SICOF en el respectivo Manual de Políticas y Procedimientos, garantizando total integridad, oportunidad, confiabilidad y la debida conservación de los documentos a través del Grupo de Archivo y Gestión Documental y el Oficial de Cumplimiento.
- c. La ESE HOSPITAL SANTA MONICA., garantiza la reserva y confidencialidad de la información reportada a los órganos de control, al igual que los resultados de las visitas domiciliarias realizadas a los aspirantes a ocupar cargos de planta si es del caso, dentro de la Institución.

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- d. Los reportes de información y documentos soporte enviados y / o recibidos a la UIAF, están bajo la custodia del Oficial de Cumplimiento, y por ninguna razón clientes internos ni externos tendrán acceso y conocimiento de esta.

14.5 POLÍTICA DE CAPACITACIÓN DEL SICOF

La ESE HOSPITAL SANTA MONICA HOSPITAL SANTA MONICA, por intermedio del Oficial de Cumplimiento y la oficina jurídica, conjuntamente con el área de Talento Humano, coordinará las capacitaciones sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) al personal de planta y demás colaboradores de la entidad, como mínimo una vez al año y en los procesos de inducción para personal nuevo en la Institución, dando así cumplimiento a lo establecido en el Numeral 9 de la Circular Externa N° 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. De las capacitaciones realizadas se dejará constancia en listados de asistencia y los temas tratados. La asistencia del personal de planta y contratistas por prestación de servicios a las capacitaciones es obligatoria. Como constancia se emitirá certificación de asistencia con copia a la hoja de vida y a la carpeta de cada contratista, respectivamente.

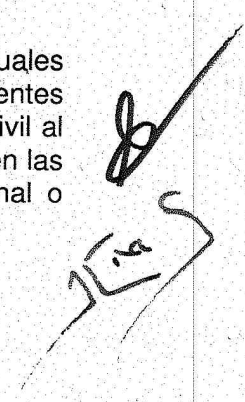
14.6 POLÍTICAS RESOLUCIÓN CONFLICTO DE INTERESES DEL SICOF

En desarrollo del Subsistema de Administración de Riesgos del SICOF, se deberá administrar los conflictos que surjan en desarrollo de su actividad entre los propios intereses y los de sus clientes, así como los conflictos que surjan entre los intereses de dos o más clientes de manera imparcial, velando porque siempre prevalezca el interés de los clientes, sin perjuicio de otras disposiciones aplicables al respecto y que vayan en perjuicio de la Institución.

Son consideradas situaciones relacionadas con el Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), que pueden causar conflictos de interés, entre otras, las siguientes:

a- Conflicto de Interés en el Análisis de Operaciones Inusuales

Se tiene que hay conflicto de interés en el análisis de operaciones inusuales cuando éstas son realizadas por cónyuges o compañeros permanentes, parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil al tenor de los artículos 37,47 y 50 del Código Civil, o de aquellas operaciones en las que la persona encargada de hacer el análisis tenga algún interés personal o busque favorecer a alguna persona.



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

b- Conflicto de Interés en el Estudio de Operaciones Sospechosas

Existe conflicto de interés en el estudio de operaciones sospechosas cuando éstas son realizadas por cónyuges o compañeros permanentes, parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o de aquellas operaciones en las que la persona encargada de hacer el análisis tenga algún interés personal o busque favorecer a alguna persona.

c- Conflicto de Interés -Reportes

Se presume que existe conflicto de interés cuando en la decisión de realizar el reporte se encuentren involucradas situaciones personales de quien realiza el reporte o se trata de operaciones realizadas por cónyuges o compañeros permanentes, parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

14.7 POLÍTICA ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL SICOF

El Manual SICOF diseñado y propuesto por el Oficial de Cumplimiento a la Junta Directiva y ha sido aprobado e incorporado al Sistema de Gestión de Calidad de la ESE HOSPITAL SANTA MONICA., y debe ser actualizado y modificado de acuerdo con las necesidades, y ser sometido nuevamente en consideración de la Junta Directiva para su aprobación.

Las normas de la Superintendencia Nacional de Salud y organismos competentes se entienden incorporadas automáticamente al presente manual sin que se requiera aprobación de la Junta Directiva, ni del Oficial de Cumplimiento de acuerdo con lo establecido por el Sistema de Gestión de Calidad y sin perjuicio de la obligación de información sobre la incorporación respectiva. Las ampliaciones o modificaciones a los anexos, tales como nuevos términos en el glosario, nuevos formatos o modificaciones a los mismos, nueva relación de normas, podrán introducirse sin aprobación previa, con el visto bueno del Oficial de Cumplimiento y el informe posterior a la Junta Directiva. Es responsabilidad del Oficial de Cumplimiento proponer y realizar las modificaciones o actualizaciones del manual, con la respectiva aprobación de la Junta Directiva.

14.8 POLITICAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE (SICOF):

El Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) es de obligatorio cumplimiento y debe ser de conocimiento por parte de los funcionarios de la ESE Hospital Santa Mónica.



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- a) El Hospital debe diseñar y ejecutar programas de capacitación para todo el personal acerca del cumplimiento de las normas, políticas y procedimientos de control para la prevención de este riesgo.
- b) El Hospital debe garantizar el recurso humano, tecnológico y económico para desarrollar todo el proceso Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF)
- c) El Hospital implementará seguimiento y monitoreo a Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) para garantizar el cumplimiento.
- d) El Hospital tiene el compromiso de colaborar activamente con las autoridades competentes en relación con el Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) dando respuesta oportuna a los requerimientos judiciales y en cumplimiento con las disposiciones legales y normativas correspondientes.
- e) El Hospital debe garantizar la conservación de los documentos del Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) por el tiempo mínimo estipulado en la Circular No. 009 de 2016 y Circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021, de la Superintendencia Nacional de Salud y/o las que apliquen en la institución de acuerdo a las tablas de retención documental.
- f) El código de ética debe considerar las reglas de conducta y fundamentos que orienten la actuación de los funcionarios y contratistas en materia de la prevención del riesgo Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), los principios establecidos en el Código de Ética y Buen Gobierno harán parte integral como anexo del SICOF.
- g) Es obligación de los funcionarios o contratistas sin distinción del tipo de vinculación en el Hospital tener un comportamiento ético y diligente en el cumplimiento de las normas sobre Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), que la ley, las entidades de vigilancia y la ESE han dispuesto.
- h) Los funcionarios o contratistas del Hospital que en ejercicio de sus funciones o con ocasión de las mismas 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.

