

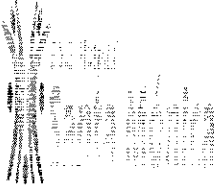


Código N°. 2818 - 1

ACUERDO No. 18

(23 de septiembre de 2020)

“POR MEDIO DEL CUAL SE DEROGA EL ACUERDO 017 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2017 Y SE ESTABLECE Y ADOPTA EL MANUAL SOBRE EL SISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGO EN EL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO LA/FT DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS”

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

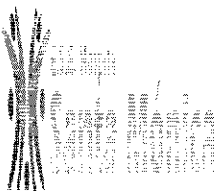
ACUERDO No. 18
(23 de septiembre de 2020)

“POR MEDIO DEL CUAL SE DEROGA EL ACUERDO 017 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2017 Y SE ESTABLECE Y ADOPTA EL MANUAL SOBRE EL SISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGO EN EL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO LA/FT DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS”

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Artículo 15 numeral 4 del Estatuto Básico de la ESE y el numeral 6.1 de la circular externa No. 009 del 21 de abril de 2016 proferida por la Superintendencia Nacional de Salud y,

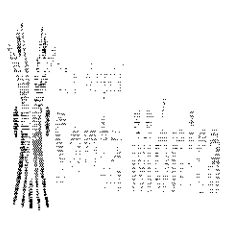
CONSIDERANDO

1. Que el Artículo 113 de la Constitución Nacional en su último inciso señala que los diferentes órganos del estado tienen funciones separadas que deben colaborar armónicamente para la realización de sus fines, dado que el lavado de activos y la financiación del terrorismo se han constituido como un riesgo y una amenaza en múltiples actividades de origen lícito, afectando la seguridad económica de todos los Colombianos, por lo cual todos los organismos del Estado competentes, deben impulsar políticas públicas y procedimientos de prevención y detección de este fenómeno en el que confluyen grandes flujos de dinero.
2. Que mediante circular No. 009 del 21 de abril de 2016 la Superintendencia Nacional de Salud dentro de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) a todas las entidades que pertenecen al Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSS), Introduce los criterios y parámetros mínimos que los agentes del SGSSS, vigilados por esta entidad, deben tener en cuenta para el diseño, implementación y funcionamiento de un sistema de autocontrol para la lucha contra el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (LA/FT).
3. Que la circular referida está dirigida a los representantes legales, socios, accionistas, revisores fiscales, la alta gerencia, los máximos órganos sociales, oficiales de cumplimiento, administradores y personas naturales o jurídicas que hacen parte de agentes del sistema general de seguridad social en salud SGSSS, que de acuerdo con la ley estén sujetas a la Inspección control y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.

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

4. Que de acuerdo a lo establecido en la circular externa No. 009 del 21 de abril de 2016 corresponden a las entidades que hacen parte del sistema, diseñar e implementar el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del terrorismo (SARLAFT), de acuerdo con los criterios y parámetros mínimos exigidos en la circular y de conformidad con los estándares internacionales que existen sobre la materia, especialmente los proferidos por el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI), Grupo de Acción Financiera Internacional de Sudamericana (GAFILAT), grupo de Acción financiera de Sudamérica (GAFISUD), además adaptando normas regulatorias que el Gobierno Nacional ha expedido sobre este componente en especial las leyes 1121 de 2.006 y 1621 de 2.013.
5. Que la ley 1474 de 2.011 "Estatuto Anticorrupción" en su artículo 12 establece: **"Sistema preventivo de prácticas riesgosas financieras y de atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** Créase el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud que permita la identificación oportuna, el registro y seguimiento de estas conductas. La Superintendencia Nacional de Salud definirá para sus sujetos vigilados, el conjunto de medidas preventivas para su control, así como los indicadores de alerta temprana y ejercerá sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre la materia. Dicho sistema deberá incluir indicadores que permitan la identificación, prevención y reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El no reporte de información a dicho sistema, será sancionado conforme al artículo 131 de la Ley 1438 de 2011.
6. Que el artículo 131 de la ley 1438 de 2.011 consagra que **"Artículo 131. Valor de las multas por conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud.** Además, de las acciones penales, de conformidad con el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, las multas a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado oscilarán entre diez (10) y doscientos (200) salarios mínimos mensuales legales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la resolución sancionatoria.
7. Que según lo establecido en la circular externa No. 009 del 21 de abril de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud en el numeral 6.1 le asigna como función a la Junta Directiva:

a. Establecer las políticas para la prevención y control del riesgo de LAVFT que harán parte del SARLAFT, para una posterior aprobación por la asamblea o el máximo órgano social o quien haga sus veces.

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

b. Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.

8. Que en cumplimiento a lo establecido en la circular No. 009 de 2016 el oficial de cumplimiento de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica realizó y aprobó el diplomado en "Administración del riesgo del lavado de activos y financiación del terrorismo" con la Fundación Interamericana Técnica en convenio con ASORIESGO, concluyéndose que se hace necesario modificar y derogar en su integralidad el Acuerdo No. 017 del 17 de diciembre de 2017 "POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA EL MANUAL SOBRE EL SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO EN EL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO LA/FT DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DOSQUEBRADAS "

En mérito de lo expuesto,

ACUERDA

ARTÍCULO 1º: Derogar en todas sus partes el Acuerdo No. 017 del 17 de diciembre de 2017.

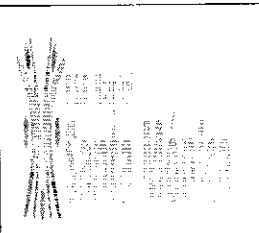
ARTÍCULO 2º: Establecer y adoptar el presente Manual de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, en los términos de lo establecido en la Circular No. 009 del 21 de abril de 2016, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas reglamentarias.

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 3º: INTRODUCCIÓN

La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA** como entidad de 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 del 21 de abril de 2016 deben diseñar e implementar el SARLAFT. La ESE es una entidad que puede ser permeada para ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento, en cualquier forma, de dineros u otros bienes provenientes de actividades ilícitas o destinadas a ellas o para dar apariencia de legalidad a los recursos generados de dichas actividades, conscientes de la importancia de proteger la entidad en toda su estructura se adopta el presente Manual, el cual define las directrices frente al Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/FR.

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

Es por ello que en cumplimiento de la Circular No. 009 del 21 de abril de 2016 y demás normas concordantes en la materia, los antecedentes y las recomendaciones internacionales de GAFILAT que la misma circular cita, se hace necesario diseñar un manual que establezca el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT que le permitan a la ESE establecer medidas 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".

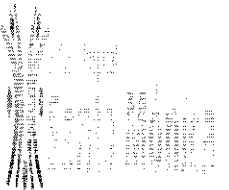
De igual forma guardara consonancia con las políticas para el tratamiento de los datos personales establecidas por la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica de Dosquebradas Risaralda.

ARTICULO 4º: OBJETIVO GENERAL:

El presente manual tiene por objeto general establecer las políticas, procedimientos, herramientas y controles a aplicar por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA, dentro de su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT, tendientes a mitigar, prevenir y evitar que en cumplimiento de su objeto social pueda ser utilizada para actividades delictivas directas o conexas con el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo o alguno de sus delitos fuentes.

ARTICULO 5º: OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 5.1 Establecer políticas claras de obligatorio cumplimiento por parte de las diferentes fuentes generadoras de riesgo.
- 5.2 Establecer procedimientos para cada una de las etapas que la implementación del presente manual requiere.
- 5.3 Establecer las herramientas con las cuales se llevará a cabo la implementación y medición del presente manual

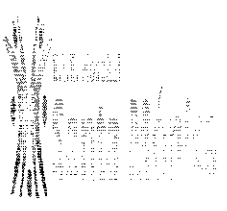
	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSIÓN 2.0
			fecha vigencia 30/12/2013

- 5.4 Establecer los mecanismos de prevención, monitoreo y control que se deberán aplicar para el adecuado funcionamiento del sistema de Administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT.
- 5.5 Promover la cultura de administración del riesgo y la necesidad de prevenirlo, medirlo, controlarlo y mitigarlo.
- 5.6 Incorporar con el acompañamiento de la Gerencia una partida presupuestal en cada una de las vigencias para la debida ejecución y seguimiento del SARLAFT, la cual debe quedar reconocida y con prioridad de A en el plan de Adquisiciones de la entidad.
- 5.7 Implementar los controles que sean necesarios en las diferentes operaciones que puedan generar riesgo LA/FT
- 5.8 Realizar la debida diligencia y conocimiento de las diferentes fuentes generadoras de riesgo; así como la identificación efectiva de las personas públicamente expuestas PEP.
- 5.9 Prevenir sanciones por parte de los entes de vigilancia y control, las definidas en el Código Penal y las normas internacionales.

ARTICULO 6º: CAMPO DE APLICACIÓN: El manual se ha elaborado como una herramienta de consulta y aplicación con el fin de que todos los funcionarios y personas vinculadas a la ESE tengan claro que dentro de sus actividades y responsabilidades esta la participación para la Prevención y Control, así como proteger a la entidad para evitar que se realicen actos delictivos encaminados al LA/FT, siendo de obligatorio cumplimiento por todos los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS).

Al interior de la ESE todos los procesos se deben ajustar al cumplimiento de las políticas establecidas en el presente manual y se deja claridad que la información de los pacientes en acatamiento a lo ordenado por la Superintendencia Nacional de Salud no deben ser objeto del sistema, excepto cuando se trate de la cancelación de copagos, cuotas moderadoras, deducibles o cualquier pago adicional contemplado en el sistema general de seguridad social en salud, en los planes voluntarios de salud o seguros en general que cubran eventos de salud, que superen los montos establecidos en el presente manual, casos en los cuales aplica la debida diligencia.

PARAGRAFO PRIMERO: Para aquellas instituciones con las cuales la ESE tenga relaciones contractuales y/o comerciales, que igualmente están obligadas o no a contar con su propio Sistema de Administración del Riesgo LA/FT tales como Entidades del Sector Cooperativo, Entidades del Sector Financiero, Fondos de Empleados, Cooperativas de Trabajo Asociado, Temporales y demás, la Empresa Social del Estado

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

solicitará certificado de parte del Oficial de Cumplimiento o Revisor Fiscal de dicha entidad donde manifieste que el sistema SARLAFT está en total funcionamiento y que los controles al interior de la misma mitigan los riesgos inherentes a su sector frente a sus empleados, clientes y proveedores, sin embargo, el Representante Legal de dicha entidad diligenciará el formulario a que haya lugar como cliente persona jurídica, el cual será igualmente verificado por el Oficial de Cumplimiento de la ESE. En este sentido todos los interventores y/o supervisores de los contratos de bienes y servicios que la entidad celebre para el cumplimiento de sus actividades misionales están obligados al cumplimiento de las disposiciones establecidas en el presente manual, teniendo presente lo establecido en 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."

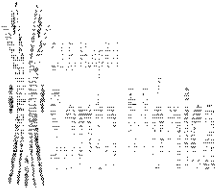
ARTICULO 7º: FUENTES GENERADORAS DEL RIESGO (Personas sujetas al manual LA/FT).

Frente a las fuentes o factores generadores de riesgo, se debe tener claridad que la fuente primaria para cada caso es la persona natural, entendiéndose que para las personas jurídicas son el o los dueños o propietarios conjuntamente con el Representante Legal.

7.1 CLIENTES PERSONAS NATURALES (USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD PACIENTE Y/O ACUDIENTE Y FUNCIONARIOS): Dentro de ésta fuente de riesgo se ubican:

- Los usuarios particulares que cancelen sumas iguales o superiores a seis punto cinco (6,5) SMMLV
- Los usuarios que teniendo una cobertura de salud (Régimen Subsidiado, Contributivo o Régimen Especial) cancelen sumas iguales o superiores a seis punto cinco (6,5)SMMLV
- Los usuarios del régimen subsidiado o contributivo que cancelen por copago un valor igual o superior a seis punto cinco (6,5)SMMLV
- Todos los usuarios de medicina prepagada que cancelen por copago un valor igual o superior a seis punto cinco (6,5)SMMLV.
- Todos los usuarios que pretendan obtener información o prestación de servicios presentando falsedad en documentos o que se detecte suplantación.
- Todos los servidores públicos que pretendan obtener información o prestación de servicios haciendo uso de su posición.

7.2 CLIENTES PERSONAS JURIDICAS (ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO Y ACCIONISTAS SOCIOS DE LA ESE - ENTES TERRITORIALES): Dentro de ésta fuente de riesgo se ubican:

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

- Todos los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) a los cuales la ESE les preste sus servicios de salud por medio de una relación contractual o sin ésta.
- Todas las personas jurídicas de índole Pública o Privada con las cuales la ESE pretenda tener una relación comercial y/o contractual para la prestación de servicios de salud y otros.
- Para ese grupo de fuentes se aplicará el Parágrafo Primero del Artículo Sexto del presente manual.

7.3 PROVEEDORES PERSONAS NATURALES (CONTRATISTAS, OUTSOURCING, COOPERATIVA TRABAJO ASOCIADO O EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES):

Dentro de ésta fuente de riesgo se ubican todas las personas naturales que pretendan suministrar bienes y/o servicios a la ESE, incluidos el revisor fiscal si es persona natural y las personas naturales dependientes de personas jurídicas que desarrollan actividades dentro de la ESE tales como outsourcing, Cooperativas de Trabajo Asociado o Empresas de Servicios Temporales.

Para este grupo de fuentes se aplicará el Parágrafo Primero del Artículo Sexto del presente manual.

7.4 PROVEEDORES PERSONAS JURIDICAS (BIENES Y SERVICIOS) Dentro de ésta fuente de riesgo se ubican todas las personas jurídicas que pretendan suministrar bienes y/o servicios a la ESE, incluida la Revisoría Fiscal si es persona jurídica. De igual manera se incluyen todas las universidades e instituciones educativas con las cuales la ESE desarrolle convenios de docencia servicio que tengan como contraprestación alguna suma de dinero.

Para este grupo de fuentes se aplicará el Parágrafo Primero del Artículo Sexto del presente manual.

7.5 FUNCIONARIOS DE PLANTA: Dentro de esta fuente de riesgo se ubican todos los funcionarios de planta permanente o temporal de la ESE Hospital Santa Mónica, bien sean por nombramiento de carrera administrativa, provisional o encargo e incluso se cubrirá el personal asistencial en etapa de rural o práctica cancelada por la ESE.

7.6 ACCIONISTAS DE LA ESE: Dentro de esta fuente de riesgo se ubican la Departamento de Risaralda y la Alcaldía de Dosquebradas.

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

7.7 MIEMBROS DE JUNTA: Dentro de esta fuente de riesgo se ubican los miembros de la Junta Directiva de la ESE, bien sean por titularidad o delegación, es responsabilidad del delegante la vinculación del delegado a delitos fuentes de LA/FT.

7.8 PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE Dentro de esta fuente de riesgo se ubican todas las personas naturales que tengan relación con la ESE por algún tipo de operación con asignación de recursos.

PARAGRAFO PRIMERO: Se debe entender que para el caso de las personas jurídicas en cualquiera de sus clasificaciones como proveedores o clientes es de obligatorio cumplimiento entregar la información de las personas naturales que están como responsables de éstas, tales como Representante Legal y Accionistas.

