

PERIODO	PRIMER SEMESTRE 2025
ÁREA O DEPENDENCIA	OFICINA DE CONTROL INTERNO
RESPONSABLE	RUBY ESNEDA MARÍN LÓPEZ
DIRIGIDO A	GERENCIA H.S.J.D.- JUNTA DIRECTIVA
REFERENCIA	Informe De Seguimiento Al Sistema De Administración Del Riesgo De Lavado De Activos, Financiación Del Terrorismo. (SARLAFT).
OBJETIVO	Verificar el cumplimiento de las instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, de acuerdo a la Circular 009 de 2016 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de constatar el diseño, implementación y funcionamiento de un sistema de autocontrol y gestión del riesgo de LA/FT.
ALCANCE	Seguimiento al SARLAFT y su implementación, correspondiente al primer semestre del 2024, de acuerdo a la norma que le rige.
FUNDAMENTO NORMATIVO	Circular 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud en relación al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT. Ley 1474 de 2011. (Estatuto anticorrupción) Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y efectividad del control. Manual del SARLAFT. Código de ética y buen gobierno (integridad) del hospital.
INTRODUCCIÓN: En cumplimiento a las funciones de la Ley 87 de 1993 y sus decretos reglamentarios, el manual del SARLAFT de la entidad, el cual establece que la Oficina de Control Interno debe realizar seguimiento a la aplicación y puesta en funcionamiento del SARLAFT. Evaluando semestralmente la efectividad y cumplimiento de todas y cada una de las etapas y los elementos del SARLAFT/FPADM, con el fin de determinar las deficiencias y sus posibles soluciones. Informar los resultados de la evaluación, a la gerencia y al Oficial de Cumplimiento.	
METODOLOGIA:	

Para dar cumplimiento al seguimiento, se solicitó, al Oficial de Cumplimiento vía correo electrónico, la información requerida (informe de seguimiento), con base en este informe se realiza el paralelo de acuerdo a la norma, Circular 009 de 2016 y al manual del SARLAFT de la entidad con fecha de agosto del 2022, versión 04.

**MANUAL DE SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN
DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS,
FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)
Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE
ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (FPADM)**

PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN

Versión 04
Agosto de
2022

Claudia María
Angarita Gómez

Luis Carlos Mejía
Quiceno

Junta Directiva

Se realizan modificaciones
acorde a la circular externa
20211700000005-5 DE 2021

Manual SARLAFT, fuente (biblioteca virtual institucional).

El 22 de Julio se recibe el Informe Semestral por parte de la suplente del oficial de cumplimiento, donde se informa las actividades realizadas, se da claridad que ningún riesgo se ha materializado, que no se han requerido cambios en las políticas relacionadas con el sistema de administración de riesgos específicos de LAFT/PADM, y que se mantienen los respectivos controles.

PERIODO	Primer Semestre 2025	
ÁREA O DEPENDENCIA	Subgerencia administrativa y financiera	
RESPONSABLE	Subdirector Administrativa y Financiera – Oficial de Cumplimiento SARLAFT	
DIRIGIDO A	Junta Directiva	
REFERENCIA	Informe de gestión del Sistema de administración del riesgo de lavado de activos financiación del terrorismo SARLAFT	
COMPROMISO	INDICADOR	RESULTADO
1. Cambios en las políticas	Cambios realizados	0
2. Gestionar el riesgo	Riesgos de LAFT/PADM materializados	0
3. Verificación de cambios en las bases de datos de personas políticamente expuestas (PEP) y conocimiento del cliente	Cambios identificados	1
4. Cumplimiento de requerimientos a las autoridades	Reportes realizados a la fecha	6
5. Actividades ejecutadas	Actividades ejecutadas	4

5. Actividades ejecutadas

Acorde con el manual SARLAFT/PADM se realizaron las siguientes actividades:

- 1 seguimientos del mapa de riesgos (cuatrimestrales)
- 1 seguimiento a mapa de riesgos por parte del oficial de cumplimiento.
- 6 reportes sin operaciones sospechosas.
- Verificación de cumplimiento de las acciones que permitan el cumplimiento en el manejo de datos y de la información relacionada con el SARLAFT
- Verificación de rendición de informes en el SIRIEL
- Verificación de informes de seguimiento por parte de la revisoría fiscal en cuanto a las acciones de seguimiento a las actividades de control establecidas por el hospital en materia de SAGRILAFT.