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- i) El Hospital actualizará la información de sus directivos, funcionarios, contratistas, clientes, proveedores por lo menos cada año, con el fin de conocer cambios en su información personal, actividad, información financiera, declaración de renta, entre otros. En los procesos de contratación de acuerdo a las diferentes modalidades es obligación requerir a los oferentes información financiera comparativa para analizar posibles aumentos no justificados en sus patrimonios que deben ser objeto de sustento, puesto que podrían ser factores de SARLAFT/PADM y el SICOF.
- j) El Área de Talento Humano del Hospital, será la encargada de administrar la relación con el funcionario de planta y planta temporal y como mínimo una vez al año y durante el tiempo que dure el vínculo laboral con dicha persona, solicitará actualización de sus datos, tales como: domicilio, estado civil, estudios y cambios patrimoniales importantes. Al ingreso a la institución y anualmente es obligatorio diligenciar por parte del servidor el formulario conocimiento del cliente y el formato de Bienes y Rentas del SIGEP y compartirle copia al oficial de cumplimiento para su debida diligencia y monitoreo anual.
- k) El Área Jurídica del Hospital, será la encargada de solicitar el diligenciamiento del formulario de conocimiento cliente persona natural o jurídica con sus respectivos anexos al personal que tengan la intensión del contratar.
- l) Las políticas del Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) serán revisadas como mínimo una vez al año y de acuerdo con los cambios normativos que se registren, esta revisión la hará el oficial de cumplimiento, el área jurídica y áreas que se vean impactadas por las modificaciones o quien designe la gerencia y los cambios serán aprobados por la Junta Directiva de la ESE Hospital Santa Mónica.

ARTICULO 18: PROCEDIMIENTOS

Para la ESE HOSPITAL SANTA MONICA se establecen los siguientes procedimientos los cuales se llevarán a cabo de acuerdo al objeto legal de la ESE Hospital Santa Mónica, articulados con el Sistema SARLAFT/PADM vigente.

• Cliente.

Son considerados clientes de la Entidad todas aquellas personas naturales o jurídicas, llámense aseguradoras, entidades promotoras de salud, y en general toda entidad responsable de pago perteneciente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con las cuales la entidad establece y mantiene una relación contractual o legal, y en especial reconoce como sus grupos de interés a la ciudadanía en general.



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- **Otros grupos de interés**

Con el fin de proteger a la entidad de forma integral y darle cumplimiento al Estatuto anticorrupción también son grupos de interés de la ESE HOSPITAL SANTA MONICA., los que se relacionan a continuación.

18.1 Procedimiento conocimiento del cliente contratistas y proveedores

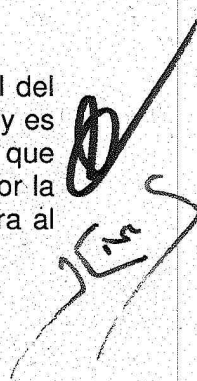
Siempre previo a la celebración de un contrato, orden de servicios, orden de compra o convenios, el Grupo de Contratación (Oficial de cumplimiento), además de los documentos que se solicitan para la suscripción y en cumplimiento de la prevención del Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) y delitos fuente de los mismos, consultará a las personas naturales y jurídicas y sobre estas últimas solicitará el listado de los principales socios, asociados, accionistas y / o fundadores con su respectivo número de identificación cuando esta información no conste en el certificado de existencia y representación legal y su participación sea del 5 % ó más del capital social, aporte o participación y porcentaje de participación. (Nombre completo, tipo de identificación, número de identificación y % del capital social). Igualmente, una vez presentada(s) la(s) propuesta(s), el funcionario encargado del trámite, realizará la consulta de listas de control del Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), de la persona natural o jurídica, en este caso de su representante legal, de las personas naturales que figuren en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio; así como de los principales socios, asociados, accionistas y / o fundadores cuya información haya sido suministrada por el proponente.

Si de la consulta realizada, el resultado es positivo, se expide certificado parte del Oficial de Cumplimiento, para confirmar o desestimar que sea la misma persona la que se encuentra en las listas de control.

Una vez realizada la verificación se certifica como PROCEDENTE o NO PROCEDENTE de acuerdo a las consultas realizadas y se anexa en el expediente único del contrato.

18.2 Procedimiento para la provisión y nombramiento de personal de planta perteneciente el Sistema de Carrera Administrativa:

Se hará con base en el acto administrativo emitido por la comisión Nacional del Servicio Civil, en el cual conste que el concursante ha superado las pruebas y es apto para posesionarse en el cargo para el cual concursó. En el momento que el concursante se presente a la Entidad, y ésta se encuentre notificada por la Comisión Nacional del Servicio Civil, la Oficina de Talento Humano informara al



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

concurante sobre los requisitos, trámites y documentos de Ley que debe presentar para su nombramiento y posesión en el cargo para el cual concurso. La Entidad, de considerarlo necesario realizará visita domiciliar si es el caso, efectuaran la consulta en las listas restrictivas y de control para determinar que no tiene ninguna restricción relacionada con Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), ni se encuentra investigado por delitos relacionados o conexos. Superado este procedimiento, el representante legal, procederá a emitir el acto administrativo de nombramiento en periodo de prueba y a realizar la respectiva posesión.

Efectuada esta verificación enviara al Área Talento Humano el certificado de la debida diligencia y así continuar con el proceso diligenciando el formato de hoja de vida de la función pública y el formato de declaración de bienes y rentas.