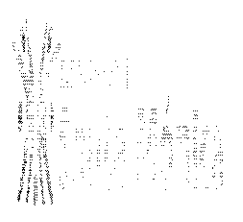
PARAGRAFO SEGUNDO: La responsabilidad en el cumplimiento de las normas del presente manual corresponderá a todas las personas objeto del mismo de acuerdo con las funciones que se le hayan asignado conforme con el perfil de su cargo. En consecuencia, el incumplimiento de las disposiciones descritas en el presente manual acarreará las sanciones previstas en el código disciplinario único.

ARTICULO 8º: PRINCIPIOS QUE REGULAN EL SISTEMA: El procedimiento de Prevención y Control de Lavado de Activos, se relaciona con los procesos internos que desarrolla la Empresa Social del Estado, las entidades externas e internas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). De esta manera la lucha contra el Lavado de activos y la Financiación del Terrorismo, se adelanta bajo los principios de coordinación, cooperación, complementariedad y especialización; su enfoque está enmarcado en 7 ámbitos:

8.1 CREACION DE UNA CULTURA DE PREVENCIÓN: Pretende que los empleados no hagan parte de operaciones asociadas al LA/FT o sus delitos fuentes, pues conocen los riesgos, daños personales y sociales que generan los delitos.

8.2 PREVENCIÓN: busca evitar la realización de cualquiera de los pasos previos del delito, pero además de esto permite definir acciones de control que reduzcan la posibilidad de ocurrencia y sus consecuencias.

8.3 DETECCIÓN: Es la determinación de la presencia de hechos que generan una señal de alerta. La detección del LA/FT, implica la realización de actividades que buscan descubrir, localizar y comunicar la presencia de operaciones sospechosas, proporcionando la información disponible para la pronta comunicación a las autoridades con el fin de que estas puedan desarrollar las medidas más adecuadas para una pronta investigación.

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

8.4 REPORTES: Es el cumplimiento de la generación de los reportes oportunos ante la UIAF de las Operaciones Sospechosas ROS, y de los reportes de procedimientos y proveedores en cumplimiento de la Circular 09 del 21 de abril de 2016. Igualmente, de los reportes que todos los agentes pueden realizar ante dicha unidad.

8.5 SOCIALIZACION: La adecuada socialización del presente manual permitirá que los clientes, empleados, contratistas, accionistas (Departamento de Risaralda y Municipio de Dosquebradas) y proveedores se abstengan de realizar operaciones dolosas que conduzcan al reporte de acciones sospechosas y que tienen relación con el LA/FT.

8.6 MONITOREO: Cualquier proceso que se establezca en las instituciones solo garantiza su éxito si es objeto de seguimiento permanente, es decir que la sostenibilidad de las acciones deben ser el propósito y de ello es responsable la Junta Directiva de la ESE, la administración en cabeza de su oficial de cumplimiento, pero se debe tener en cuenta que es obligación de la revisoría fiscal y la coordinación del control interno de la empresa social del estado, que estas actividades se cumplan en forma adecuada y de manera permanente.

CAPITULO II

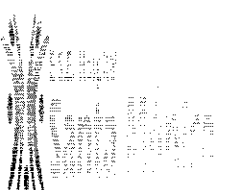
ELEMENTOS DEL SARLAFT

ARTICULO 9º: POLITICAS:

Las políticas establecidas y adoptadas en el presente manual por **LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA**, responden a la necesidad de preservar la confianza y transparencia en todas las operaciones que genera la prestación de servicios de salud, previniendo, detectando y reportando oportuna y eficazmente los eventos de riesgos que podrían generar pérdida económica, sanciones o amenazar la supervivencia de la entidad, están serán determinadas de la siguiente manera:

9.1 POLITICAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL SARLAFT: El Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo es de obligatorio cumplimiento y debe ser de conocimiento por parte de los funcionarios de la ESE Hospital Santa Mónica.

- 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.

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

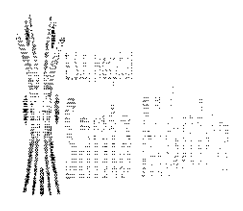
- b) El Hospital debe garantizar el recurso humano, tecnológico y económico para desarrollar todo el proceso del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.
- c) El Hospital implementará seguimiento y monitoreo a su Sistema de Administración de Riesgo de LA/FT para garantizar el cumplimiento.
- d) El Hospital tiene el compromiso de colaborar activamente con las autoridades competentes en relación con la prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo, 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 de SARLAFT por el tiempo mínimo estipulado en la Circular Externa 009 de 2016 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 de LA/FT, de igual manera, establecer los procedimientos sancionatorios por el incumplimiento de las obligaciones establecidas en el SARLAFT, los principios establecidos en el Código de Ética y Buen Gobierno harán parte integral del SARLAFT.
- g) Es obligación de los funcionarios o contratistas del Hospital tener un comportamiento ético y diligente en el cumplimiento de las normas sobre prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo que la ley, las entidades de vigilancia y la compañía 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.
- 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 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.

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

- j) El Área de Gestión Humana del Hospital, será la encargada de administrar la relación con el funcionario o contratista y como mínimo una vez al año y durante el tiempo que dure el vínculo laboral con dicha persona, 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 formato de Bienes y Rentas del SIGEP.
- k) Las políticas para la Administración de los Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo 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.

9.2 POLITICAS PARA LA VINCULACIÓN DE CONTRAPARTES: Para la vinculación de las contrapartes, la ESE Hospital Santa Mónica, aplicará las siguientes políticas:

- a) Para evitar que el Hospital se encuentre expuesto a riesgos asociados de tipo legal, operativo, contagio o reputacional, no se generará relación contractual y/o comercial con persona natural o jurídica sobre los cuales se tengan conocimiento que se encuentren registrados en las listas emitidas por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (ONU), lista OFAC, y/o demás bases de datos nacionales e internacionales y/o listas restrictivas por medio de las cuales se relacionen en actividades vinculadas con el LA/FT y sus delitos fuentes y en caso de presentarse debe reportarse el hecho oportunamente a la UIAF.
- b) Para el caso que la persona natural o jurídica se encuentre con nexos en "Panamá Paper", es totalmente discrecional de la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas Risaralda su contratación con aprobación de la Gerencia de la ESE Hospital Santa Mónica y de igual manera se debe reportar de manera oportuna a la UIAF.
- c) 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.

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

d) 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 a delitos fuentes de LA/FT.
2. Personas naturales o jurídicas que presentó documentos que permitan presumir su carencia de autenticidad o veracidad.

e) Actualización de la información de las contrapartes anualmente, incluye directivos, funcionarios, contratistas, proveedores entre otros, con el propósito de conocer los posibles cambios de su información personal, su actividad y su información financiera, para el caso de los funcionarios que hacen parte de la planta permanente de la ESE Hospital Santa Mónica no es necesario diligenciar el formato de conocimiento cliente persona natural, en el entendido que de manera anual los funcionarios diligencian para sus hojas de vida el formato de declaración de bienes y rentas, por tanto, el Hospital debe garantizar una vez al año la consulta de la debida diligencia del personal de la planta permanente y dejar su evidencia en las hojas de vida, en caso que el oficial de cumplimiento en el ejercicio de cumplimiento de sus labores requiera ampliar información en la debida diligencia, es obligación del funcionario entregar los soportes o información solicitada, en caso de negarse al requerimiento podrá acarrear sanciones disciplinarias.

9.3 POLITICAS PARA LA DEBIDA DILIGENCIA: Las fuentes generadoras de riesgos objeto del presente manual deberán entregar completamente diligenciados y con los soportes requeridos los formularios para el conocimiento del cliente tanto persona jurídica como natural.

9.3.1 Como mínimo una vez al año la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA** realizará las verificaciones para las fuentes de riesgo por medio de las herramientas o instrumentos que se definan para tal fin, en todo caso se deberán revisar antes de constituir la relación contractual y/o comercial.

9.3.2 Toda persona natural o jurídica debe diligenciar el formulario de conocimiento cliente, firmarlo y con huella y debe adjuntar los documentos soportes solicitados, en el caso de ser necesario adjuntar información adicional por solicitud del oficial de cumplimiento en el proceso de la debida diligencia la persona natural o jurídica está en la obligación de aportarla, el negarse a entregarla es desistir del proceso de contratación.

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

9.3.3 En el caso de personas PEP's, o casos que de acuerdo al criterio del oficial de cumplimiento amerite mediante la construcción de la lista propia de consulta de la institución, se hará monitoreo semestral.

9.3.4 En el caso que posterior a la verificación previa a la constitución de una relación contractual y/o comercial se llegara a incurrir en una relación con delitos por lavado de activos o financiación del terrorismo o alguno de sus delitos fuentes, la ESE dará por terminada inmediatamente dicha relación mediante la liquidación del contrato o del documento que soporte la relación contractual y/o comercial, en éste caso la ESE no estará obligada a reconocer valor alguno por sanción.

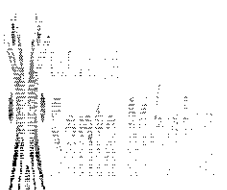
9.3.5 Todo funcionario de planta que sea relacionado con delitos por lavado de activos o financiación del terrorismo o alguno de los delitos fuentes, será retirado de su cargo mediante la aplicación del debido proceso, establecido en el artículo 29 de la carta constitucional, según sea el caso.

9.3.6 De presentarse una situación atípica que amerite el reporte ante la autoridad competente, se dará estricto cumplimiento a lo establecido en el Artículo 17 del presente manual.

9.4 POLITICA PARA EL MANEJO DE PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTOS:

Son los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas, por ejemplo, jefes de estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos. Una vez cumplida la política de la debida diligencia el PEPS detectado, debe relacionarse en la lista propia de la institución para su monitoreo semestral, si se evidencia en su debida diligencia alguna particularidad o señal de alerta deberá llevarse ante el comité de SARLAFT para su respectiva aprobación o en su defecto solicitar aprobación de nivel superior para su vinculación, se podrá realizar entrevista con el PEP's para indagar sobre el manejo de recursos públicos, ejercicio de funciones o cargos públicos, así mismo validar que no se encuentre inhabilitado para contratar con la institución.

9.5 POLITICA PARA EL MANEJO DE EFECTIVO: la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA, mediante el área de Tesorería siendo el área encargada del control del efectivo no efectuará pagos en efectivo a proveedores, salvo los casos establecidos en el acto administrativo que regula el manejo de la caja menor y lo hará la persona que la tenga a cargo, en este sentido la entidad igualmente dará lugar a la aplicación del proceso de bancarización como quiera que es un mecanismo seguro para evitar que estas prácticas se ejecuten dentro de la dinámica de operaciones de la entidad.

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

Para el caso del recaudo de efectivo, si este supera los topes establecidos de cinco millones al día y/o veinticinco millones al mes, se deberá aplicar la política de la debida diligencia.

Todo dinero falso debe ser considerado como faltante de caja.

9.6 POLITICAS SOBRE LA ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN: la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA, 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, si es discrecional del oficial de cumplimiento solicitar información en el proceso de la debida diligencia para aclarar dudas que se llegasen a suscitar.

9.7 POLITICA 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.

9.8 POLITICA GENERAL: Cualquier situación adicional no cobijada por las presentes políticas y que tengan relación con delitos por lavados de activos y financiación del terrorismo o alguno de sus delitos fuentes, deberá ser resuelta por el Oficial de Cumplimiento con el apoyo de la Gerencia, el Comité SARLAFT o Junta Directiva de la ESE si fuera necesario.

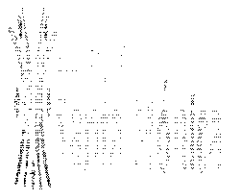
ARTICULO 10º: PRINCIPIOS DE LAS POLITICAS: Para el desarrollo de las políticas señaladas en el Artículo Noveno del presente manual, es necesario tener en cuenta los siguientes principios:

10.1 Equidad: Se garantiza un trato igualitario para todos los sujetos pasivos que hacen parte del sistema.

10.2 Transparencia: Dar a conocer a todas las personas naturales o jurídicas que participan en los diferentes procesos de la ESE, los lineamientos propuestos en el sistema.

10.3 Seguridad Operacional: Blindar a la institución para que todas las transacciones que se realicen con terceros procedan de fuentes lícitas.

10.4 Confidencialidad: Se garantiza que toda la información suministrada por todos los sujetos pasivos del sistema goce de reserva en los términos establecidos en las normas legales.

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

ARTICULO 11º: DECLARATORIA DE COMPROMISO ASUMIDO POR LA ORGANIZACION Y TODOS LOS AGENTES QUE EN ELLA INTERVIENEN RELACIONADOS CON LA PREVENCION Y CONTROL DEL LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACION DEL TERRORISMO:

La actuación diligente de los funcionarios y colaboradores en general de **LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA**, sin distingo de su forma de vinculación y/o contratación es la garantía ante eventuales situaciones de riesgo de LA/FT. Todos los funcionarios y colaboradores en general actuarán con la mayor diligencia posible para proteger a la institución de situaciones que puedan comprometerla con LA/FT. La integridad y el respeto como conductas, implican el acatamiento a las normas relacionadas con el control y prevención de LA/FT y del cumplimiento de las normas internas que la ESE disponga para ello. Igualmente, se espera de los funcionarios y colaboradores en general un comportamiento dentro de los más altos estándares éticos y morales, con directrices concretas que se recogen por parte de la organización en el manual SARLAFT y el código de ética. Este texto deberá estar en los formularios implementados para el conocimiento de las personas naturales y jurídicas.

ARTICULO 12º: LINEAMIENTOS DE LA POLITICA:

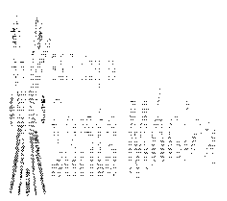
En desarrollo de la política de Prevención y Control del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, se declaran los siguientes lineamientos:

12.1 LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA reconoce que el lavado de activos y la financiación del terrorismo significan un alto riesgo para la economía, la seguridad del país y afecta directamente la transparencia, confianza y eficacia no sólo de contribuir a la realización de los fines del Estado y de cumplir la Ley, sino de proteger la imagen y la reputación nacional e internacional de las mismas.

12.2 LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA: cumplirá con las directrices emitidas por su Junta Directiva y órganos de control sobre la Prevención y el Control del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

12.3 LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTAMONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA: implementará la función de Oficial de Cumplimiento, de tal forma que cumpla con las directrices normativas al respecto, y le asignará los recursos humanos, técnicos, financieros y operativos requeridos para el adecuado desarrollo de sus funciones, los cuales quedarán reconocidos en el Plan de Adquisiciones de cada una de las vigencias.

12.4 LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA: Solicitará de sus proveedores, contratistas de bienes y servicios, Accionistas (Departamento de Risaralda y Municipio de Dosquebradas)

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

empleados de planta fija y temporal así como de las personas que presten sus servicios por medio de terceros tales como outosurcing, Cooperativas de Trabajo Asociado y servicios temporales, la confirmación de que sus operaciones cumplen con las normas y estándares de Prevención y Control del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

12.5 LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA: analizará y verificará que la información entregada por todos sus contratistas de bienes y servicios, accionistas (Departamento de Risaralda y Municipio de Dosquebradas), funcionario de planta permanente y temporal, así como de las empresas que presten sus servicios tercerizados tales como Outosurcing, Cooperativas de Trabajo Asociado y Servicios Temporales, cumplen con la norma sobre Prevención y Control del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

12.6 LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA: Colaborará con las autoridades en proveer la información que sea solicitada en el desarrollo de procesos de investigaciones de lavado de activos y financiación del terrorismo.