NOMBRE	FIRMA	FECHA
Liliana Rodríguez Zuleta		10 de Julio de 2025

Informe semestral del oficial de cumplimiento. (realizado por la suplente del oficial de cumplimiento)

Las conclusiones en cuanto acciones dadas por la suplente del oficial de cumplimiento dentro del informe son las siguientes: (no se evidencia recomendaciones).

5. Actividades ejecutadas

Acorde con el manual SARLAFT/PADM se realizaron las siguientes actividades:

- 1 seguimientos del mapa de riesgos (cuatrimestrales)
- 1 seguimiento a mapa de riesgos por parte del oficial de cumplimiento.
- 6 reportes sin operaciones sospechosas.
- Verificación de cumplimiento de las acciones que permitan el cumplimiento en el manejo de datos y de la información relacionada con el SARLAFT
- Verificación de rendición de informes en el SIRIEL
- Verificación de informes de seguimiento por parte de la revisoría fiscal en cuanto a las acciones de seguimiento a las actividades de control establecidas por el hospital en materia de SAGRILAFT.

REPORTES

En relación a los reportes internos (página 40) realizados mensualmente por el área de tesorería, (se recibe una sola certificación por semestre). Teniendo en cuenta que estos deben ser mensuales, acorde al manual.

CERTIFICACIÓN

El suscrito **Luis Mauro Giraldo Zuluaga**, identificado con cédula de ciudadanía No. 15.438.096, en calidad de **Tesorero** del Hospital San Juan de Dios E.S.E.,

CERTIFICA

Que, revisados los registros y el histórico de movimientos correspondientes al período comprendido entre el **1 de enero y el 30 de junio de 2025**, **no se identificaron transacciones en efectivo iguales o superiores a Cinco Millones de Pesos (\$ 5.000.000)**, ni transacciones múltiples que en su conjunto igualaran o superaran los Veinticinco Millones de Pesos (\$ 25.000.000) a favor de las cuentas del hospital, de conformidad con lo establecido en el procedimiento institucional para la revisión y supervisión de operaciones en efectivo.

En consecuencia, durante el semestre referido **no hubo lugar a reportes por operaciones en efectivo en los rangos establecidos, ni se detectaron operaciones sospechosas** que debieran ser informadas al Oficial de Cumplimiento para su posterior envío a las entidades de control.

Se expide la presente certificación a solicitud del Control Interno, para los fines pertinentes, en Rionegro, a los **15 días del mes de agosto de 2025**.

Atentamente,



Luis Mauro Giraldo Zuluaga
Tesorero
Hospital San Juan de Dios E.S.E.

Informes del Revisor Fiscal y oficial de cumplimiento

A la fecha no se recibió o evidencio informe presentado a la junta por parte del Revisor Fiscal, y del oficial de cumplimiento, pero si se informó por parte de la jurídica que estos líderes presentarían dichos a finales del mes de agosto.

6.3 REVISOR FISCAL

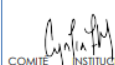
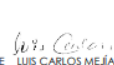
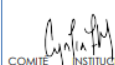
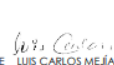
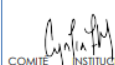
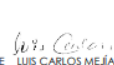
De conformidad con lo previsto en los numerales 1, 2 y 3 del artículo 207 del Código de Comercio, el revisor fiscal deberá cerciorarse que las operaciones, negocios y contratos que celebre o cumpla la empresa, se ajustan a las instrucciones y políticas aprobadas por el máximo órgano social, el empresario en el caso de las empresas unipersonales o el accionista único en la sociedad por acciones simplificada unipersonal.