18.3 Procedimiento cargos de Libre Nombramiento y remoción y Provisionalidad.

de igual forma, para estos casos, una vez seleccionado el candidato, se remite hoja de vida, certificado judicial, certificado de antecedentes disciplinarios y certificado fiscal al área de Talento Humano. (Articulado con las políticas del SARLAFT/PADM de la ESE.)

18.3 Procedimiento para la vinculación de clientes Persona Públicamente Expuestas (PEP's).

Se consideran PEP's a las siguientes personas:

- Personas que manejan recursos públicos: Son personas que por razones de su cargo manejan dineros cuyo titular es una Entidad Estatal.
- Personas que ostentan algún grado de poder público: Son personas que hacen parte de una de las ramas del poder público, Gobernadores, alcaldes, etc.
- Personas que gozan de reconocimiento público: Son personas que por razones de la actividad que realizan gozan de autoridad o superioridad.

El Oficial de cumplimiento contará con un listado de los clientes clasificados como PEP's, del cual se realiza un monitoreo y revisión constante a través de los diferentes comunicados de prensa para verificar que no se encuentren en listas negativas de SICOF y de la misma manera identificar nuevos clientes / beneficiarios PEP's.

En la Entidad, se aplicarán procedimientos de control y monitoreo más exigentes respecto de las operaciones que puedan realizar los PEP's, a los clientes / contrapartes proveedores o contratistas. (Articulado con las políticas del SARLAFT/PADM de la ESE.)

[Handwritten signature]

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

18.4 Procedimiento para la actualización de los datos de los clientes:

Se establece que los formularios para el conocimiento del cliente persona natural y jurídica tendrán una vigencia de un año a partir de la fecha que se realiza la debida diligencia y para la lista propia que por factores de riesgo se deba hacer monitoreo se hará de manera semestral sin necesidad de diligenciar nuevamente el formulario de conocimiento cliente, (Articulado con las políticas del SARLAFT/PADM de la ESE.) si es discrecional del oficial de cumplimiento solicitar información en el proceso de la debida diligencia para aclarar dudas que se llegasen a suscitar.

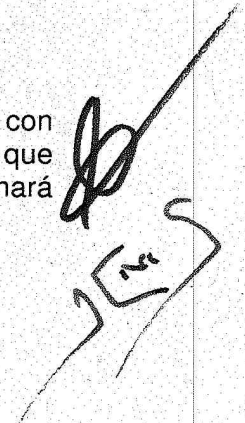
Hacen parte de este procedimiento las siguientes áreas.

- La oficina de contratación y/o adquisición de bienes y servicios para todos los **proveedores, persona natural o jurídica mediante contrato u orden de compra y donaciones.**
- La oficina de recursos humanos para todos los **empleados de planta permanente y temporal** de la ESE.
- Los interventores y/o supervisores **para el personal de outsourcing, CTA o Empresas de Servicios Temporales.**
- El personal de facturación para el caso de los **usuarios.**
- La oficina de mercadeo para el caso de los **clientes.**
- La oficina de Calidad para el caso de las **universidades e instituciones** educativas en general.

La información recolectada en cumplimiento de este procedimiento se deberá almacenar en una base de datos, será de absoluta reserva, su custodia será responsabilidad del Oficial de Cumplimiento quien garantizará el cumplimiento de lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios.

18.5 Procedimiento para el conocimiento del mercado

El procedimiento de conocimiento del mercado le permitirá a la Entidad establecer con claridad cuáles son las características usuales de los agentes económicos que participan en él y las transacciones que realizan. El conocimiento del mercado se hará conforme a los siguientes criterios:



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- Conocer a detalladamente las características particulares de las actividades económicas que realizan sus clientes, así como de las operaciones que estos llevan a cabo en los diferentes mercados.
- Se deben implementar los procedimientos que le permitan a la ESE HOSPITAL SANTA MONICA., conocer en detalle el mercado al cuál se dirigen los servicios y productos que oferta.
- La ESE HOSPITAL SANTA MONICA., debe establecer las variables importantes que le permitan realizar el conocimiento del mercado para cada uno de los factores de riesgo.

18.6 Procedimiento para recibir donaciones:

En caso de que se reciban donaciones en efectivo o especie, siempre se aplicará un procedimiento de debida diligencia al donante para verificar la licitud y el origen de sus recursos, información que debe ser allegada al oficial de cumplimiento para su debida diligencia. **ARTICULO 19: MECANISMOS**

El Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y Fraude, SICOF deberá permitir a La Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica establecer los lineamientos a seguir cuándo existe una posible actividad de Corrupción, Opacidad o Fraude. Para ello La Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica debe contar con metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de estas posibles actividades.

- Matriz de riesgos institucional
- Mapa de riesgos
- Plan de acción de gestión del riesgo
- Riesgos con líneas de defensa
-

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

19.1 Indicadores: Cada líder de proceso implementará indicadores de ejecución que tienen como finalidad informar, controlar, evaluar y ayudar a tomar las decisiones y deberán estar alineados a la estrategia de la organización.

Para cada indicador se deberá establecer los niveles "Meta" de cumplimiento, así como los niveles de "precaución" y "críticos". Estos dos últimos niveles serán considerados como señales de alerta. La entidad dejará constancia de cada una de las posibles

[Handwritten signature]

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

actividades de Corrupción, Opacidad o Fraude detectadas, así como del responsable o responsables de su análisis y los resultados del mismo.

ARTICULO 20: INSTRUMENTOS

La ESE HOSPITAL SANTA MONICA ha definido para efectos del desarrollo del SICOE, instrumentos que apoyan el funcionamiento de los mecanismos adoptados por el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOE.