12.7 LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA: Colaborará y apoyará, en lo de su competencia con la política estatal para la Prevención y Control del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y cualquier otra agremiación en la promoción de políticas que prevengan y controlen este riesgo.

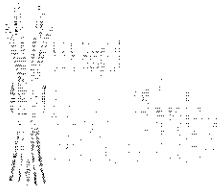
CAPITULO III

PROCEDIMIENTOS DEL SARLAFT

ARTICULO 13°: Para efectos de la Prevención y control del Riesgo del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y delitos fuentes, se establecen los siguientes procedimientos:

13.1 CONOCIMIENTO DE LAS FUENTES GENERADORAS DE RIESGO:

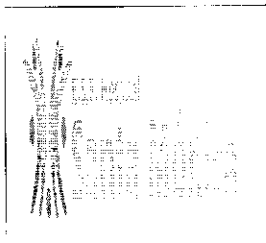
- Este procedimiento aplicará para todas las fuentes generadoras de riesgo señaladas en el Artículo Séptimo del presente manual.
- Este procedimiento se aplicará por medio del instrumento denominado formulario para el conocimiento del cliente persona natural y persona jurídica, y la responsabilidad de su diligenciamiento es:

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

- La oficina de contratación y/o adquisición de bienes y servicios para todos los **proveedores, persona natural o jurídica mediante contrato o 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.

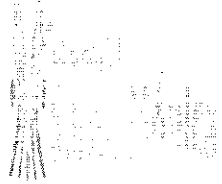
13.2 VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

- Este procedimiento aplicará para todas las fuentes generadoras de riesgo señaladas en el Artículo Séptimo del presente manual.
- Este procedimiento se aplicará por medio del análisis y consultas para verificar la veracidad de la información suministrada por las fuentes generadoras de riesgos.
- Hará parte de este procedimiento la consulta de las bases de datos y registros públicos disponibles, consultas que se pueden realizar mediante accesos gratuitos o buscadores especializados brindados por entidades reconocidas por la Superintendencia Nacional de Salud, la UIAF o las organizaciones dedicadas a la lucha contra el LA/FT.
- El responsable de la verificación de la información señalada en el presente procedimiento será el Oficial de Cumplimiento.

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

13.3 RECOLECCION DE INFORMACION PARA REPORTE DE OPERACIONES SOSPECHOSAS (ROS)

- Este procedimiento aplicará para toda situación que pueda ser tomada como Operación Sospechosa.
- Este procedimiento se aplicará por medio del formulario denominado Formulario para la recolección de la información de operaciones sospechosas, y la responsabilidad del diligenciamiento de éste estará en cabeza de todo el personal de la ESE con el apoyo del Oficial de Cumplimiento, dejando las siguientes claridades:
 - Corresponde a la Tesorería de la ESE con el apoyo del Oficial de Cumplimiento la documentación para la detección de posibles operaciones sospechosas en los flujos de dineros tanto salientes como entrantes a la ESE.
 - Corresponde al personal de facturación con el apoyo del Oficial de Cumplimiento la documentación de posibles operaciones sospechosas con los usuarios.
 - Corresponde a la Oficina de contratación y adquisición de bienes y servicios con el apoyo del Oficial de Cumplimiento la documentación de posibles operaciones sospechosas en los procesos de adquisiciones que adelante la ESE.
 - Corresponde a la oficina de Recursos Humanos con el apoyo del Oficial de Cumplimiento la documentación de posibles operaciones sospechosas con los funcionarios de planta de la ESE.
- En todo momento el Oficial de Cumplimiento deberá adelantar acciones tendientes a la detección de operaciones sospechosas con el 100% las fuentes generadoras de riesgo señaladas en el Artículo Séptimo del presente manual.
- Las operaciones sospechosas detectadas serán de inmediato reporte a la UIAF, el responsable de dicho reporte es el Oficial de Cumplimiento.

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

13.4 RECOLECCION DE INFORMACION PARA REPORTE DE PROCEDIMIENTOS Y PROVEEDORES:

- Este procedimiento hace referencia a la obligatoriedad de reportar mensualmente los usuarios persona natural, los proveedores y clientes persona natural o jurídica que realicen operaciones con la ESE en efectivo según los montos y períodos establecidos por las autoridades competentes.
- Para el cumplimiento de este procedimiento la Tesorería de la ESE deberá controlar mensualmente los movimientos en efectivo, según los montos y períodos establecidos, y deberá reportarlos igualmente de forma mensual al Oficial de Cumplimiento, en caso de no presentarse movimientos en los montos establecidos, deberá expedir certificación de no ocurrencia.
- Corresponde al Oficial de Cumplimiento realizar los reportes mensuales ante la UIAF.

13.5 ANALISIS DE LOS RIESGOS LA/FT:

- Para el cumplimiento de éste procedimiento en lo referente a LA/FT la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA** establece que el análisis de riesgos de LA/FT involucra medir la probabilidad o posibilidad de ocurrencia del riesgo inherente de LA/FT de cada uno de los eventos de riesgo, así como el impacto en caso de materializarse mediante los riesgos asociados.

Las consecuencias y probabilidades se combinan para producir el nivel de riesgo.

En esta etapa se deben establecer las fuentes o factores, los eventos o riesgos, sus causas y consecuencias. Para el análisis se pueden involucrar datos históricos, análisis teóricos, opiniones informadas y expertas y las necesidades de las partes involucradas.

13.5.1 Identificación del Riesgo:

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

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

Esta identificación se debe realizar durante el desarrollo o modificación de un nuevo producto o servicio, de igual manera cuando la magnitud de los negocios o expectativas en el mercado generen algún grado de incertidumbre o suponga intervención de terceros, variación de coberturas, contratos entre otros.

La metodología para identificación de los riesgos LA/FT se hace basados en el análisis interno recogiendo la información que se obtuvo de los talleres con expertos, en referenciaciones y utilizando otros medios como el análisis de tipologías y señales de alerta, documentos expedidos por unidades de análisis financiero y documentos o recomendaciones internacionales sobre prevención de LA/FT, obteniéndose la lista de posibles eventos de riesgos asociados a LA/FT.

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

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

Para la identificación de los riesgos deben considerarse las tipologías y señales de alerta de LA/FT, informes de Auditoría Interna, informes de Revisoría Fiscal, requerimientos de órganos de control, normatividad, circulares y conceptos emitidos por órganos de control y vigilancia, conocimiento de expertos, organismos nacionales e internacionales como GAFI, GAFISUD, Grupo Egmont, UIAF, etc.

La etapa de Identificación de Riesgo para la ESE consta de tres (3) fases definidas:

- Segmentación: La identificación de los riesgos del SARLAFT parte de la segmentación de los factores de riesgos.
- Identificación de riesgos generales: Esta fase tiene como objetivo identificar los riesgos y un conjunto de eventos de manera ordenada y sistemática, que puedan dar origen a eventos de lavado de activos y/o financiación del terrorismo.
- Identificación de riesgos por segmento de riesgo: Esta fase tiene como objetivo identificar para cada uno de los riesgos generales al segmento de

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

riesgo que le aplica, así como la identificación de riesgos particulares a cada segmento.

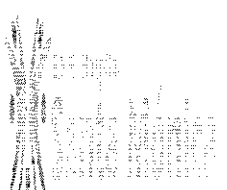
13.5.2 Evaluación y Medición:

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

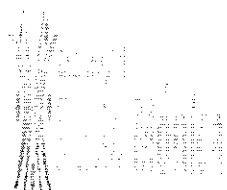
- **Probabilidad:** Posibilidad de ocurrencia del riesgo, ésta puede ser medida con criterios de Frecuencia o Factibilidad.
- **Frecuencia:** Analizan el # eventos en un periodo determinado, se trata de hechos que se han materializado o se cuenta con un historial de situaciones o eventos asociados al riesgo.
- **Factibilidad:** Analiza la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, se trata en este caso de un hecho que no se ha presentado, pero es posible que se dé, u valoración hace parte del análisis realizado frente a la descripción de cada probabilidad.

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

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

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

Niveles para calificar el impacto	Impacto (consecuencias) Cuantitativo	Impacto (consecuencias) cualitativo
CATASTROFICO 5	Multas hasta de 2.5000 SMLMV a la entidad y de 200 SDMLMV a los representantes legales. Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador , las cuales afectan un valor mayor o igual al 50% del presupuesto de ingresos y gastos de la entidad	Incumplimiento de los objetivos institucionales que afectan de manera grave la ejecución presupuestal en la respectiva vigencia. El prestigio institucional afectado en el orden nacional y regional por actos o hechos de corrupción, lavado de activos y financiación el terrorismo. Se presenta un efecto de contagio de las empresas o entidades que son proveedoras de la empresa social del estado. Generación de sanciones por parte de los entes de control Investigaciones de tipo penal para el gerente, administradores, junta directiva, asesor financiero, asesor jurídico y oficial de cumplimiento. Alta pérdida de clientes Disminución de ingresos. Revocatoria del certificado de habilitación. Calificación de riesgo financiero ALTO según la matriz dada por el Ministerio de Salud y protección social.

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

MAYOR 4	Multas hasta de 2.5000 SMLMV a la entidad y de 200 SDMLMV a los representantes legales. Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan un valor mayor o igual al 50% del presupuesto de ingresos y gastos de la entidad	Sanción por parte de los entes de control o ente regulador Incumplimiento del plan estratégico institucional Imagen institucional afectados por el desprestigio Pérdida de clientes
MODERADO 3	No se presenta multas por las entidades de control Se entra en plan de mejoramiento institucional para levantar el riesgo	Reproceso de las actividades y aumento de la carga operativa. Investigaciones y asignación de responsabilidades internas. Suspensión o cambio del oficial de cumplimiento Disminución de los ingresos de la ESE por mala imagen institucional
MENOR 2	No se presenta sanción alguna Cumplimiento de las tareas del plan de mejoramiento	Llamados de atención y requerimiento por parte de la gerencia, junta directiva, revisor fiscal y jefe de control interno
INSIGNIFICANTE 1	Ausencia de sanciones Ausencia de plan de mejoramiento	No hay interrupción de las operaciones de la entidad. No se afecta la imagen institucional No hay requerimiento por parte de la alta gerencia y responsables de la auditoria del sistema

En la escala de materialización del riesgo, el siguiente cuadro nos permite cuantificar el impacto:

Escala	Nivel	Legal	Económico	Reputacional	Contagio	Operacional
Catastrófico	5	Retiro del certificado de habilitación. Sanciones e investigaciones por parte de los organismos de	Multas por 2500 SMLMV y 500 SMLMV	Cobertura de medios de comunicación a nivel nacional, regional y local.	Produce efecto de contagio entre proveedores y la empresa	Genera pérdida de recursos. Cancelación en la contratación con las

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

		control		Mala imagen institucional Pérdida de clientes Efectos sobre la calificación del riesgo	social del estado	diferentes EPS. Pérdida de la relación comercial con nuestros proveedores Pérdida de las relaciones bancarias e institucionales
Mayor	4	Suspensión, cierre parcial de los servicios afectados Cambio del oficial de cumplimiento	Multas, gastos jurídicos de menos cuantía.	Pérdida de clientes Efectos sobre la calificación del riesgo	Produce efecto contagio significativo entre proveedores y la ESE	Pérdida de las relaciones comerciales y de crédito
Moderado	3	Suspensión del oficial de cumplimiento Requerimiento por por	Se genera gastos administrativos para implementación del plan de mejoramiento	Cobertura de medios a nivel regional Mala imagen pero nocuasa causa pérdida de clientes	Produce efecto contagio significativo entre proveedores y la ESE	Se afectan algunos procesos internos de la ESE
Menor	2	Se generan requerimientos y amonestaciones	Se generan gastos administrativos moderados	Cobertura de medios a nivel regional Afecta la imagen pero no causa daño a la institución	Se puede producir un riesgo de contagio con los proveedores	Afectación de un proceso específico
Insignificante	1	No se genera ningún	No se generan	No hay daño	No hay	No hay riesgo

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

		requerimiento ni amonestación	multas	a la imagen.	riesgo alguno con los proveedores	operacional
--	--	----------------------------------	--------	--------------	--	-------------

Para estimar el nivel de riesgo inicial, los valores determinados para la probabilidad y el impacto, se cruzan en la siguiente matriz de riesgo, con el fin de determinar la zona de riesgo en la cual se ubica el riesgo identificado.

Este primer análisis del riesgo se denomina RIESGO INHERENTE y se define como aquél al que se enfrenta una entidad en ausencia de acciones por parte de la dirección para modificar su probabilidad o impacto.

Los valores serán ubicados en una matriz 5 x 5 y cada uno de los cuadrantes tendrá asignado un nivel de riesgo inherente de acuerdo al resultado obtenido.

Probabilidad:

Se avanza hacia abajo en el cuadrante de probabilidad, cuando el control establecido, puede evitar que el riesgo se presente.

Impacto:

Se avanza hacia la izquierda en el cuadrante de impacto, cuando el control establecido no pudo evitar que el riesgo se materializara; sin embargo, el riesgo de acuerdo a los últimos registros ha minimizado.

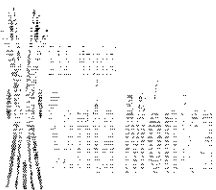
13.5.3 Control del Riesgo:

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

La identificación de controles se realizará de acuerdo con su tipo según las siguientes clasificaciones:

Por su naturaleza:

- Control preventivo: se aplica sobre la causa del riesgo y su agente generador, con el fin de disminuir la posibilidad de ocurrencia.
- Control detectivo: es una medida que se ejecuta frente a una situación anormal, como, por ejemplo, las señales de alerta de actividades de LA/FT.

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

- c) **Controles correctivos:** Éstos no prevén que un evento suceda, pero permiten enfrentar la situación una vez se ha presentado. Por ejemplo, en caso de un desastre natural u otra emergencia mediante las pólizas de seguro y otros mecanismos de recuperación y respaldo, es posible volver a recuperar las operaciones.

Por su forma:

- a) **Controles manuales:** son las acciones que realizan las personas responsables de un proceso o actividad.
- b) **Controles automáticos:** son procedimientos aplicados desde un computador en un software de soporte diseñado para prevenir, detectar o corregir errores o deficiencias, sin que exista manualidad en el proceso.

Por su estado de implementación:

- a) **Implementado:** el control requerido existe y funciona de manera adecuada.
- b) **En desarrollo:** el control existe, pero aún no surte los efectos requeridos.
- b) **No existe:** el control no se ha diseñado ni implementado.