Asimismo, deberá dar cuenta por escrito cuando menos, de forma anual a la Junta Directiva o quien haga sus veces, al representante legal, al empresario en el caso de las empresas unipersonales o al accionista único en la sociedad por acciones simplificada unipersonal, del cumplimiento o incumplimiento a las disposiciones contenidas en el SARLAFT.

Fuente de información: Circular 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud.

- Lineamientos sobre Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión de ética de la organización en el día a día. Estos deben contener los principios, valores y directrices que todo empleado de una EPS, EMP o SAP, debe tener en cuenta en el ejercicio de sus funciones, en coherencia con lo dispuesto en esta Circular para el tema de Buen Gobierno. La entidad propende por adoptar

diferentes políticas y medidas encaminadas a implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética, transparente, de lucha contra la corrupción, opacidad, fraude, una gestión anti soborno, y un Código de Integridad que esté acompañado de valores como: *HONESTIDAD, RESPETO, COMPROMISO, DILIGENCIA* y Justicia, entre los demás valores que consideren relevantes las entidades como: *HUMANIZACION, SEVICIO, COMPROMISO, CONFIANZA, HONESTIDAD.*

CÓDIGO DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN Compromisos éticos institucionales frente a la gestión integral y transparente, difundidos y adoptados de forma voluntaria ante los grupos de interés.	PROCESO DE CONTROL INTERNO Y GESTIÓN CÓDIGO DE INTEGRIDAD Y BUEN GOBIERNO VERSIÓN 05 Código HEC0101001 <table border="1"> <tr> <td>Elabora/Modifica:</td> <td>Revisó:</td> <td>Aprobó:</td> </tr> <tr> <td>  COMITÉ INSTITUCIONAL PLANEACIÓN Y DESEMPEÑO Fecha: Abril de 2022 </td> <td>  DE LUIS CARLOS MEJÍA QUICENO Cargo: Gerente Fecha: Abril de 2022 </td> <td>  DE LUIS CARLOS MEJÍA QUICENO Cargo: Gerente Fecha: Abril de 2022 </td> </tr> </table>	Elabora/Modifica:	Revisó:	Aprobó:	 COMITÉ INSTITUCIONAL PLANEACIÓN Y DESEMPEÑO Fecha: Abril de 2022	 DE LUIS CARLOS MEJÍA QUICENO Cargo: Gerente Fecha: Abril de 2022	 DE LUIS CARLOS MEJÍA QUICENO Cargo: Gerente Fecha: Abril de 2022
Elabora/Modifica:	Revisó:	Aprobó:					
 COMITÉ INSTITUCIONAL PLANEACIÓN Y DESEMPEÑO Fecha: Abril de 2022	 DE LUIS CARLOS MEJÍA QUICENO Cargo: Gerente Fecha: Abril de 2022	 DE LUIS CARLOS MEJÍA QUICENO Cargo: Gerente Fecha: Abril de 2022					

La entidad diseño y aprobó este código de ética o de integridad, donde se plantean como mínimo los cinco valores a nivel Nacional de los servidores públicos y son socializados dentro de las inducciones y reinducciones, durante toda la vigencia.

Inducción General

Curso Configuración Participantes Calificaciones Informes Más ▾

¡Bienvenidos!

¿QUÉ APRENDERÁS?

 - Nuestra Historia ¿Quiénes somos? - Código de Integridad - Talento Humano - Enfoque de Derechos Humanos en Salud - Cuida tu salud mental	 - Seguridad y Salud del Colaborador - Sostenibilidad Ambiental - Seguridad del Paciente - Nuestro servicio farmacéutico - Atención al Usuario - Nuestras TICs	 - Salud - Comuniquémonos - Somos IAMII
--	--	---

Evidencia de la plataforma por la cual se reciben la inducción (virtualmente).