20.1 Señales de Alerta

De acuerdo a lo establecido en la Circular Extrema 009 de 2016, las señales de alerta se definen como 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:

a- Señales de alerta para miembros de junta directiva

La Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica posee las herramientas que permiten establecer plenamente la identidad de los miembros de Junta; así como confirmar sus datos y tenerlos actualizados permanentemente; a continuación, se relacionan las señales de alerta más importantes:

- Hay noticias o información en las que aparece vinculado una persona natural o jurídica que pueda afectar la reputación de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica.
- Realizan presión a colaboradores de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica para no cumplir con procedimientos, formatos o formularios que impliquen el registro de la información solicitada.

b- Señales de alerta para colaboradores

La Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica solo contratará con personas honestas e íntegras como Colaboradores. Frente a las empresas que pueden proveer personal de apoyo – si es necesario -, estas deben comprometerse a la adopción y cumplimiento de las políticas establecidas en el presente manual.

Es importante mencionar que todos los contratos deben contemplar como obligación del trabajador, dar estricto cumplimiento a las políticas y procedimientos de prevención de riesgos incluido SARLAFT/PADM, en especial las relacionadas con corrupción, opacidad, fraude, definidos por la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica.

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

A continuación, se relacionan algunas de las señales de alerta más importantes:

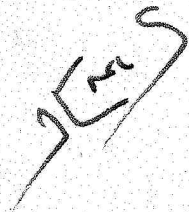
- *Colaboradores que tienen un nivel de vida que no es acorde a su nivel de ingresos.*
- *Colaboradores renuentes a disfrutar vacaciones y/o cambiar de actividad o ascensos que impliquen no continuar ejecutando las mismas actividades.*
- *Colaboradores que con frecuencia se ausenta de su lugar de trabajo, y que su cargo no lo justifica.*
- *Colaboradores que frecuentemente incurren en errores, descuadres y sus explicaciones son insuficientes o inadecuadas.*
- *Colaboradores que frecuentemente reciben regalos, invitaciones, dádivas u otros presentes de ciertos clientes o proveedores.*
- *Colaboradores que violen las políticas de confidencialidad y conflicto de intereses establecidas en el Código de Conducta y Buen Gobierno*
- *Colaboradores que modifiquen, alteren, pierdan o destruyan correspondencias, documentos, comprobantes de los controles de un determinado cliente o proveedor.*
- *Colaboradores que frecuentemente tramitan operaciones con excepciones para una determinada contraparte*

c. Señales de alerta para contrapartes (Personas naturales-Jurídicas)

La Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica tendrá políticas claras que le permitan obrar con la debida diligencia para establecer los procedimientos necesarios en materia de conocimiento del proveedor/prestador; este procedimiento incluirá el proceso de vinculación de los proveedores o clientes, y la administración de las operaciones realizadas por los mismos, teniendo en cuenta su naturaleza, la actividad que éste realiza, así como la jurisdicción en la que se encuentra.

A continuación, se relacionan las señales de alerta más importantes y que deben ser comunicados al oficial de cumplimiento cuando se tenga conocimiento:

- *Proveedores que venden a muy bajo precio sus productos o servicios en relación con sus competidores, ofreciendo un producto de la misma calidad o superior.*
- *Proveedores de medicamentos o insumos que venden sus productos por encima o en ocasiones sus precios se encuentran por debajo de los precios del mercado.*
- *Proveedores poco conocidos en el mercado pero que ofrecen altos volúmenes de mercancías a muy bajo precio.*
- *Ofrecer descuentos o beneficios adicionales que no se ajustan con los topes establecidos por el mercado.*
- *No entregar la información solicitada por alguna razón aparente, evitando conocer el proveedor a cabalidad.*
- *Sospechas de falsedad o adulteración en los documentos suministrados por el proveedor y/o persona natural.*



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- Amenaza o intento de soborno a colaboradores de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica con el fin de que acepte información incompleta o falsa.
- Diligenciar los formularios o formatos solicitados con letra ilegible o amañada.
- Aumento del valor del producto o servicio ofrecido sin justificación.
- Aparece en noticias de prensa con temas que lo relacionan con delitos de corrupción, opacidad, fraude.

20.2 Señales de Alerta según la UIAF

La UIAF, define como señales de alerta, 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 del Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).

Lo que hace una señal de alerta es facilitar el reconocimiento de una posible operación de Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude, Al 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.

De hecho, en el sector salud, por su reciente inclusión dentro de la política nacional de lucha antilavado de activos y del Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), aun no existen señales de alertas específicas para el sector; Sin embargo, resulta conveniente incluir en el presente manual, algunas de las identificadas por la Superintendencia Financiera de Colombia y la Unidad de Información y Análisis Financiero UIAF, los cuales pueden ser comunes para todos los sectores de la economía.

Todas las señales de alerta deben ser informadas y analizadas por el Oficial de Cumplimiento y los funcionarios de las áreas con funciones SICOF, con el fin de identificar la existencia de operaciones inusuales o sospechosas.

20.3 SEGMENTACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Se define segmento como la clase de mercado dentro de la cual se inscribe cada cliente de acuerdo con la naturaleza, características, volumen o frecuencia de sus operaciones, nivel de riesgo, clase de producto o servicio, origen o destino de las operaciones, o cualquier otro criterio similar, conforme las políticas de clasificación implementadas por la Entidad.

La Metodología para la segmentación de factores de riesgo de SICOF (clientes, productos, canales y jurisdicciones) de la Entidad se determina teniendo en cuenta el objeto social de la entidad y su operatividad.