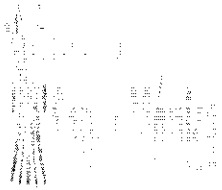
Los controles del Sistema de Autocontrol y Gestión del Riesgo de LA/FT, se calificarán de acuerdo con los tipos y formas de control frente al estado de su implementación, de acuerdo con la siguiente escala:

Los controles del Sistema de Autocontrol y Gestión del Riesgo de LA/FT, se calificarán de acuerdo con los tipos y formas de control frente al estado de su implementación, de la siguiente escala:

13.5.4 Tratamiento y Aceptación del Riesgo:

Es la decisión informada como institución de tomar un riesgo, el Hospital establece a continuación los niveles de aceptación y periodicidad de seguimiento a los riesgos identificado:

- a) Cuando se evidencia el riesgo residual y éste queda catalogado en nivel BAJO, se ASUMIRÁ el riesgo y administrará por medio de las actividades propias del proceso asociado y su control y el registro del seguimiento se realizará en la matriz establecida.

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

b) Cuando el nivel del riesgo residual queda ubicado en la zona de riesgo MODERADA, se deberá incluir este riesgo en el Mapa de riesgo del Proceso, establecer acciones que permitan REDUCIR la probabilidad de ocurrencia del riesgo, se administrarán mediante seguimiento SEMESTRAL en la matriz establecida.

c) Cuando el nivel del riesgo residual queda ubicado en la zona de riesgo ALTA, se deberá incluir el riesgo tanto en el Mapa de riesgo del Proceso como en el Mapa de Riesgo Institucional y se establecerán acciones que permitan EVITAR la materialización del riesgo. El seguimiento de estos riesgos será con periodicidad TRIMESTRAL en la matriz establecida.

d) Si el Nivel del riesgo residual se ubica en la zona de riesgo EXTREMA, se incluirá el riesgo en el Mapa de riesgo del Proceso y en el Mapa de Riesgo Institucional, se establecerán acciones que permitan EVITAR la materialización del riesgo. El seguimiento de estos riesgos será con periodicidad MENSUAL en la matriz establecida.

En caso de ser necesario se adoptará esta medida de tratamiento:

Compartir o Transferir el riesgo: Reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de seguros o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido. Por ejemplo, la información de gran importancia se puede duplicar y almacenar en un lugar distante y de ubicación segura, en vez de dejarla concentrada en un solo lugar.

Con la calificación de los controles y la determinación del riesgo inherente, se calcula el riesgo residual de LA/FT, definido como el riesgo al cual se encuentra expuesto la ESE luego de la ejecución de los controles sobre el riesgo inicial.

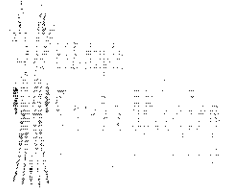
Una vez gestionado el riesgo inherente y definido sus controles el instrumento me permite consolidar el mapa de riesgos del proceso en donde se puede identificar el riesgo inherente y el riesgo residual, la valoración del riesgo residual en nivel de probabilidad e impacto.

Sobre este nivel de riesgo residual se aplica nuevamente los controles buscando disminuir, mitigar o trasferir el riesgo.

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

ZONA	NIVEL DE ACEPTACION	REGISTRO	SEGUIMIENTO	DEFINICION
Extrema	No aceptable	Mapa de riesgo proceso institucional	Trimestral	No existe o no se realizan actividades de control que permitan mitigar el LA/FT o existen factores externos ingobernables por la ESE.
Alta	No aceptable	Mapa de riesgo proceso institucional	Trimestral	Existen debilidades con respecto al diseño o implementación del control y se requieren modificaciones importantes para su mejoramiento
Moderado	No aceptable	Mapa de riesgo proceso institucional	Semestral	Se realizan actividades formales e informales que permiten mitigar o administrar parcialmente y de manera preventiva, riesgo LA/FT
Baja	Aceptable	Mapa de riesgo del proceso	Anual	Se realiza suficientes actividades que permiten mitigar o administrar totalmente el riesgo LA/FT

Con la calificación de los controles y la determinación del riesgo inherente, se calcula el riesgo residual de LA/FT, definido como el riesgo al cual se encuentra expuesta la ESE luego de la ejecución de los controles sobre el riesgo inicial.

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

Una vez gestionado el riesgo inherente y definido sus controles el instrumento me permite consolidar el mapa de riesgos del proceso en donde se puede identificar el riesgo inherente y el riesgo residual, la valoración del riesgo residual en nivel de probabilidad e impacto.

Sobre este nivel de riesgo residual se aplica nuevamente los controles buscando disminuir, mitigar o transferir el riesgo.

13.5.5 MONITOREO DEL RIESGO

Se evalúa la eficacia, eficiencia y oportunidad de los controles implementados para mitigar el riesgo de LA/FT, con el fin de aplicar correctivos y ajustes necesarios para asegurar una efectiva administración del riesgo.

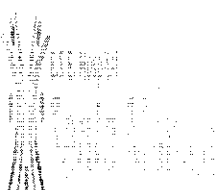
La revisión que se realice comprenderá un seguimiento y comparación del riesgo inherente y residual de cada factor de riesgo y de los riesgos asociados, y en el evento que se detecten variaciones con incremento del riesgo, se procederá a implementar los planes de acción a que haya lugar con el fin de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

Se debe validar el correcto funcionamiento de los controles implementados y que éstos den cobertura a todos los riesgos detectados de manera efectiva y eficiente.

El Oficial de cumplimiento es el responsable de realizar el seguimiento y monitoreo del Sistema de Gestión del Riesgo LA/FT.

La periodicidad de revisión y monitoreo del riesgo se realizará según las frecuencias establecidas en el numeral la tabla para la valoración de la probabilidad.

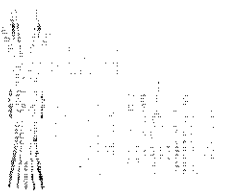
Para el cumplimiento de este procedimiento, los responsables de los procesos institucionales con el apoyo del Oficial de Cumplimiento deberán identificar los riesgos de LA/FT, evaluarlos y medirlos, establecer los controles y realizar seguimiento y monitoreo, para lo cual podrán hacer uso del Formato 04D404 - F48 IDENTIFICACIÓN, CLASIFICACIÓN Y ANALISIS DE RIESGOS, la cual permite la calificación según la siguiente matriz:

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

MATRIZ DE CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA A LOS RIESGOS					
PROBABILIDAD	IMPACTO				
	INSIGNIFICANTE (I)	MEJOR (J)	MODERADO (O)	MAJOR (O)	CATASTRÓFICO (C)
BAJA (I)	B	B	M	A	A
IMPROBABLE (J)	B	B	M	A	E
POSIBLE (O)	B	M	A	E	E
PROBABLE (O)	M	A	A	E	E
CASI SEGURO (C)	A	A	E	E	E
B: ZONA DE RIESGO BAJA: Asumir el Riesgo M: ZONA DE RIESGO MODERADA: Asumir el Riesgo, Reducir el Riesgo A: ZONA DE RIESGO ALTA: Reducir el Riesgo, Evitar, Compartir o Transferir E: ZONA DE RIESGO EXTREMA: Reducir el Riesgo, Evitar, Compartir o Transferir					

13.6 PROMULGACIÓN Y EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL SARLAFT POR PARTE DE LOS AGENTES Y/O FUENTES GENERADORAS DE RIESGO:

- El presente Manual deberá ser conocido por todos los agentes del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, para ello se deberá publicar en la página web de la ESE, y en las jornadas de capacitación, inducción y reinducción deberá ser socializado con todo el personal.
- Corresponderá a la oficina de contratación y adquisición de bienes y servicios la promulgación del presente manual con todos los proveedores personas naturales y/o jurídicas.
- Corresponderá a la oficina de recursos humanos la promulgación del presente manual con el personal en general.
- Corresponderá a la oficina de calidad la promulgación del presente manual con las universidades, instituciones educativas y estudiantes.
- Corresponderá a la oficina de mercadeo la promulgación del presente manual con las entidades responsables de pago.
- Corresponderá al Oficial de Cumplimiento la evaluación del conocimiento del presente manual por parte de los diferentes agentes, igualmente realizar las capacitaciones, explicaciones, presentaciones y demás que las demás áreas de la ESE requieran en material del presente manual.
- Tanto de la promulgación como de la evaluación se deberán dejar los registros por parte de cada responsable.

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

CAPITULO IV

HERRAMIENTAS DEL SARLAFT

ARTICULO 14º: PROPOSITOS DE LAS HERRAMIENTAS: Todo el esfuerzo de la ESE por conocer a sus clientes tiene tres propósitos generales:

- Servir de medida disuasiva para alejar a los delincuentes en actividades que pueden afectar a la ESE en la prestación de los servicios de salud.
- Permitir la detección de operaciones inusuales y la determinación de operaciones sospechosas, que deben reportarse a las autoridades, o información falsa en los procesos contractuales de bienes y servicios, información financiera que no obedece a la realidad de las operaciones.
- La política de conocimiento del cliente para efectos de la Prevención y Control del Riesgo de Lavado de Activos se entenderá como parte integral en las actividades misionales de la ESE.

ARTICULO 15º: CRITERIOS DE AGRUPACIÓN DE LAS FUENTES GENERADORAS DE RIESGOS:

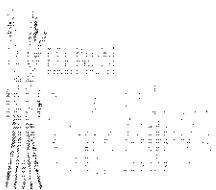
Si bien cada fuente generadora de riesgo es única, se deben tener criterios de agrupación para analizar las operaciones y orientar los controles correspondientes. Es por ello que el presente manual tiene establecida una clasificación de las fuentes generadoras de riesgos, sin embargo, se pueden organizar en dos grandes grupos que son personas naturales y personas jurídicas.

A continuación, hacemos referencia a éstas clasificaciones y otras condiciones especiales.

15.1 Personas Naturales

Las personas naturales son todos los entes de la especie humana que sólo por el hecho de existir cuentan con las características dadas por el derecho desde el punto de vista jurídico como atributos que son número de identificación, nombres y apellidos, domicilio, y nacionalidad, entre otros, estas personas poseen un patrimonio personal que no se puede separar de su dueño y puede contraer nuevas obligaciones o derechos que pueden ser transferido entre unos y otros.

Dadas sus características, las personas naturales tienden a ser más fáciles de identificar, pero no de controlar, esto último, en razón de su movilidad, la capacidad de confundirse

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

físicamente, los cambios de identidad (por ejemplo de número de tarjeta de identidad a número de cédula) y la capacidad de tener diversas actividades económicas.

15.2 Personas Jurídicas

Una persona jurídica es una organización con derechos y obligaciones que existe, pero no como individuo, sino como institución y que es creada por una o más personas (naturales o jurídicas) para cumplir un objeto social que puede ser con o sin ánimo de lucro.

La base de creación de una persona jurídica son sus estatutos, y a partir de éstos se deben generar los registros que por Ley se deben cumplir, tales como la obligatoriedad de llevar una contabilidad y reportar un estado de resultados con sus operaciones.

Es por ello que para el conocimiento de las personas jurídicas se requiere de una solicitud más amplia de información, y el análisis de sus estados financieros como mínimo de sus dos últimos años. Adicionalmente, las transacciones comerciales, contables y financieras de las personas jurídicas son más complejas, por lo tanto, se requiere mayor soporte documental para entenderlas.

Las personas jurídicas están compuestas por accionistas, pueden tener uno o varios representantes legales y domicilios. Por esta razón, el conocimiento de las personas jurídicas involucra el conocimiento de las personas naturales que la constituyeron, dirigen y controlan.

Una de las ventajas que existen al momento de verificar información suministrada por personas jurídicas es que, por su naturaleza especial, la ley exige que gran parte de estos documentos sean públicos. Es el caso de las escrituras de constitución, los registros mercantiles y algunos de sus informes financieros y contables.

15.3 Extranjeros

Cuando una persona natural o jurídica es extranjero, se generan dificultades adicionales para su identificación, pues la mayoría de los documentos provienen de otros países y esto dificulta su verificación. Es bien conocido en el medio la existencia de jurisdicciones laxas frente a la supervisión y la constitución de sociedades. Empresas provenientes de dichos países pueden presentar información documental original, aparentemente satisfactoria, pero que induce al error en cuanto a la verdadera apreciación de la seriedad y solidez de estas personas.

Es por ello que si un extranjero pretende constituir una relación contractual con la ESE deberá cumplir las normas nacionales para poder desarrollar su actividad.

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

15.4 Actuaciones por medio de Apoderado

Jurídicamente existe la posibilidad de nombrar apoderados para realizar actuaciones, en nombre de otra persona (natural o jurídica). Estos apoderados pueden acercarse legítimamente a los sujetos obligados en representación de un cliente y realizar operaciones. Este tipo de operaciones requiere una doble identificación, pues es necesario identificar tanto al cliente y como a su apoderado. Además, es necesario corroborar la validez y autenticidad del poder o el documento en el cual consta la designación del apoderado.

ARTICULO 16º: HERRAMIENTAS APLICABLES:

Las herramientas hacen referencia a los instrumentos y/o mecanismos aplicables para el logro de las políticas y objetivos del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

De igual manera las herramientas establecen los documentos o soportes necesarios para poder llevar a cabo lo procedimientos enunciados en el artículo 13 del presente manual.

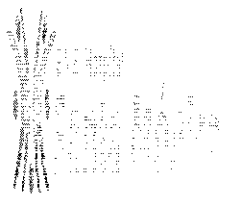
16.1 LISTADO DE PROVEEDORES: Todo proveedor de la ESE se deberá registrar en un listado antes de establecer una relación comercial o contractual con la ESE, se deberá clasificar por persona natural y jurídica, así:

16.1.1 Proveedor Persona Natural: Dentro de esta clasificación se toman todos los proveedores personas naturales que pretendan vender o suministrar un bien o servicio a la ESE y los contratistas; el listado deberá contener como mínimo:

- Tipo de Identificación
- Número de Identificación
- Lugar de Expedición de la Identificación
- Fecha de Expedición de la Identificación
- Nombres y Apellidos Completos
- Fecha de Nacimiento
- Lugar de Nacimiento
- Dirección de Residencia
- Ciudad de Residencia
- Departamento de Residencia
- Teléfonos Fijo y Móvil
- Dirección de Correo Electrónico
- Estado Civil
- Actividad Económica (Código CIIU y descripción de la actividad)

De igual manera se deben tener como soportes de dicho listado:

- Fotocopia del documento de identidad

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

- Certificado de ingresos y retenciones del último año.

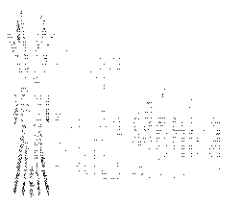
Responsabilidad de la administración de estas listas y los soportes:

- La lista y los soportes de las personas naturales que tengan relación por contrato, orden de prestación de servicios, orden de suministros u otra figura que sea de relación directa entre la ESE y la persona natural, será responsabilidad de la oficina de adquisición de bienes o servicios.
- La lista y los soportes de las personas naturales que tengan relación por intermedio de un tercero persona natural o jurídica, será responsabilidad de la oficina de recursos humanos.
- En todo caso, la oficina de adquisición de bienes y servicios y la oficina de recursos humanos deberán compartir ambos listados con el Oficial de Cumplimiento y poner a su disposición los soportes para el desarrollo de sus tareas.