INDUCCIÓN 2025						
Mes	Nombre Completo	Cargo	Fecha de Realización	Nota	Forma de Vinculación	Sede
ENERO	ARGEL PEREIRA VERONICA MARIA	AUXILIAR DE ENFERMER	2/01/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
FEBRERO	GIRALDO MARIN SAIDY VANESSA	ENFERMERO(A)	2/01/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
MARZO	CORREA CARDONA GLADIS DE JESUS	AUXILIAR DE ENFERMER	2/01/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
ABRIL	MORALES CEBALLOS VANESSA	AUXILIAR DE ENFERMER	2/01/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
MAYO	ESPITIA PALACIOS DAVID EDUARDO	CIRUJANO(A)	2/01/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
JUNIO	JARAMILLO GUARIN JUAN PABLO	MEDICO(A) GENERAL	7/01/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
JULIO	MONTOYA CASTRO VEMAR ANTONIO	CAMILLERO	9/01/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
AGOSTO	ROJAS LONDOÑO ANDERSON	AUXILIAR DE ENFERMER	9/01/2025	APROBADO	PROSALUD	GMM
SEPTIEMBRE	BEDOYA MORALES YARSERLEE	AUXILIAR DE ENFERMER	9/01/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
OCTUBRE	ARIAS QUINTERO ELIZABETH	MEDICO(A) GENERAL	9/01/2025	APROBADO	PROSALUD	GMM
NOVIEMBRE	ESCOBAR QUINTERO JUAN CAMILO	MEDICO(A) GENERAL	9/01/2025	APROBADO	PROSALUD	GMM
DICIEMBRE	TABARES RAMIREZ ESTEFANIA	MEDICO(A) GENERAL	14/01/2025	APROBADO	PROSALUD	GMM
ENERO	AGUDELO MIRA LUIS CARLOS	AUXILIAR DE FACTURAC	19/12/2024	APROBADO	PROSALUD	GMM
FEBRERO	OSORIO RESTREPO ANDRES	AUXILIAR ADMINISTRAT	16/01/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
MARZO	OLIVEROS GAMBOA VIOLETA	MEDICO(A) GENERAL	16/01/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
ABRIL	MUÑOZ DIAZ BREYDIS SANDRITH	INTERNISTA	16/01/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
MAYO	MONTERO MORENO EISON JESUS	INTERNISTA	16/01/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
JUNIO	ZAPATA SANCHEZ SARA	INSTRUMENTADOR	23/01/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
JULIO	VASQUEZ RUA VICTOR MANUEL	AUXILIAR DE ENFERMER	23/01/2025	APROBADO	PROSALUD	GMM
AGOSTO	GUARNIZO VILLANUEVA JOHANA ALEJANDRA	ANESTESIOLOGO(A)	29/01/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
FEBRERO	GALVIS DIAZ PAULA NATALIA	AUXILIAR DE ENFERMER	3/02/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
FEBRERO	RUMBO BORRERO EDUARDO	ORTOPEDISTA	4/02/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
MARZO	SIERRA GOMEZ HELIANA LISETH	AUXILIAR DE ENFERMER	3/03/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
MARZO	MONSALVE MAZO LEIDY CRISTINA	AUXILIAR DE ENFERMER	3/03/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
MARZO	OROZCO GORDO JUAN MANUEL	MEDICO(A) GENERAL	3/03/2025	APROBADO	PROSALUD	JHGN
MARZO	SILVA QUINTERO LAURA ANDREA	OFTALMOLOGO(A)	3/03/2025	APROBADO	PRESTACION DE SERVICIOS	JHGN

Listados de colaboradores a los cuales se les realizo la induccion.

Fuente de información: área de talento humano.

- La Entidad cuenta con los procedimientos aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de los elementos y las etapas del SARLAFT.

El diseño de los procedimientos para la implementación del SARLAFT es responsabilidad del Oficial de Cumplimiento de la entidad, quien deberá presentarlas para su aprobación al máximo órgano social o junta directiva. El oficial de cumplimiento rendirá informe en la junta directiva el 28 de agosto de 2025.