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

a. Clientes o Contrapartes:

Para efectos del presente Manual, se consideran clientes que por sus operaciones pueden presentar un riesgo de SICOF para la entidad, los siguientes:

Clientes Internos

- Junta Directiva
- Administradores y Directivos
- Funcionarios
- Asesores
- Contratistas
- Clientes Externos
- Usuarios Ocasional
- Usuarios Frecuentes
- Entidades Responsables de Pago
- Operaciones Financieras de Tesorería
- Proveedores de Bienes y Servicios.

b. Producto

Productos que por sus operaciones pueden presentar un riesgo de SICOF para la entidad:

- Servicios Prestados a usuarios NO amparados por el Sistema General de Seguridad social en Salud-Particulares.

c. Canales de distribución y / o Prestación de Servicios:

Por su naturaleza y características los canales de operación o prestación de servicios de la entidad, en cumplimiento de su objeto legal, en atención al usuario son: atención presencial, virtual, chat, escrita y Call center.

d. Jurisdicción:

Se define como Jurisdicción, a las áreas geográficas denominadas regiones, zonas, áreas o países en los que opera la ESE o en donde se ubica el cliente o contraparte.

Para el caso de la ESE HOSPITAL SANTA MONICA HOSPITAL SANTA MONICA, la Jurisdicción Principal corresponde entre otras a los Municipios de la zona de influencia y el Departamento.

20.4 Seguimiento de operaciones

Con el propósito de observar detenidamente el movimiento de las operaciones que realizan los clientes, beneficiarios y usuarios, a través de los demás factores de riesgo, la Entidad realiza como mínimo, las siguientes diligencias:



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- Realizar seguimiento a las operaciones, con una frecuencia conforme a la evaluación de riesgo de los factores de riesgo involucrados en las operaciones. Para aquellos factores de riesgo de mayor Criticidad, el seguimiento se realizará como mínimo semanal.
- Se monitorearán las operaciones realizadas en cada uno de los segmentos de los factores de riesgo.

20.5 Consolidación electrónica de operaciones

Se realiza registro en base de datos completa de cada uno de los clientes o contrapartes de acuerdo a los registros en el formulario conocimiento del cliente.

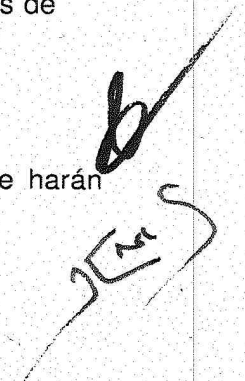
ARTICULO 21: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y RESPONSABLES DE SICOF

Niveles Jerárquicos de la Administración Pública

- ✓ **Nivel Directivo:** Comprende los empleos a los cuales corresponden funciones de Dirección General, de formulación de políticas institucionales y de adopción de planes, programas y proyectos.
- ✓ **Nivel Asesor:** Agrupa los empleos cuyas funciones consisten en asistir, aconsejar y asesorar directamente a los empleados públicos de la alta dirección territorial
- ✓ **Nivel Profesional:** Agrupa los empleos cuya naturaleza demanda la ejecución y aplicación de los conocimientos propios de cualquier carrera profesional, diferente a la técnica profesional y tecnológica, reconocida por la ley y que según su complejidad y competencias exigidas les pueda corresponder funciones de coordinación, supervisión y control de áreas internas encargadas de ejecutar los planes, programas y proyectos institucionales.
- ✓ **Nivel Técnico:** Comprende los empleos cuyas funciones exigen el desarrollo de procesos y procedimientos en labores técnicas misionales y de apoyo, así como las relacionadas con la aplicación de la ciencia y la tecnología.
- ✓ **Nivel Asistencial:** Comprende los empleos cuyas funciones implican el ejercicio de actividades de apoyo y complementarias de las tareas propias de los niveles superiores o de labores que se caracterizan por el predominio de actividades manuales o tareas de simple ejecución.

21.1 Funciones de la Junta Directiva Frente al SICOF

- Establecer las políticas para la prevención y control de SICOF que harán parte del subsistema



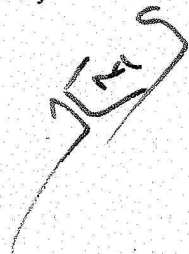
	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- b. Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.
- c. Garantizar la independencia del oficial de cumplimiento y los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento del SICOF, teniendo en cuenta las características del riesgo de SICOF el tamaño de la entidad; el equipo de trabajo humano y técnico debe ser de apoyo permanente para que el Oficial de Cumplimiento lleve cabalidad sus funciones.
- d. Designar al oficial de cumplimiento y su respectivo suplente.
- e. 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 este lo determine necesario.
- f. Pronunciarse sobre los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento y la Revisoría Fiscal de igual manera realizar el seguimiento a las observaciones o recomendaciones adoptadas, dejando constancia en las actas.

21.2 Funciones del Representante Legal

Son funciones del Representante Legal de la Entidad, en relación con el Sistema de Administración de Riesgos SICOF, las siguientes:

- a. Someter a aprobación de la Junta Directiva en coordinación con el Oficial de Cumplimiento, el manual de procedimientos del SICOF, sus actualizaciones y modificaciones.
- b. Verificar que los procedimientos establecidos, desarrollen todas las políticas adoptadas por la Junta Directiva de la Entidad.
- c. Adoptar las medidas adecuadas como resultado de la evolución de los perfiles y factores de riesgo y de los riesgos asociados.
- d. Garantizar que las bases de datos y la plataforma tecnológica cumplan con los criterios y requisitos establecidos en numeral 7 - Infraestructura Tecnológica de la Circular Externa 009 de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.
- e. Proveer los recursos técnicos, tecnológicos, humanos y de sistema de información, necesarios para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema de Administración de Riesgos SICOF.
- f. Brindar efectivo, eficiente y oportuno apoyo al Oficial de Cumplimiento. Garantizar que los registros utilizados en el SICOF cumplan con los criterios de integridad, confiabilidad, disponibilidad, cumplimiento, efectividad, eficiencia y confidencialidad de la información allí contenida.



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- g. Aprobar los criterios, metodologías y procedimientos para la selección, seguimiento y cancelación de los contratos celebrados con terceros para la realización de aquellas funciones relacionadas con el SICOF que pueden realizarse por éstos de acuerdo con lo señalado en el presente manual.