16.1.2 Proveedor Persona Jurídica: Dentro de esta clasificación se toman las empresas que pretendan vender o suministrar algún tipo de bien o servicio a la ESE, incluyendo las universidades e instituciones educativas, para el personal que desarrolle sus servicios por medio de un tercero bajo la modalidad de outsourcing, CTA o Empresa de Servicios Temporales, será la empresa quien certifique que se hace la debida diligencia si tiene implementado el SARLAFT en caso contrario otorgara un certificado con la mínima debida diligencia.

El listado deberá contener como mínimo:

- Tipo de Identificación
- Número de Identificación
- Razón Social
- Dirección Principal
- Ciudad
- Departamento
- Teléfonos
- Dirección de Correo Electrónico
- Tipo de Empresa
- Actividad Económica (Código CIIU y descripción)
- Tipo de Identificación del Representante Legal
- Número de Identificación del Representante Legal
- Lugar de Expedición de la Identificación del Representante Legal
- Fecha de Expedición de la Identificación del Representante Legal
- Nombres y Apellidos Completos del Representante Legal
- Fecha de Nacimiento del Representante Legal
- Lugar de Nacimiento del Representante Legal
- Dirección de Correo Electrónico del Representante Legal

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

De igual manera se deben tener como soportes de dicho listado:

- Copia de Cámara de Comercio, o el documento que le permita desarrollar sus actividades comerciales.
- RUT
- Estados Financieros del último año.
- Documento que acredite las facultades para contratar por parte de Representante Legal.
- Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal.
- Certificado de ingresos y retenciones del último año del Representante Legal.

Responsabilidad de la administración de esta lista y los soportes:

- La lista y los soportes de las personas jurídicas que tengan relación con la ESE, serán responsabilidad de la oficina de adquisición de bienes o servicios.
- En todo caso, la oficina de adquisición de bienes y servicios deberá compartir el listado con el Oficial de Cumplimiento y tener a su disposición los soportes para el desarrollo de sus tareas.

16.2 VISITAS A LOS DIFERENTES AGENTES:

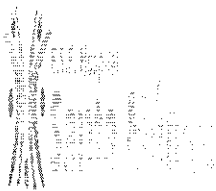
16.2.1 De considerarlo necesario, el Oficial de Cumplimiento podrá realizar visitas a las instalaciones de los proveedores, contratistas, personal de planta permanente y de planta de carácter temporal; se podrán verificar sus referencias de acuerdo a la información contenida en el SIGEP y de las visitas realizadas deberá dejar actas que demuestren la realización de la actividad.

16.2.2 Para el caso de los agentes personas naturales que desarrollen sus servicios por medio de un outsourcing, CTA o Empresa de Servicios Temporales, en caso de ser necesario, cada entidad debe contar con los mecanismos de visitas domiciliarias, dicho procedimiento será desarrollado por la misma entidad y presentará certificación del cumplimiento a la oficina de Recursos Humanos de la ESE.

16.3 LISTADO DE CLIENTES PERSONAS JURÍDICAS: Toda Entidad Responsable de Pago se deberá registrar en un listado antes de establecer una relación comercial o contractual con la ESE, o si ya se tenía la relación comercial al momento de la entrada en vigencia del presente manual, igualmente la ESE deberá adelantar las gestiones necesarias para constituir la lista.

El listado deberá contener como mínimo:

- Tipo de Identificación
- Número de Identificación
- Razón Social
- Dirección Principal
- Ciudad

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

- Departamento
- Teléfonos
- Dirección de Correo Electrónico
- Tipo de Empresa
- Actividad Económica (Código CIIU y descripción)
- Tipo de Identificación del Representante Legal
- Número de Identificación del Representante Legal
- Lugar de Expedición de la Identificación del Representante Legal
- Fecha de Expedición de la Identificación del Representante Legal
- Nombres y Apellidos Completos del Representante Legal
- Fecha de Nacimiento del Representante Legal
- Lugar de Nacimiento del Representante Legal
- Dirección de Correo Electrónico del Representante Legal

De igual manera se deben tener como soportes de dicho listado:

- Copia de Cámara de Comercio, o el documento que le permita desarrollar sus actividades comerciales.
- RUT
- Estados Financieros del último año comparativos con el año anterior
- Revelaciones comparativas de los Estados Financieros Comparativos.
- Documento que acredite las facultades para contratar por parte de Representante Legal.
- Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal.
- Certificado de ingresos y retenciones el último año del Representante Legal.

Responsabilidad de la administración de esta lista y los soportes:

- La lista y los soportes de los clientes personas jurídicas que tengan relación con la ESE, serán responsabilidad de la oficina de mercadeo.
- En todo caso, la oficina de mercadeo deberá compartir el listado con el Oficial de Cumplimiento y tener a su disposición los soportes para el desarrollo de sus tareas.

16.4 LISTADO DE PERSONAL PLANTA: Todos los funcionarios de planta fija y temporal se deberá registrar en un listado.

El listado deberá contener como mínimo:

- Tipo de Identificación
- Número de Identificación
- Lugar de Expedición de la Identificación
- Fecha de Expedición de la Identificación
- Nombres y Apellidos Completos
- Fecha de Nacimiento
- Lugar de Nacimiento

	NOMBRE ACUERDO		CÓDIGO 02D101-F10
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	ÁREA RESPONSABLE 01. JUNTA DIRECTIVA	VERSION 2.0
			fecha vigencia 30/12/2013

- Dirección de Residencia
- Ciudad de Residencia
- Departamento de Residencia
- Teléfonos Fijo y Móvil
- Dirección de Correo Electrónico

De igual manera se deben tener como soportes de dicho listado:

- Fotocopia del documento de identidad.
- Certificado de ingresos y retenciones del último año.
- Hoja de vida de la función pública.
- Declaración de bienes y patrimonio.

Responsabilidad de la administración de estas listas y los soportes:

- La lista y los soportes del personal de planta será responsabilidad de la oficina de Recursos Humanos.
- En todo caso, la oficina de Recursos Humanos deberá compartir el listado con el Oficial de Cumplimiento y poner a su disposición los soportes para el desarrollo de sus tareas.

16.5 FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONAS JURIDICAS:

Corresponde al formulario diseñado para el conocimiento de las personas jurídicas, este formulario aplica para los proveedores y los clientes, su diseño y actualización estará bajo la responsabilidad del Oficial de Cumplimiento.

Corresponde solicitar su diligenciamiento a cada oficina o responsable señalado en el artículo 13 del presente manual, sin embargo, la conservación y custodia corresponderá al Oficial de Cumplimiento.

Este formulario podrá ser tomado como el formulario de inscripción de los proveedores y/o clientes personas jurídicas de la ESE.

16.6 FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONAS NATURALES:

Corresponde al formulario diseñado para el conocimiento de las personas naturales en general, su diseño y actualización estará bajo la responsabilidad del Oficial de Cumplimiento.

Corresponde solicitar su diligenciamiento a cada oficina o responsable señalado en el artículo 13 del presente manual, sin embargo, la conservación y custodia corresponderá al Oficial de Cumplimiento

Este formulario podrá ser tomado como el formulario de inscripción de los proveedores personas naturales de la ESE.

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

16.7 BASES DE DATOS: Corresponde al compendio de la información recolectada en cumplimiento del presente manual, esta información deberá estar almacenada por parte del Oficial de Cumplimiento.

Dicha información deberá estar a disposición de los órganos que legalmente estén facultados para solicitarla.

Harán parte de la base de datos los reportes y consultas en las diferentes fuentes, formularios, actas, oficios, certificaciones y demás que contengan la información que evidencie las acciones de la ESE en cumplimiento del presente manual.

16.8 FORMULARIO DE OPERACIONES SOSPECHOSAS: Corresponde al formulario establecido para la recolección de la información relacionada con las ROS, su diseño y actualización estará bajo la responsabilidad del Oficial de Cumplimiento.

16.9 ACTAS DE REUNIONES, LISTADOS DE ASISTENCIA, VISITAS Y DEMAS: De las reuniones, visitas, capacitaciones, inducciones y demás actuaciones en cumplimiento del presente manual se deberá dejar registro como evidencia de su realización, corresponderá al Oficial de Cumplimiento archivar y custodiar dichos registros; para el caso de las inducciones del personal que ingresa nuevo a la ESE estará bajo la custodia de la oficina de Recursos Humanos previo certificado de la cartilla de inducción.

16.10 COMUNICADOS CON CARÁCTER DE RESERVA: Cuando a juicio del Oficial de Cumplimiento un oficio constituya RESERVA TOTAL, de este no se dejará copia dentro del proceso de gestión documental, en todo caso se dejará una portada que contenga como mínimo a quien va dirigido el oficio y la fecha y el lugar en el cual quedó archivado y custodiado, el archivo y custodia del mismo será de responsabilidad del Oficial de Cumplimiento.

PARAGRAFO PRIMERO: Al momento de la inscripción inicial el proveedor o cliente persona jurídica deberá aportar todos los documentos soportes requeridos para cada caso, si es un proveedor o cliente en continuidad, cada año deberá actualizar los soportes que demuestren sus variaciones económicas.

PARAGRAFO SEGUNDO: Si un proveedor o cliente persona jurídica interrumpe su relación con la ESE por más de un año deberá aportar la información requerida como si se tratara de una inscripción inicial.

PARAGRAFO TERCERO: En el momento que un proveedor o cliente persona jurídica cambie alguno de los datos contenidos en la información básica, deberá reportarlo a la ESE y soportarlo con la actualización de los documentos.

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

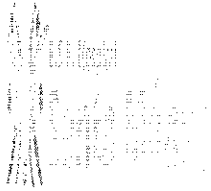
CAPITULO V

MEDICION

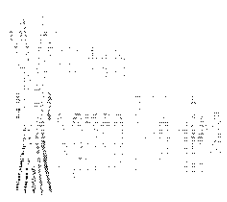
ARTICULO 17º. Los procedimientos establecidos en el presente manual deberán ser objeto de medición, permanente seguimiento, evaluación y actualización de acuerdo con la evolución del sistema y las prácticas internacionales.

Los resultados obtenidos deben ser monitoreadas en forma permanente por la Junta Directiva de la ESE de acuerdo a lo establecido en la circular 009 del 21 de abril de 2.016 y demás normas que la complementan y directamente en la ESE por el oficial de cumplimiento con la supervisión de la Coordinación de Control Interno y la Revisoría Fiscal de la Entidad, tanto la Revisoría Fiscal como la Coordinación de Control Interno tienen una responsabilidad directa en la dinámica de este nuevo sistema implementado con el propósito de aminorar la brecha del riesgo que se puede presentar en la entidad.

PROCEDIMIENTO	HERRAMIENTA APLICABLE	ACTUALIZACIÓN	MEDICION	PERIODICIDAD	META
CONOCIMIENTO DE LAS FUENTES GENERADORAS DE RIESGO:	LISTADO DE PROVEEDORES	PERMANENTE	Entidades con Certificación de Oficial de Cumplimiento / Entidades del Listado de Proveedores	ANUAL	100%
	LISTADO DE CLIENTES PERSONAS JURÍDICAS	PERMANENTE	Entidades con Certificación de Oficial de Cumplimiento / Entidades del Listado de Clientes Persona Jurídica	ANUAL	100%
	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONAS JURÍDICAS:	PERMANENTE	Entidades con Formulario Diligenciado / Total de Entidades con contrato Vigente	ANUAL	100%

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

	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONAS NATURALES	PERMANENTE	Personas con Formulario Diligenciado Total de Personas con vinculación Vigente	ANUAL	100%
VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN:	VISITAS A LOS DIFERENTES AGENTES:	PERMANENTE	Visitas Realizadas Discrecional del Oficial de Cumplimiento	ANUAL	
	CONSULTAS EN FUENTES EXTERNAS REGISTRADAS EN LA BASES DE DATOS:	PERMANENTE	FUENTES CON CONSULTA TOTAL DE FUENTES	ANUAL	100%
RECOLECCION DE INFORMACION PARA REPORTE DE OPERACIONES SOSPECHOSAS (ROS)	FORMULARIO DE OPERACIONES SOSPECHOSAS	MENSUAL	Número de reportes / 12	MENSUAL	12
RECOLECCION DE INFORMACION PARA REPORTE DE PROCEDIMIENTOS Y PROVEEDORES:	CERTIFICACIONES DE TESORERIA	MENSUAL	Número de reportes / 12	MENSUAL	12
ANALISIS DE LOS RIESGOS LAFT:	ACTA REUNION DE Y/O DE ANALISIS DEL RIESGO	SEMESTRAL	RIESGOS ENCONTRADOS MEDIDOS, TRATADOS / RIESGOS LAFT DE LA ESE	SEMESTRAL	100%
PROMULGACIÓN Y EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL SARLAFT POR PARTE DE LOS AGENTES Y/O FUENTES GENERADORAS DE RIESGO:	ACTA REUNION DE	PERMANENTE	Número de Personas capacitadas / Número de personas objeto del Manual	ANUAL	100%

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

CAPTULO VI

REPORTES, ATENCION DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN E INFORMES

ARTICULO 18º: REPORTES OBLIGATORIOS: Para el entendimiento de los reportes a los cuales la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA**, está obligada a cumplir, debemos puntualizar son los reportes de aquellas transacciones que por sus características y de acuerdo con las condiciones de cada uno de los sectores reportantes, constituyen una fuente de información importante para el análisis desarrollado en la UIAF, por ejemplo, transacciones en efectivo, transacciones cambiarias, intentos de transacciones, o movimientos sospechosos llevados a cabo por los agentes, entre otros, y pueden ser de dos tipo:

Reportes Objetivos: El carácter "objetivo" se presenta porque no depende del criterio de quien reporta, no requiere grado alguno de sospecha y son todos aquellos que por alguna disposición normativa deben ser comunicados a la UIAF, para el caso del sector salud corresponde a los movimientos en efectivo por concepto de pago de proveedores o prestación de servicios a usuarios.

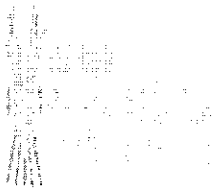
Reportes Subjetivos: El carácter de "subjetivo" se presenta por que corresponde a una sospecha y depende del criterio de quien hace el reporte, para el caso del sector salud corresponde a una variación injustificada en las finanzas de los agentes, un comportamiento indebido o una situación no justificada razonablemente.

18.1 OPERACIÓN INUSUAL

Una operación inusual tiene fundamento en una situación "subjetiva" respecto de las transacciones, movimientos o comportamientos de los proveedores o empleados cuando haya un cambio sustancial en sus indicadores o información que se posea, permitiendo presumir que existe una variación en las cuantías o características de su perfil económico o que las actividades desarrolladas se salen de los parámetros de normalidad establecidos, una operación inusual no es objeto de reporte a la UIAF, pero una operación inusual no justificada se convierte en una Operación Sospechosa y se debe reportar de manera inmediata.

18.2 REPORTE DE OPERACIONES SOSPECHOSAS (ROS)

Toda operación realizada por una persona natural o jurídica, que por su número, cantidad o características no se enmarca dentro de los sistemas y prácticas normales de los negocios de una industria o sector determinado y que de acuerdo con los usos y costumbres de la actividad que se trate, no haya podido ser razonablemente justificada deben ser reportadas inmediatamente a la UIAF, si en un mes no se presentaran

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

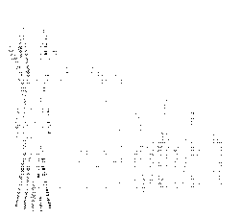
operaciones sospechosas, igualmente la ESE deberá hacer el reporte de ausencia de ROS dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente.