21.3 Oficial de cumplimiento Principal y Suplente

Para el adecuado cumplimiento de la labor que corresponde al Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, así como a su mejoramiento continuo será delegado el oficial de cumplimiento, sin que ello implique una sustitución a la responsabilidad que de manera colegiada le corresponde al máximo órgano social u órgano equivalente en la materia, desarrollando funciones de carácter eminentemente de asesoría y apoyo.

El oficial de cumplimiento para la ejecución del SICOF debe:

- a. Diseñar y someter a aprobación de la Junta Directiva, el manual de prevención de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude y sus actualizaciones.
- b. Adoptar las medidas relativas al perfil de riesgo, teniendo en cuenta el nivel de tolerancia al riesgo, fijado por la Junta Directiva.
- a. Diseñar y proponer para aprobación de la Junta Directiva, la estructura, instrumentos, metodologías y procedimientos tendientes a que en La Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica administre efectivamente sus Riesgos de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude, en concordancia con los lineamientos, etapas y elementos mínimos previstos en la Circular externa 20211700000005-5 de 2021.
- c. Desarrollar e implementar el sistema de reportes, internos y externos, de prevención y detección de la Corrupción, la Opacidad y el Fraude de La Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica
- d. Evaluar la efectividad de las medidas de control potenciales y ejecutadas para los Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude medidos.
- e. Establecer y monitorear el perfil de riesgo de La Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica e informarlo al órgano correspondiente, en los términos de la presente Circular 20211700000005-5 de 2021.
- f. Desarrollar los modelos de medición del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude.
- g. Desarrollar los programas de capacitación de La de La Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica relacionados con el SICOF.
- h. Presentar un informe periódico, como mínimo semestral, a la Junta Directiva y al representante legal, sobre la evolución y aspectos relevantes del SICOF, incluyendo, entre otros, las acciones preventivas y correctivas implementadas o por implementar y el área responsable.

[Handwritten signature]

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- i. Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten, a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica
- j. Estudiar los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude, dentro del ámbito de su competencia, para lo cual debe contar con la colaboración de expertos en aquellos temas en que se requiera y elaborar el informe correspondiente para someterlo a consideración del máximo órgano social.
- k. Informar a la Superintendencia Nacional de Salud los posibles casos de Corrupción, Opacidad y Fraude que se lleguen a presentar a través de los canales dispuestos para tal fin.
- l. Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al SICOF, en desarrollo de las directrices impartidas por el máximo órgano social, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
- m. Elaborar el plan anual de acción del SICOF y darle estricto cumplimiento.
- n. Recomendar a la Junta directiva medidas preventivas y/o acciones ante organismos competentes (Judiciales y/o disciplinarlos) para fortalecer el SICOF dentro de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica.

En general, el Oficial de Cumplimiento para la ejecución del SICOF, es el responsable de dirigir la implementación de los procedimientos de prevención y control, y verificar al interior de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica su operatividad y su adecuado funcionamiento, para lo cual debe demostrar la ejecución de los controles que le corresponden.

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

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

21.4 Órganos de Control

Las entidades deben establecer instancias responsables de efectuar una evaluación del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude, SICOF. dichas instancias informarán, de forma oportuna, los resultados a los órganos competentes.

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

Para la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica los órganos de control serán la Revisoría Fiscal y Control Interno.

21.5 Revisoría Fiscal

Sin perjuicio de las funciones asignadas en otras disposiciones al Revisor Fiscal, éste debe elaborar un reporte al cierre de cada ejercicio contable, en el que informe acerca de las conclusiones obtenidas en el proceso de evaluación del cumplimiento de las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOF.

A su vez, debe poner en conocimiento del Representante Legal los incumplimientos del SICOF, sin perjuicio de la obligación de informar sobre ellos a la Junta Directiva u órgano que haga sus veces.

21.6 Auditoría interna o quien ejerza el Control Interno

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

ARTICULO 22: DOCUMENTACIÓN

La ESE HOSPITAL SANTA MONICA tendrá a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud como mínimo los siguientes documentos

Los documentos deben incluir como mínimo:

- Manual de prevención de la corrupción, Opacidad y Fraude COF:
- Documentos y registros que evidencien la operación efectiva del SICOF.
- Los informes de la Junta directiva, el Representante Legal y los órganos de control en los términos de la circular 2021170000005-5 de 2021
- Mapa de Riesgos del SICOF conteniendo: Identificación de los factores internos y externos, riesgos identificados, análisis de probabilidad de ocurrencia de los riesgos y su impacto, identificación de los controles existentes para prevenir la ocurrencia o mitigar el impacto de los riesgos identificados, evaluación de la efectividad de los controles y definición de las acciones de mejoramiento necesarias.

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

- e. Documento que soporte la comunicación a todos los funcionarios de la entidad del mapa de riesgos y de las políticas y metodologías.
- f. Los análisis del registro de eventos de CORRUPCION-OPACIDAD Y FRAUDE, deben permitir establecer procesos de prevención y anticipación logrando:
- Entender los riesgos de las entidades, sus trabajadores y sus usuarios con las posibles consecuencias que con llevan.
 - Determinar si los controles y actividades ejecutadas son realmente efectivos a la hora de reducir los casos de CORRUPCION-OPACIDAD Y FRAUDE.
 - Investigar sobre nuevos métodos de CORRUPCION-OPACIDAD Y FRAUDE a fin de diagnosticar y evaluar controles para prevenirlos, detectarlos y responder de forma apropiada.
 - Colaborar con la Superintendencia nacional de Salud y autoridades y organismos Judiciales para emprender acciones conjuntas contra el CORRUPCION-OPACIDAD Y FRAUDE en el SGSSS.

NOTA de la circular: Los criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de los documentos aquí mencionados, de acuerdo con el art. 28 de la Ley 962 de 2005, deben conservarse por un período de diez (10) años.

Vencidos dichos periodos, pueden ser destruidos siempre que, por cualquier medio técnico adecuado, se garantice su reproducción exacta, sin perjuicio de los términos establecidos en normas especiales.