Como operaciones sospechosas se consideran en especial aquellas que sean complejas, inusuales, importantes o que no respondan a los patrones de transacciones habituales; aunque no sean importantes, se registren periódicamente y sin fundamento económico o legal razonable; que por su naturaleza o volumen no correspondan a las operaciones activas o pasivas de los clientes según su actividad o antecedente operativo; y que sin causa que lo justifique sean abonadas mediante ingresos en efectivo, por un número elevado de personas.

Una operación sospechosa tiene fundamento en una situación “objetiva” o también en una situación “subjetiva” respecto de las transacciones, movimientos o comportamientos de los proveedores o empleados cuando haya un cambio sustancial en sus indicadores o información que se posea, permitiendo presumir que existe una variación en las cuantías o características de su perfil económico o que las actividades desarrolladas se salen de los parámetros de normalidad establecidos.

En el ciclo de operaciones de la ESE se pueden presentar las siguientes situaciones en cuanto a todos los sujetos pasivos del sistema:

- Estar reportado en cualquiera de las listas de control.
- Estar reportado en las listas de personas condenadas por las autoridades colombianas por el delito de Lavado de Activos o actividades delictivas conexas de los cuales LA ESE tenga conocimiento, por la información acopiada en sus bases de datos.
- Estar reportado en las listas de personas sobre las que recae orden de embargo o incautación de bienes por autoridad competente vinculada a la investigación de delitos de lavado de activos o cualquier otro delito que derive en delitos conexos de los que tenga conocimiento la ESE en forma oficial.
- En los casos en que los Representantes Legales, sus suplentes, accionistas y administradores se encuentren implicados en información o listas relacionadas con actividades delictivas que pudieran desencadenar en enriquecimiento ilícito, lavado de Activos o Financiación del Terrorismo y de los cuales se tenga certeza.
- No justificar razonablemente una operación inusual y que a juicio del Oficial de Cumplimiento previamente documentada y reportada por alguna de las fuentes se genere una sospecha fundada.
- Incremento patrimonial o de las operaciones no justificado o por fuera de los promedios del respectivo sector o actividad económica.
- Presunto uso indebido de identidades, (por ejemplo: Uso de números de identidades inexistentes, números de identificación de personas fallecidas, suplantación de personas, alteración de nombres, presentación de documentos o datos presuntamente falsos).
- Actuación en nombre de terceros y uso de empresas aparentemente de fachada.

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

- Relación con personas vinculadas o presuntamente vinculadas a actividades delictivas.
- Relación con bienes de presunto origen ilícito.
- Fraccionamiento y/o inusualidades en el manejo del efectivo.

18.3 REPORTE DE TRANSACCIONES CON PROVEEDORES

Hace referencia a todas las transacciones en efectivo individuales, realizadas en un mismo día con una misma persona natural o jurídica mediante la cual la ESE efectúa el pago de obligaciones, por un valor igual o superior a **CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$5.000.000)** y/o su equivalente en otras monedas y/o todas las transacciones múltiples realizadas por una sola persona, natural o jurídica, que en el mes inmediatamente anterior superen la suma de **VEINTICINCO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$25.000.000)**, relacionadas con proveedores, deben ser reportadas mensualmente a la UIAF dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente, si en un mes no se presentaran operaciones por las sumas señaladas con los proveedores, igualmente la ESE deberá hacer el reporte de ausencia de éstas

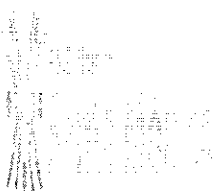
18.4 REPORTE DE TRANSACCIONES POR PROCEDIMIENTOS

Hace referencia a todas las transacciones en efectivo individuales realizadas en un mismo día por parte de una misma persona natural o jurídica cancelando prestación de servicios de salud, por un valor igual o superior a **cinco millones de pesos M/CTE (\$5.000.000)** y/o su equivalente en otras monedas y/o todas las transacciones múltiples realizadas por una sola persona, natural o jurídica, que en el mes inmediatamente anterior superen la suma de **VEINTICINCO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$25.000.000)**, relacionadas con el pago de procedimientos médicos, deben ser reportadas mensualmente a la UIAF dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente, si en un mes no se presentaran operaciones por las sumas señaladas con los procedimientos médicos, igualmente la ESE deberá hacer el reporte de ausencia de éstas.

ARTICULO 19º: MECANISMO DE ENVÍO DE REPORTES.

19.1 Reportes a la UIAF: Hacen parte de los reportes a la UIAF lo ROS, las Transacciones con Proveedores y las Transacciones por Procedimientos Médicos, éstos serán reportadas a través del Sistema de Reporte en Línea SIREL según las instrucciones impartidas por la citada unidad o el medio que la misma establezca para tal fin.

Será responsabilidad del Oficial de Cumplimiento mantener actualizadas las claves de acceso a dicha plataforma, así como el oportuno envío de los reportes, en ausencia del Oficial de Cumplimiento, la responsabilidad estará en el suplente si lo hubiere, caso contrario la responsabilidad será del Representante Legal de la ESE.

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

19.2 Reportes a la Superintendencia Nacional de Salud: En caso de hacer requerimiento la Superintendencia Nacional de Salud de los informes que hacen parte del Manual SARLAFT, las actas de Junta Directiva de aprobación del manual SARLAFT y sus modificaciones y de la designación del Oficial de Cumplimiento y su cambio, éstos serán reportados INMEDIATAMENTE a través de la página de la Supersalud o por el medio que se requiere.

Será responsabilidad del Oficial de Cumplimiento mantener actualizadas las claves de acceso a dicha plataforma, así como el oportuno envío de los reportes, en ausencia del Oficial de Cumplimiento, la responsabilidad estará en el suplente si lo hubiera, caso contrario la responsabilidad será del Representante Legal de la ESE.

Los reportes solicitados en el numeral 8. de la CE 09 de 2016, deben entregarse únicamente a la Unidad de Información y Análisis Financiero – UIAF por medio del SIREL.

ARTICULO 20º: SOLICITUD DE INFORMACION POR PARTE DE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

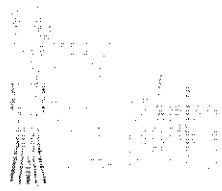
Amparados por las normas legales, la Fiscalía o los organismos de Policía Judicial que ella designe, podrán presentarse en las instalaciones de **LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA**, en cualquier momento para solicitar por escrito información para sus investigaciones.

En estos casos, LA ESE actuará de la siguiente forma:

- La persona a la cual se dirige el requerimiento (Gerente, Asesor Jurídico, Contador, Asesor Administrativo y Financiero, encargado de recurso humano, Oficial de Cumplimiento, entre otros), solicitará identificar al funcionario representante de la Policía Judicial o de la Fiscalía General de la Nación con su carné y cédula de ciudadanía, quien a su vez debe presentar un oficio que señale la labor que va a realizar y la información requerida. Cuando se trate de policía judicial, se deberá solicitar el encargo asignado por la Fiscalía señalándose claramente el proceso asignado.
- Verificado el requerimiento por parte de la asesora jurídica de la ESE, se procederá a suministrar la información requerida.
- De esta situación se informará de inmediato a la Junta Directiva de la ESE.

PARÁGRAFO: En todo momento se debe proceder con la prudencia necesaria, sin que ello le reste dinámica al suministro de la información requerida, para evitar posibles perjuicios, errores o suplantaciones de las autoridades competentes.

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA, podrá coordinar con las Entidades y Organismos de carácter privado y público, las acciones necesarias para compartir información y celebrar

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

convenios interinstitucionales, con el fin de fortalecer la gestión de Prevención y Control del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, **LA/FT**.

La reserva no es oponible a las solicitudes de información formuladas de manera específica por las autoridades dentro del ejercicio de sus funciones, conforme a lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política y en los artículos 63 del Código de Comercio, 288 del Código de Procedimiento Civil, Ley 1755 de 2.015, el artículo 9 de la Ley 526 de 1999.

Por tal razón, la información entregada a las autoridades competentes no constituye violación a la reserva, en la medida que dicha entrega se realice con las debidas formalidades y protecciones.

CAPITULO VII

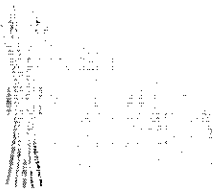
DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 21º ACCESO, RESERVA DE INFORMACION y CONSERVACIÓN DE DOCUMENTOS

Para garantizar un apoyo efectivo a las autoridades, **LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA**, conservará los documentos y registros relativos al cumplimiento de las normas sobre prevención y control del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, de tal forma que permita atender de forma ágil y eficiente los requerimientos de las autoridades.

La información se administrará en forma directa por **LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA**, debidamente organizados a disposición de las autoridades por un plazo mínimo de tres (3) años bajo la metodología de expedientes acorde con los procedimientos internos dispuestos, para el manejo y conservación de los archivos de la ESE; la información electrónica se administrará directamente en la gerencia de riesgos bajo la metodología de una base de datos de tal forma que permita atender de forma eficiente los requerimientos de las autoridades, esta información se entiende que se conserva bajo la normatividad vigente en materia de archivo y en algunos casos, cuando el oficial de cumplimiento lo considere pertinente se aleja de los conceptos técnicos del sistema de gestión de calidad SGC, dada la importancia y reserva de la misma, la entidad adoptará los mecanismos de seguridad de la misma dando cumplimiento igualmente a lo establecido en la ley en materia de protección de datos.

ARTICULO 22º: SANCIONES: los lineamientos adoptados en el presente acuerdo deben ser acatados por las partes involucradas a saber: directores de **LA EMPRESA SOCIAL**

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

DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA, todos los empleados y colaboradores sin distinción de su modalidad de vinculación, Proveedores y Clientes llámense personas naturales o jurídicas para evitar que la entidad sea utilizada para la realización de operaciones delictivas. Su incumplimiento conlleva a las sanciones establecidas en el reglamento de trabajo, sin perjuicio de las sanciones de tipo administrativo, que pueden ser personales y/o institucionales, civiles y penales, las establecidas en el código disciplinario único, las demás previstas en la Ley por el incumplimiento de las normas relativas a la Prevención y Control del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y en especial por la inobservancia de las disposiciones atinentes a los siguientes deberes:

- Envío de los reportes de Operaciones Sospechosas.
- La ausencia de adopción o inobservancia de los mecanismos de control por parte de la ESE.
- El incumplimiento de las disposiciones en materia de prevención y control del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo dará lugar a la imposición de las sanciones administrativas y disciplinarias establecidas en el código disciplinario único.
- No requerir a los proveedores de bienes y servicios la información en la que se permita evaluar en forma directa la procedencia de los recursos con los cuales se pretende apalancar el contrato.
- Informes financieros solicitados en los cuales se acepten registro de operaciones sospechosas sin sustento legal, además de capitales reconocidos de los cuales no se tiene clara su procedencia y quienes son los titulares de los mismos.
- Apalancamiento financiero para la firma de contratos sin la suficiente ilustración en las revelaciones de la información financiera que hacen parte de un todo con la anuencia de los funcionarios y/o contratistas encargados de este proceso.
- Falsedad en documentos presentados para la contratación de bienes y servicios debidamente detectada y no reportada a los organismos de control.
- Maniobras fraudulentas para lograr la contratación en la entidad, en contravía de lo establecido en las normas legales, generando actos de corrupción en la contratación estatal, lo cual es un indicio grave y que debe ser reportado como ROS Registro de Operaciones Sospechosas para efectos del SARLAFT.
- Incumplimiento parcial o total con la información que se debe adjuntar a efectos de cumplir con el manual de contratación de la ESE, en este sentido que la entidad proceda a cambiar requisitos favoreciendo a personas naturales o jurídicas en el proceso contractual, violando las normas de transparencia y el estatuto anticorrupción (Ley 1474 de 2.011.)
- Incorporación de personal a la planta fija y temporal a sabiendas de que están siendo investigados por las autoridades por hechos de lavado de activos, corrupción o financiación del terrorismo.
- Tener información sobre contratistas y empleados de actividades ilícitas sin que estas sean reportadas dentro de la oportunidad requerida a los organismos de control del estado.

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

- Favorecer la contratación de personas naturales o jurídicas ocultando pruebas de actos que van en contra del sistema de administración de riesgo para el lavado de activos y financiación del terrorismo.
- Permitir la posesión de miembros de la Junta Directiva de la entidad, investigados por delitos relacionados con el LA/TF.
- No exigir informes financieros comparativos de la vigencia en la cual se pretende realizar el contrato con la anterior y sus correspondientes revelaciones, con el propósito de sustentar variaciones de importancia relativa.

ARTICULO 23º: PUBLICACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL MANUAL DEL SARLAFT. - El presente acuerdo se publicará en lugares visibles y en la página Web de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA** para conocimiento de las partes involucradas, directores de **LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA**, todos los empleados y colaboradores sin distinción de su modalidad de vinculación, Proveedores y Clientes llámense personas naturales o jurídicas y el público en general.

ARTICULO 24º: GLOSARIO O DEFINICIONES. Hacen parte integral del presente acto administrativo el glosario o definiciones que se detallan a continuación para efectos de poder entender la terminología que permitirá dar cumplimiento al alcance del presente manual.

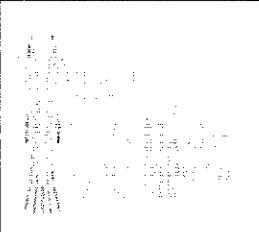
Actividad Delictiva: Cualquier actividad delictiva está acompañada de una conducta dolosa. La conducta es dolosa cuando el autor conoce los hechos constitutivos de la infracción penal y quiere su realización. También es dolosa la conducta cuando la realización de la infracción penal ha sido prevista como probable y su no realización se deja librada al azar.

El dolo es la actividad realizada por una persona con el fin de causar daño a otra persona, a sus bienes o con la intención de hacer lo contrario al orden jurídico.

Actividad Sospechosa: La actividad de un paciente o cualquier transacción que se considere sospechosa debe estar relacionada con el Lavado de Activos o con el Enriquecimiento Ilícito o relacionada con la comisión de un delito de financiamiento terrorista.

Actuar de Manera Ética: Lineamiento de una persona o entidad que respeta y acata las normas que la regulan y le corresponde actuar responsablemente ante la sociedad y el estado.

Administración del Riesgo: Una rama de administración que aborda las consecuencias del riesgo. Consta de dos etapas: El diagnóstico o valoración, mediante Identificación, análisis y determinación del nivel, y el manejo o la administración propiamente dicha, en

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

que se elabora, ejecuta y hace seguimiento al Plan de manejo que contiene las Técnicas de Administración del Riesgo propuestas por el grupo de trabajo, evaluadas y aceptadas por la alta dirección.

Alta Gerencia: Personas del más alto nivel jerárquico en el área administrativa o corporativa de una entidad, encargadas de idear, ejecutar y controlar los objetivos y estrategias de la misma.