Resumen de reportes:

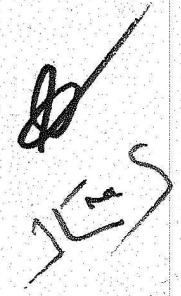
	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

CONCEPTO	CLASE	DOCUMENTO RELACIONADO	TIEMPO	RESPONSABILIDAD	REPORTAR A:
Operaciones inusuales	Reporte interno	Ver Manual del Sistema de Administración al riesgo del Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), procedimiento " Reporte Operaciones Inusuales y Sospechosas " Ver Formato de Reporte de Operaciones Inusuales.	Cada vez que suceda	Responsable de la Detección en cada uno de los procesos	Oficial de Cumplimiento
Reportes de la etapa de monitoreo	Reporte interno	Ver Manual del Sistema Administración de del Riesgo Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), metodología monitoreo de SICOF	Anual y/o semestral	Oficial de Cumplimiento	Presidencia Junta Directiva
Reporte de operaciones sospechosas (ROS)	REPORTA EXTERNO	Ver Sistema Manual del de Administración del Riesgo de Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), procedimiento " Reporte Operaciones Inusuales y Sospechosas	Cada vez que suceda, de manera inmediata. " De no generarse, debe informarse dentro de los Diez	Oficial de Cumplimiento	UIAF Autoridades Competentes
Reporte Transacciones en Efectivo	REPORTA EXTERNO	Ver Formato reporte de operaciones sospechosas Ver Sistema Manual del de Administración del Riesgo del Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF), Ver Formato reporte de transacciones en efectivo	Mensual	Oficial de Cumplimiento	UIAF

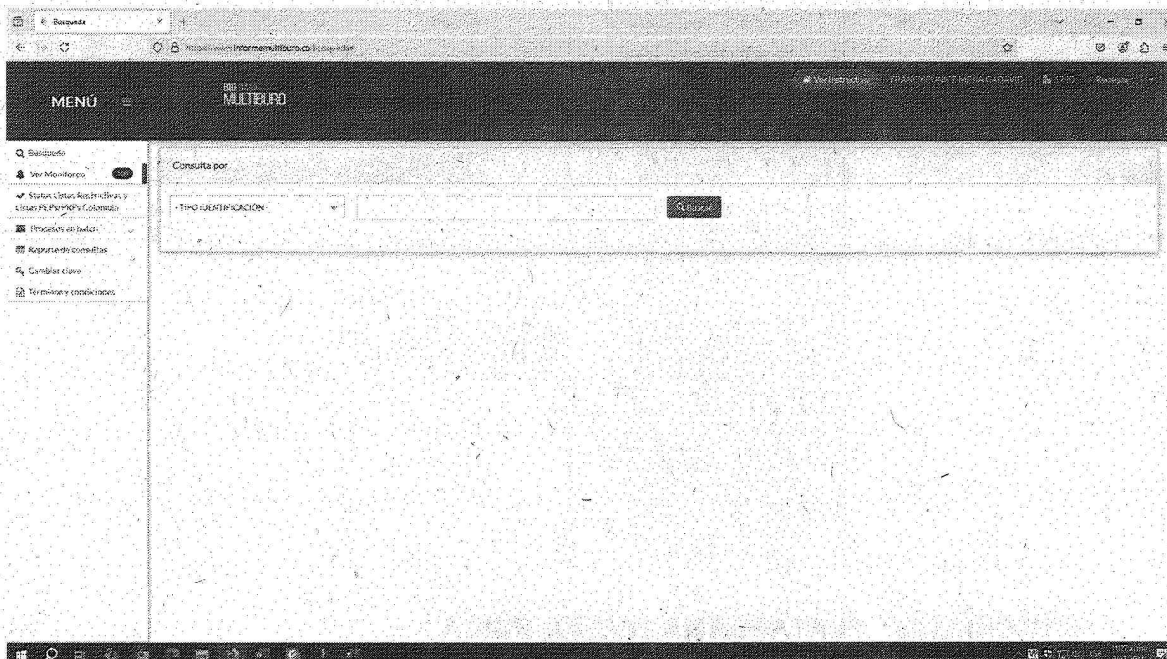
ARTICULO 23: PLATAFORMA TECNOLÓGICA

La ESE HOSPITAL SANTA MONICA., debe proporcionar al oficial de cumplimiento de las herramientas tecnológicas requeridas para el adecuado cumplimiento de sus funciones.

A la fecha se tiene vinculación con Asoriesgos donde cada año realizamos la renovación, esta plataforma permite a la ESE Hospital Santa Mónica realizar la debida diligencia del cliente de manera muy precisa dado que mantiene la información actualizada de cada una de las listas de verificación requeridas antes del proceso de vinculación de las contrapartes.



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013



- Desde el área de sistemas garantizar que la información mantenida en las bases de datos de la ESE HOSPITAL SANTA MONICA., cumpla con criterios de integridad, confiabilidad, disponibilidad, cumplimiento, efectividad, eficiencia y confidencialidad.
- El oficial de cumplimiento debe actualizar diariamente la base de datos de las consultas realizadas de acuerdo a los formularios recibidos.
- Realizar las copias de seguridad de los sistemas que garantizan la seguridad, conservación y disponibilidad de la información, en el momento que se requiera.

ARTICULO 24: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

El Hospital debe diseñar y ejecutar programas de capacitación para todo el dirigido a los funcionarios y contratistas sin distinción del tipo de vinculación en la ESE HOSPITAL SANTA MONICA acerca del cumplimiento de las normas, políticas y procedimientos de control para la prevención de este riesgo.

La divulgación de la información debe hacerse en forma periódica y estar disponible, cuando así se requiera. Así mismo, se debe diseñar un Sistema adecuado de reportes tanto internos como externos, que garantice el funcionamiento de sus propios procedimientos y el cumplimiento de los requerimientos normativos.