Análisis de Riesgos: Determinar el Impacto y la Probabilidad del riesgo. Dependiendo de la información disponible pueden emplearse desde modelos de simulación, hasta técnicas colaborativas.

Autoridad Administrativa: Entidad o funcionario del Gobierno que tiene funciones administrativas.

Autoridad Competente: Entidad o funcionario competente de conocer alguna materia judicial o administrativa.

Causa: Son los medios, circunstancias y agentes que generan los riesgos.

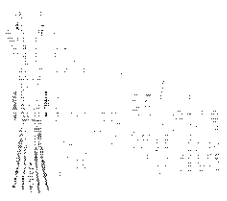
Confidencialidad: Mantenimiento de ciertos hechos, datos e información fuera del público o acceso sin autorización. La confidencialidad está relacionada con la reserva que tienen algunos soportes del paciente tales como su historia clínica y los resultados de exámenes procedimientos realizados para mejorar su estado de salud, además de la reserva con el reporte de las operaciones sospechosas y con el reporte a las autoridades competentes.

Conocimiento del Empleado: Conjunto de Políticas y procedimientos de control de lavado de activos utilizados para conocer cierta información de los empleados con la cual se pueda determinar su identidad, actividades, antecedentes, perfil económico, y demás datos que permitan detectar conflictos de interés o actividades relacionadas con el enriquecimiento ilícito y el lavado de dinero.

El conocimiento del empleado se puede extender al grupo familiar inmediato.

Conocimiento del Paciente: Conjunto de datos que identifican a la persona a la cual se le presta los servicios de salud en forma directa o por medio de contrato suscritos con entidades responsables de pago ERP.

Contraloría General De La República: La Contraloría General de la República es el máximo órgano de control fiscal del Estado. Como tal, tiene la misión de procurar el buen uso de los recursos y bienes públicos, y contribuir a la modernización del Estado, mediante acciones de mejoramiento continuo en las distintas entidades públicas.

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

En cumplimiento del artículo 119 de la Constitución Nacional, la Contraloría General de la República ejerce, en representación de la comunidad, la vigilancia de la gestión fiscal y de los particulares o entidades que manejan fondos o bienes de la Nación.

Evalúa los resultados obtenidos por las diferentes organizaciones y entidades del Estado, determinando si adquieren, manejan y/o usan los recursos públicos dentro del marco legal, sujetos a los principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad y sostenibilidad ambiental.

Contrato de adquisición de bienes y servicios: Contrato de adquisición de bienes: Contrato mediante el cual una persona se obliga con otra a transmitirle la propiedad de un bien a cambio de un precio.

Contrato Laboral: Contrato de trabajo es aquel por el cual una persona natural se obliga a prestar un servicio personal a otra persona natural o jurídica, bajo la continuada dependencia o subordinación de la segunda y mediante remuneración.

Quien presta el servicio se denomina trabajador, quien lo recibe y remunera, empleador y la remuneración cualquiera que sea su forma, salario.

Control del riesgo LA/FT: Comprende la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras transacciones existentes para minimizar el riesgo en las operaciones de la entidad.

Control: Es toda acción que tiende a minimizar los riesgos, significa analizar el desempeño de las operaciones, evidenciando posibles desviaciones frente al resultado esperado para la adopción de medidas preventivas. Los controles proporcionan un modelo operacional de seguridad razonable en el logro de los objetivos.

Costo: Se entiende por costo las erogaciones, directas e indirectas en que incurre la entidad en la producción, prestación de un servicio o manejo de un riesgo.

Debida Diligencia: Equivale a ejecutar algo con el debido cuidado, actuar con el debido cuidado para evitar la posibilidad de ser considerado culpable por la omisión en un proceso que condujo a un evento calificado como parte del LA/FT.

Derecho Fundamental: Conjunto de derechos consagrados en el Título II Capítulo 1 de la Constitución Política de Colombia.

DIJIN: Dirección de Policía Judicial e Investigaciones. Es una división de la Policía Nacional encargada de la investigación judicial. Busca desarrollar con efectividad la investigación judicial, criminalística y criminológica para apoyar la administración de justicia

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

Documentación Legal: Documentos emitidos por autoridad competente, que permiten el conocimiento y la identificación de un paciente o proveedor, tanto en sus datos personales como en sus condiciones financieras y jurídicas, como son: Documento de Identidad, Estados Financieros, Documentos tributarios, Certificados Judiciales, Escrituras Públicas, Certificados de Cámara de Comercio, Certificados de Organismos de Inspección vigilancia y control, etc.

El Lavado de Activos Como Riesgo: Reconocimiento de que el Lavado de Activos significa un alto riesgo para la economía y la seguridad del país y que las Empresas Sociales del Estado pueden ser permeadas con estas conductas delictivas que deben ser detectadas y reportadas en forma inmediata a los organismos de control del estado.

Para el caso de **LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA**, el Lavado de Activos está considerado como un riesgo si llegara a ser visto como una entidad permisiva con el Lavado de Activos y que eso genere una situación adversa de reputación, figurar en la lista de las entidades de control del estado o cualquier otra lista que le impida las prestación de servicios de salud, el bloqueo de los fondos y los procesos penales contra la entidad, los administradores y los funcionarios.

Enriquecimiento ilícito: El artículo 327 del Código Penal, tipifica el enriquecimiento ilícito de particulares: El que de manera directa o por interpuesta persona obtenga, para sí o para otro, incremento patrimonial no justificado, derivado en una u otra forma de actividades delictivas.

El artículo 412 del Código Penal, tipifica el enriquecimiento ilícito de servidores públicos: El servidor público que durante su vinculación con la administración, o quien haya desempeñado funciones públicas y en los dos años siguientes a su desvinculación, obtenga, para sí o para otro, incremento patrimonial injustificado, siempre que la conducta no constituya otro delito.

Evento Positivo: Hallazgo sobre una persona de una lista de personas sospechosas o investigadas que figura en las bases de datos de **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUEBRADAS RISARALDA**

Extinción De Dominio:(Ley 793 de 2002) La extinción de dominio es la pérdida de derecho a favor del Estado, sin contraprestación ni compensación de naturaleza alguna para su titular. Esta acción es autónoma en los términos de la citada Ley.

Causales: Se declarará extinguido el dominio mediante sentencia judicial, cuando corriera cualquiera de los siguientes casos:

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

- Cuando exista incremento patrimonial injustificado, en cualquier tiempo, sin que se explique el origen lícito del mismo.
- El bien o los bienes de que se trate provengan directa o indirectamente de una actividad ilícita.
- Los bienes de que se trate hayan sido utilizados como medio o instrumento para la comisión de actividades ilícitas, sean destinadas a éstas, o correspondan al objeto del delito.
- Los bienes o recursos de que se trate provengan de la enajenación o permuta de otros que tengan su origen, directa o indirectamente, en actividades ilícitas, o que hayan sido destinados a actividades ilícitas o sean producto, efecto, instrumento u objeto del ilícito.
- Los bienes o recursos de que se trate hubieren sido afectados dentro de un proceso penal y que el origen de tales bienes, su utilización o destinación ilícita no hayan sido objeto de investigación o habiéndolo sido, no se hubiese tomado sobre ellos una decisión definitiva por cualquier causa.
- Los derechos de que se trate recaigan sobre bienes de procedencia lícita, pero que hayan sido utilizados o destinados a ocultar o mezclar bienes de ilícita procedencia.

Se exceptúan de lo dispuesto en el presente numeral, exclusivamente, los casos de títulos que se negocian en centrales de depósito de valores, debidamente acreditadas ante la autoridad competente, siempre y cuando los intermediarios que actúen en ellas, cumplan con las obligaciones de informar operaciones sospechosas en materia de lavado de activos, de conformidad con las normas vigentes.

- Cuando en cualquier circunstancia no se justifique el origen ilícito del bien perseguido en el proceso.

Las actividades ilícitas a las que se refiere la extinción de dominio son (según la Ley 793 de 2002):

- El delito de enriquecimiento ilícito.
- Las conductas cometidas, en perjuicio del Tesoro Público, y que correspondan a los delitos de peculado, interés ilícito en la celebración de contratos, de contratos celebrados sin requisitos legales, emisión ilegal de moneda o de efectos o valores equiparados a moneda; ejercicio ilícito de actividades monopolísticas o de arbitrio rentístico; hurto sobre efectos y enseres destinados a seguridad y defensa nacionales; delitos contra el patrimonio que recaigan sobre bienes del Estado; utilización indebida de información privilegiada; utilización de asuntos sometidos a secreto o reserva.
- Las que impliquen grave deterioro de la moral social. Para los fines de esta norma, se entiende que son actividades que causan deterioro a la moral social, las que atenten contra la salud pública, el orden económico y social, los recursos naturales y el medio ambiente, seguridad pública, administración pública, el

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

régimen constitucional y legal, el secuestro, secuestro extorsivo, extorsión y proxenetismo.

Para los efectos de la Ley de extinción de dominio, se entenderá por bienes sujetos a extinción del dominio, todos los que sean susceptibles de valoraciones económicas, muebles o inmuebles, tangibles o intangibles, o aquellos sobre los cuales pueda recaer derecho de propiedad. Igualmente, se entenderá por tales todos los frutos y rendimientos de los mismos. Cuando no resultare posible ubicar o extinguir el dominio de los bienes determinados sobre los cuales verse la extinción del dominio, al momento de la sentencia, podrá el Juez declarar extinguido el dominio sobre bienes o valores equivalentes del mismo titular. Lo dispuesto no podría interpretarse en perjuicio de los derechos de terceros de buena fe exentos de culpa.

Factor de Riesgo: Manifestaciones o características medibles u observables de un proceso que indican la presencia de Riesgo o tienden a aumentar la exposición, pueden ser internos o externos a la entidad.

Financiación del Terrorismo: Incurre en financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas, el que directa o indirectamente provea, recolecte, entregue, reciba, administre, aporte, custodie o guarde fondos, bienes o recursos, o realice cualquier otro acto que promueva, organice, apoye, mantenga, financie o sostenga económicamente a grupos armados al margen de la ley o a sus integrantes, o a grupos terroristas nacionales o extranjeros (LEY 1121 DE 2006).

Fiscalía General De La Nación: Corresponde a la Fiscalía General de la Nación dirigir, realizar y coordinar la investigación e instrucción en materia penal.

La Fiscalía General de la Nación actuará a través del Fiscal General de la Nación, los fiscales que éste delegue para casos especiales y los fiscales delegados ante la Corte Suprema de Justicia, los tribunales superiores de distrito, los jueces penales del circuito, los jueces penales municipales y promiscuos.

Corresponde a la Fiscalía General de la Nación: Investigar los delitos y acusar a los presuntos infractores ante los juzgados y tribunales competentes, Asegurar la comparecencia de los presuntos infractores de la ley penal, adoptando las medidas de aseguramiento, Calificar y declarar precluidas las investigaciones realizadas, Dirigir y coordinar las funciones de policía judicial que en forma permanente cumplen la Policía Nacional y los demás organismos que señale la ley y las demás funciones que le atribuya el estatuto orgánico de la Fiscalía General de la Nación.

La Fiscalía General se encarga de investigar los delitos, calificar los procesos y acusar ante los jueces y tribunales competentes a los presuntos infractores de la ley penal, ya sea de oficio o por denuncia. La investigación de oficio se realiza por iniciativa propia del Estado y la investigación por denuncia cuando un tercero que es víctima de un delito,

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

instaura la denuncia ante alguna de las autoridades competentes (Comisaría, Inspección de Policía o Unidad de Reacción Inmediata de la Fiscalía).

La Unidad Nacional de Fiscalías para la Extinción del Derecho de Dominio y Contra el Lavado de Activos, se encarga de adelantar las investigaciones por los delitos relacionados con el Lavado de Activos y la Acción de Extinción del Derecho de Dominio. Adopta medidas tendientes a superar la impunidad en todas las modalidades delictuales y a materializar la extinción del derecho de dominio de los bienes adquiridos mediante enriquecimiento ilícito en perjuicio del tesoro público, o con grave deterioro de la moral social.

Fuentes del riesgo del LA/FT: Son todos os agentes generadores del riesgo de LA/FT en una entidad y se deben tener en cuenta para identificar las situaciones que pueden generarlo.

GAFI: Grupo de Acción Financiera Internacional, también conocido como FATF (Financial Action Task Force on Money Laundering), creado en la Cumbre Económica de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) en 1989, como una respuesta de los jefes de estado de las naciones del G-7 al creciente problema del lavado de activos.

Es una organización multidisciplinaria, con sede en París, que lidera la lucha mundial contra el lavado de activos. Reúne el desarrollo de políticas legales, financieras y de cumplimiento de ley.

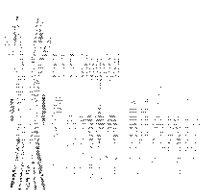
GAFIC: Grupo de Acción Financiera del Caribe.

GAFILAT: Organización intergubernamental de base regional que agrupa a 16 países de américa del sur y centroamerica, para combatir el lavado de dinero y la financiación del terrorismo a través del compromiso de la mejora continua en las políticas nacionales contra ambos temas. Esta organización fue creada el 8 de diciembre de 2.000.

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

Se creó formalmente el 8 de diciembre de 2000 en Cartagena, Colombia, mediante la firma del memorando de entendimiento constitutivo del grupo por los representantes de los gobiernos de nueve países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay.

El grupo goza de personalidad jurídica y estatus diplomático en la República Argentina donde tiene su sede.

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

Participan como observadores el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, España, Estados Unidos, FMI, Francia, México, Naciones Unidas y Portugal. También asisten a sus reuniones, como organizaciones afines, el Grupo de Acción Financiera Internacional sobre lavado de dinero (GAFI/FATF), el Grupo de Acción Financiera del Caribe (GAFIC) y la Organización de Estados Americanos a través de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD).

GAFISUD fue creado a semejanza del Grupo de Acción Financiera internacional (GAFI) adhiriéndose a las cuarenta recomendaciones del GAFI como el estándar internacional contra el lavado de dinero más reconocido y a las ocho recomendaciones especiales contra la financiación del terrorismo, previendo el desarrollo de recomendaciones propias de mejora de las políticas nacionales para luchar contra estos delitos.

Gestión del riesgo de LA/FT: Consiste en la adopción de políticas y procedimientos que permitan prevenir y controlar el riesgo de LA/FT.

GRUPO EGMONT: El Grupo EGMONT es la instancia que reúne a las Unidades de Inteligencia Financiera (UIF) del mundo. El 9 de junio de 1995, representantes de 24 países y 8 organizaciones internacionales se reunieron en el Palacio de EGMONT en Bélgica para discutir sobre las organizaciones especializadas en la lucha contra el lavado de dinero, conocidas en ese entonces, como "disclosures receiving agencies", que correspondían a las actuales UIF.

El Grupo fue creciendo a medida que los estándares internacionales exigían a los gobiernos el establecimiento de UIF. Para el Pleno de Junio de 2006, realizado en Chipre, el Grupo contaba con 101 unidades. Entre los requisitos para ser miembro, se ha incluido recientemente que la UIF esté legalmente capacitada para recibir ROS relacionados con Financiamiento del Terrorismo.

Estructura del Grupo EGMONT

La "Reunión de Directores de UIF" es el máximo órgano decisorio que se convoca una vez al año. También existe un Comité, que se creó oficialmente en junio de 2002, que tiene por función coordinar las actividades del Grupo y su vocería en los distintos foros internacionales que tratan temas relacionados con el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. El Comité se reúne ordinariamente tres veces al año con los Grupos de Trabajo, está compuesto por el Presidente del Grupo EGMONT que es el Subdirector de la UIF de Estados Unidos (Fincen), los coordinadores de los grupos de trabajo y los representantes y co-representantes de los grupos regionales (Europa, Américas y Asia).

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

El principal objetivo del grupo es facilitar el intercambio de información entre las UIF de los países miembro, con el fin de combatir los delitos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. Así mismo, el Grupo promueve la firma de acuerdos interinstitucionales, conocidos como Memorandos de Entendimiento, para facilitar el intercambio de información bilateral.

Herramientas del SARLAFT: Son los medios que utiliza la entidad para prevenir que se presente el riesgo del LA/FT y para detectar operaciones inusuales o sospechosas.

Identificación del Riesgo: Establecer la estructura del riesgo; fuentes o factores, internos o externos, generadores de riesgos; puede hacerse a cualquier nivel: total entidad, por áreas, por procesos, incluso, bajo el viejo paradigma, por funciones; desde el nivel estratégico hasta el más humilde operativo.

Impacto: Consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Indicador: Es la valoración de una o más variables que informa sobre una situación y soporta la toma de decisiones, es un criterio de medición y de evaluación cuantitativa o cualitativa.

Información del Paciente: Goza de reserva la información registrada en la historia clínica de los pacientes, así como los procedimientos que se han realizado el mismo.

Junta Directiva: La Junta Directiva es un órgano colegiado, al cual compete las definiciones de la orientación estratégica y de organización de la ESE, el desarrollo y seguimiento de la buena marcha de los negocios sociales para lograr el crecimiento sostenido de valor de la Institución y la verificación de la existencia y efectividad de controles internos, entre otras, que permitan un adecuado desarrollo de sus objetivos misionales.

Lavado de Activos: Definido en el Artículo 323 del Código Penal. Según el cual "El que adquiera, resguarde, invierta, transporte, transforme, almacene, conserve, custodie o administre bienes que tengan su origen mediano o inmediato en actividades de tráfico de migrantes, trata de personas, extorsión, enriquecimiento ilícito, secuestro extorsivo, rebelión, tráfico de armas, tráfico de menores de edad, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con actividades terroristas, tráfico de drogas tóxicas, estupeficientes o sustancias sicolótropas, delitos contra el sistema financiero, delitos contra la administración pública, o vinculados con el producto de delitos ejecutados bajo concierto para delinquir, o le dé a los bienes provenientes de dichas actividades apariencia de legalidad o los legalice, oculte o encubra la verdadera naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento o derechos sobre tales bienes, o realice cualquier otro acto para ocultar o encubrir su origen ilícito, incurrirá por esa sola

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

conducta, en prisión de diez (10) a treinta (30) años y multa de seiscientos cincuenta (650) a cincuenta mil (50.000) salarios mínimos legales vigentes.

Ley USA PATRIOT: El nombre de la Ley USA PATRIOT es un acrónimo de su nombre completo (The Uniting Strengthening America by Providing Appropriate Tools Required to Intercept and Obstruct Terrorism). Es la ley que regula el control del lavado de activos, la lucha contra el terrorismo y el secreto bancario en Estados Unidos. Esta ley es importante por su extraterritorialidad, ya que puede tener incidencia sobre instituciones financieras de otros países.

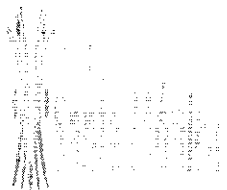
Leyes y Normas que Regulan el Lavado de Activos: Conjunto de normas que regulan en lo penal y lo administrativo el Lavado de Activos y la actuación de los sujetos obligados:

- Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993, artículo 102 a 107)
- Ley 190 de 1995
- Ley 599 de 1999 (Código Penal)
- Decreto 3420 de 2004 (Comité de Coordinación interinstitucional para el control de Lavado de Activos).
- Ley 526 de 1999 (Creación de la UIAF).
- Ley 1121 de 2006 (Tipifica el delito de financiación del terrorismo).
- Circular Externa 061 de 2007.
- Circular Externa 026 del 2008 de La Superintendencia Financiera de Colombia, Capítulo 11
- Circular Externa 062 de 2008 de la Superintendencia Financiera de Colombia.
- Las demás disposiciones que las adicionen, reglamenten o modifiquen.
- Circular 009 del 21 de abril de 2.016 Superintendencia Nacional de Salud.

Lista de Personas Sospechosas: Es la lista que se genera al interior de la ESE, una vez aplicados los procesos para la detección de pacientes, contratistas, empleados con el registro de operaciones de alto riesgo y que pueden estar incursos dentro de la lista de personas que deben ser notificadas en los reportes del oficial de cumplimiento de la entidad.

Lista de Responsables Fiscales: Lista trimestral publicada por la Contraloría General de la República donde se relacionan personas naturales o jurídicas involucradas en delitos contra la administración pública y que tienen un fallo de responsabilidad fiscal en su contra.

Mapa de Riesgos: Herramienta metodológica que permite hacer un inventario de los riesgos ordenada y sistemáticamente, definiéndolos, haciendo la descripción de cada uno de estos y las posibles consecuencias.

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

Monitoreo: Es el proceso continuo y sistemático que realizan los sujetos obligados y mediante el cual se verifica la eficiencia y la eficacia de una política o un proceso, así como la identificación de sus fortalezas y debilidades para recomendar medidas correctivas, tendientes a optimizar los resultados esperados.

Oficial de Cumplimiento: Máxima persona encargada del cumplimiento del SARLAFT, es un funcionario de la entidad vigilada, encargado de verificar el cumplimiento de los manuales y políticas de procedimiento de la entidad, así mismo la implementación y funcionamiento del SARLAFT.

Omisión de Denuncia de Particular: Consiste en tener conocimiento de la comisión de los delitos señalados en el artículo 441 del código penal y no denunciar ante las autoridades competentes.

Omisión de Reporte: Determinado en el artículo 325ª del código penal colombiano que establece que " aquellos sujetos sometidos al control de la unidad de información y análisis UIAF, que deliberadamente omitan el cumplimiento de los reportes a esta entidad para las transacciones en efectivo o para la movilización, almacenamiento de dinero en efectivo, incurrirán por esta sola conducta en prisión de 38 a 128 meses.

Operación Intentada: Se configura cuando se tiene conocimiento de la intención de una persona natural o jurídica de realizar una operación sospechosa, pero no se perfecciona por cuanto quien intenta llevarla a cabo desiste de la misma.

Operación Inusual: Se entiende como operación inusual, aquella cuya cuantía o características no guardan relación con la actividad económica del paciente, contratista, empleado o que por su número, por las cantidades transadas o por sus características particulares, se salen de los parámetros de normalidad en el manejo de recursos en la entidad o que por su cuantía están dentro de los techos establecidos para ser reportados a LA UIAF.

Operación Sospechosa: Es aquella operación inusual que por sus características conlleva a presumir razonablemente, que su objeto puede ser el de ocultar o encubrir el origen ilícito de bienes o el de servir como medio en la ejecución de cualquier delito.

Para el depósito centralizado de valores una operación tiene el calificativo de sospechoso cuando el titular de la cuenta sea depositante directo o indirecto se asocie con las listas de personas sospechosas o investigadas.

Paciente: Se entiende como cliente, la persona natural o jurídica, con la cual se tiene una relación contractual para la prestación de servicios de salud. Esta relación puede ser de manera ocasional o permanente.

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

Perfil: Elemento de los procedimientos de conocimiento del paciente, los proveedores y los empleados, mediante el cual se determina la actividad "normal y esperada" y los posteriores monitoreos de la actividad, para determinar si la misma se realiza dentro del perfil.

Personas expuesta públicamente PEP: Son personas naturales o extranjeras que en razón a su cargo, manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre estos o gozan o gozaron de reconocimiento público.

Plan de Contingencia: Parte del plan de manejo de riesgos que contiene las acciones a ejecutar en caso de la materialización del riesgo, con el fin de dar continuidad a los objetivos de la entidad.

Plan de Manejo del Riesgo: Plan de acción propuesto por el grupo de trabajo, cuya evaluación de beneficio costo resulta positiva y es aprobado por la gerencia.

Plan de Mejoramiento: Parte del plan de manejo que contiene las técnicas de la administración del riesgo orientadas a prevenir, evitar, reducir, dispersar, transferir o asumir riesgos.

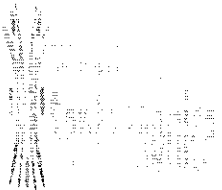
Política de Prevención y Control del Lavado de Activos: Conjunto de directrices de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica De Dosquebradas Risaralda, sobre Prevención y Control del Lavado de Activos y financiación del terrorismo

Prevención y Control del Lavado de Activos: Mecanismos adoptados por LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SANTA MONICA, para evitar que las operaciones se realicen con dineros provenientes de actividades delictivas relacionadas con el Lavado de Activos o con el enriquecimiento ilícito.

Probabilidad: Una medida (expresada como porcentaje o razón) para estimar la posibilidad de que ocurra un incidente o evento. Contando con registros, puede estimarse a partir de su frecuencia histórica mediante modelos estadísticos de mayor o menor complejidad.

Procuraduría General de la Nación: Organismo que encarna al Ministerio Público, es decir representa a la sociedad colombiana, supervigila la conducta de los servidores públicos, y defiende el orden jurídico y los derechos fundamentales.

Reporte de Operación Sospechosa (ROS): Mecanismo mediante el cual se informa a la UIAF que una operación tiene las características de sospechosa, es decir, que su objeto puede ser el de ocultar o encubrir el origen ilícito de bienes o el de servir como medio en la ejecución de cualquier delito.

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

Representante Legal: Persona natural que en virtud del acto societario que lo designa como tal, manifiesta la voluntad de una persona jurídica, sociedad o entidad y la representa.

Responsables: Son las dependencias o áreas encargadas de adelantar las acciones propuestas.

Retroalimentación: Información sistemática sobre los resultados alcanzados en la ejecución de un plan, que sirven para actualizar y mejorar la planeación futura.

Riesgo: Posibilidad de ocurrencia de toda aquella situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos

Riesgo Absoluto: El máximo riesgo sin los efectos mitigantes de la administración del riesgo.

Riesgo de Contagio: En el marco del SARLAFT es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad directa o indirectamente por la acción de una persona natural o jurídica que posee vínculos con la misma.

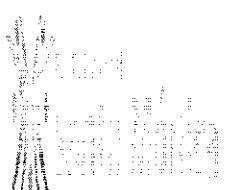
Riesgo de Lavado de Activos: El lavado de activos se define como toda acción tendiente a incorporar el dinero proveniente de actividades ilícitas a los canales legales de la economía; por lo tanto, el lavado de dinero tiene su origen en actividades ilícitas y es un medio que permite a la delincuencia organizada gozar de sus actos al margen de la ley.

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 Legal: En el marco del SARLAFT es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad al ser sancionada. Multada u obligada a la indemnización de daños como resultado del incumplimiento de normas o regulaciones, obligaciones contractuales, las cuales se generaron por negligencia y la falta de controles efectivos.

Riesgo Operativo: En el marco del SARLAFT es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad por deficiencias o fallas inadecuadas en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, por fraude o corrupción en sus procesos contractuales de bienes y servicios.

Riesgo Reputacional: En el marco del SARLAFT es la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir una entidad por mala imagen, desprestigio, publicidad negativa verdadera o no respecto de la entidad y sus prácticas de negocios que cause una disminución de su base de clientes y en consecuencia disminución de sus ingresos.

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

Riesgo Residual: Es el riesgo que queda cuando las técnicas de la administración del riesgo han sido aplicadas.

Seguimiento: Recolección regular y sistemática sobre la ejecución del plan, que sirven para actualizar y mejorar la planeación futura.

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.

Sistema: Conjunto de cosas o partes coordinadas, ordenadamente relacionadas entre sí, que contribuyen a un determinado objetivo:

Sujeto Obligado: Persona a la que le corresponde cumplir con el proceso de conocimiento del cliente y de prevenir y controlar el Lavado de Activos.

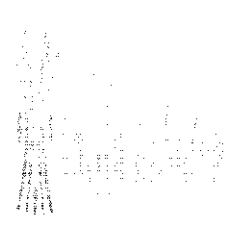
Superintendencia Nacional de Salud: La Superintendencia Nacional de Salud, es un organismo de control adscrito al Ministerio de Salud y de la protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio propio que, en su calidad de autoridad, tiene a su cargo la inspección, vigilancia y control sobre las personas naturales y jurídicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el País, dentro de sus competencias igualmente está la de verificar que se cumpla con la implementación del sistema de administración del riesgo en el lavado de activos y financiación del terrorismo.

Técnicas para Manejar el Riesgo: Evitar o prevenir, reducir, dispersar, transferir y asumir riesgos.

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.

UIAF: Unidad Administrativa Especial de Información y Análisis Financiero creada mediante la Ley 526 del 12 de agosto de 1999, como una Unidad Administrativa Especial, adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, cuyas funciones serán de intervención del Estado con el fin de detectar prácticas asociadas con el Lavado de Activos.

La UIAF de Estados Unidos de Norteamérica se denomina FINCEN (Financial Crimes Enforcement Network), pertenece al Departamento del Tesoro y es el principal regulador de antilavado en los EE.UU., con autoridad para dictar regulaciones, imponer sanciones y compartir información con las agencias extranjeras de acuerdo con los tratados firmados con las Unidades de Información y Análisis.

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

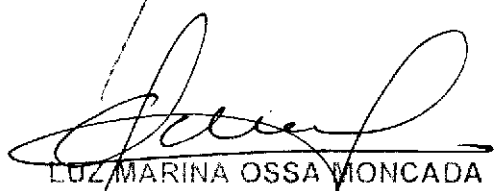
Valoración del Riesgo: Es el resultado de confrontar la evaluación del riesgo con los controles existentes.

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

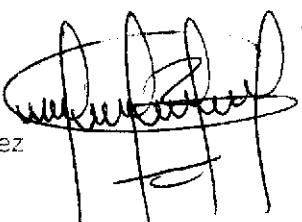
PÚBLIQUESE Y CÚMPLASE.

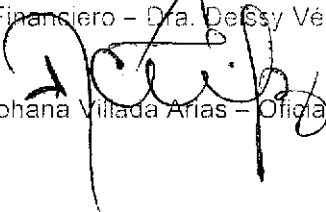
Dado en Dosquebradas a los (23) días del mes de septiembre de dos mil veinte (2020)


HECTOR TRUJILLO ACOSTA
Presidente (e)


LUZ MARINA OSSA MONCADA
Gerente E.S.E Hospital Santa Mónica
Secretaria


Vo. Bo. Asesor Juridico – Dr. Eabor Mejia


Vo. Bo. Asesor Financiero – Dra. Deisy Vélez


Proyecto: Lina Johana Villada Arias – Oficial de Cumplimiento