[Handwritten signature]

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

En el caso del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude – SICOF, el reporte externo que debe efectuar es en relación con las posibles actividades de Corrupción, Opacidad o Fraude, es deber del oficial de cumplimiento reportar a las entidades competentes según la actividad.

Así mismo, se debe mantener una comunicación eficaz, que fluya en todas las direcciones a través de todas las áreas de la organización.

Adicionalmente, cada empleado debe conocer el papel que desempeña dentro de la organización y dentro del SICOF, y la forma en la cual las actividades a su cargo están relacionadas con el trabajo de los demás. Para el efecto, la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica debe disponer de medios para comunicar la información significativa y de forma asertiva y clara, tanto al interior de la organización como hacia su exterior.

Ahora bien, en relación con los canales de comunicación, se debe contar con canales de comunicación particulares para la recepción de denuncias (tales como líneas telefónicas, correos electrónicos, buzones especiales en el sitio Web y otros mecanismos digitales) con el fin que las personas sean internas o externas a la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica y que detecten eventuales irregularidades, incumplimientos normativos, violaciones al manual de prevención del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude, u otros hechos o circunstancias que afecten o puedan afectar el adecuado funcionamiento del SICOF, puedan ponerlos en conocimiento del oficial de cumplimiento o la persona encargada del SICOF.

Estos canales deben contar con salvaguardas que garanticen la confidencialidad de la información y la identidad de la persona que está entregando la información.

La Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica debe diferenciar claramente estos canales de recepción de este tipo de información, de los canales de formulación de quejas derivadas en las fallas en la prestación de servicios.

De otra parte, la ESE cuenta con canales de comunicación particulares para la recepción de denuncias tales como:

- Línea Ética (Unión de la Línea Sarlaft y Línea Anticorrupción)
- Correo electrónico del Oficial de Cumplimiento
- Buzones en los Puntos de Atención al Usuario

24.1 PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DEL SICOF

La Institución, a través del Oficial de Cumplimiento y el área de Talento Humano deben desarrollar programas de capacitación dirigidos a los funcionarios y contratistas sin distinción del tipo de vinculación en la ESE HOSPITAL SANTA MONICA, con el fin de

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

generar una conciencia sobre la importancia de dar cumplimiento a las políticas y procedimientos establecidos por la entidad en materia de prevención y control y los Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF). Estos programas de capacitación deben ser constantemente revisados y actualizados por el Oficial de Cumplimiento. Todos los funcionarios y contratistas de la entidad, sin excepción, deberán recibir capacitación en dos momentos:

- Durante el proceso de inducción y reinducción de los nuevos colaboradores que ingresen a prestar sus servicios a la entidad
- Se programará una sesión de actualización y refuerzo, por lo menos una vez al año para lo cual podrá utilizar diversas herramientas como el correo electrónico, cartillas, intranet, aplicaciones de e – learning o en forma Presencial, según sea el caso.

24.2 ALCANCE DE LOS PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN

- Los programas de capacitación y entrenamiento deben ser elaborados por el Oficial de Cumplimiento, dejando constancia por escrito y en los cuales se desarrollarán como mínimo los siguientes temas:
- Las responsabilidades y las instancias encargadas de ejecutar los mecanismos e instrumentos de prevención de actividades lícitas relacionadas con el Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).
- Los coordinadores encargados de supervisar el cumplimiento de los procedimientos en cada área.
- El régimen de responsabilidades por el incumplimiento de los deberes que obligan a una adecuada prevención, detección y control del Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF).
- Los programas de capacitación se revisarán, actualizarán y evaluarán como mínimo una vez al año, adoptando los mecanismos pertinentes para corregir sus debilidades y deficiencias.

Cambios, modificaciones, actualizaciones y nueva normatividad que implique ajustes del Subsistema de Administración del Riesgo de corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF). Procedimientos para la evaluación de las capacitaciones

Las capacitaciones impartidas al personal de la entidad deben ser evaluadas por medio de la utilización de cuestionarios escritos, bien sea en medio físico o a través de medios electrónicos, mediante los cuales se pueda determinar:

- El entendimiento de los conceptos y temas tratados.
- La metodología utilizada y conocimiento del facilitador.
- La efectividad de los programas de capacitación.
- El alcance de los objetivos propuestos en la capacitación.



	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			FECHA DE VIGENCIA 30/12/2013

El responsable de verificar el cumplimiento en la realización de las evaluaciones, así como la eficacia de los programas de capacitación será el Oficial de Cumplimiento, la oficina jurídica y talento humano.

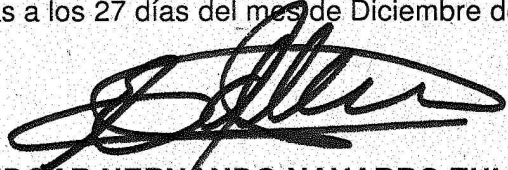
El Oficial de Cumplimiento informará en los diferentes comités el resultado obtenido en las capacitaciones de SICO. Esquema de Capacitación

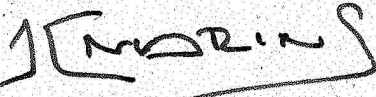
El esquema de capacitación debe corresponder al contexto dentro del cual se ubica la Entidad, y contara con una estructura pedagógica, temática y didáctica que garantice su pleno entendimiento y comprensión por parte del personal objeto de la capacitación.

ARTICULO 25°. APROBACIÓN, VIGENCIA. - El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición.

PÚBLIQUESE Y CÚMPLASE.

Dado en Dosquebradas a los 27 días del mes de Diciembre de dos mil veinticuatro (2024)


EDGAR HERNANDO NAVARRO ZULUAGA
 Presidente (E)


JUAN CARLOS MARÍN GOMEZ
 Secretario

Elaborado	Revisado	Revisado
Francy E Mejía Cadavid Profesional Universitario Oficial de Cumplimiento	Comité de Riesgos ESE Hospital Santa Mónica	 Asesor Jurídico  Asesor Financiero