- Nombramiento del oficial de Cumplimiento principal y Suplente: El oficial de cumplimiento tiene un acuerdo de nombramiento donde asume las funciones definidas en el manual MEC0102001, dicho manual contempla las normas relacionadas con el subsistema, el Acuerdo N° 002 del 25 de enero del 2024, en el cual se nombra como oficial de cumplimiento al funcionario que asume el cargo de subgerente administrativo y financiero y la suplente que asume el cargo (E) de líder administrativa del hospital. (Liliana Rodríguez).

6.2.1 REQUISITOS DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO:

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

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

De acuerdo a la información suministrada por talento humano se encontró que: Según el del código 6.2.1 numeral C, requisito el oficial de cumplimiento, se evidencia que no cumplió con las horas del curso, al cual la entidad realizó la inscripción, a través del Politécnico Colombiano (como contraprestación a convenio), por lo anterior, se sigue incumpliendo con este requisito que por norma obliga.

De: Maria Ximena Iral Buitrago <talento.humano@hospitalrionegro.gov.co>
Enviado: miércoles, 30 de octubre de 2024 4:49 p. m.
Para: Jairo Gómez <financiera@hospitalrionegro.gov.co>
Asunto: Fwd: Inscripción ID POLISURA_627506DIP Politécnico de Suramerica al curso de SARLAFT INICIO PROXIMO MIERCOLES 📧

Cordial saludo dr Jairo,

Le remito la inscripción al curso/diplomado del sarlaft que nos otorgaron en contraprestación al convenio firmado con el Politécnico de Suramérica. De todas maneras, también debió de llegar a su correo personal o institucional para su realización.

Si presenta alguna inquietud me cuenta. Feliz tarde.



Maria Ximena Iral Buitrago
Asistente talento humano
Hospital San Juan de Dios E.S.E Rionegro
¡Antes de imprimir este correo, piensa si es necesario hacerlo! 📧

 (604) 5313700 Ext.160
 <http://eserionegro.gov.co/>
 Sede Jorge Humberto González Noreña - Dirección: Carrera 48 # 56-59, Sede Gilberto Mejía Mejía - Dirección: Carrera 70 # 40-68



Inscripción ID POLISURA_627506DIP Politécnico de Suramerica al curso de SARLAFT INICIO PROXIMO MIERCOLES 📧

¡Bienvenido a nuestra familia Polisural!

El id de tu inscripción es:

POLISURA_627506DIP

Te hemos inscrito correctamente y de forma ¡Gratuita! al CURSO o DIPLOMADO:

SARLAFT.

Te inscribimos con los siguientes datos:

- Documento: 15440211
- Nombre Completo: Jairo Antonio Gómez García
- E-mail: jairogomez2007@hotmail.com - financiera@hospitalrionegro.gov.co

PRESUPUESTO PARA EL SARLAFT.

La junta directiva: Corresponde como mínimo a la Junta Directiva:

- Diseñar y actualizar y aprobar las políticas para la prevención y control del riesgo de LA/FT/FPADM que harán parte del SARLAFT.
- Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.
- Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el SARLAFT, teniendo en cuenta las características del riesgo de LA/FT/FPADM y el tamaño de la entidad. Este equipo de trabajo humano y técnico debe ser de permanente apoyo para que el Oficial de Cumplimiento lleve a cabalidad sus funciones.
- Asignar un **presupuesto** anual para contratación de herramientas tecnológicas, contratación de personal, capacitación, asesorías,

No se cuenta con partida específicamente presupuestal para el funcionamiento del SARLAFT, para la vigencia 2025 (fuente de información líder presupuesto). Se tiene en general recurso humano y las herramientas tecnológicas que se requieren para desarrollar este sistema.

En relación al numeral 5.2.2.2.6 (herramientas para identifica operaciones inusuales y/o sospechosas. (Área de sistemas).

5.2.2.2.6 Establecer herramientas para identificar operaciones inusuales y/o sospechosas: La entidad deberá establecer herramientas que permitan identificar operaciones inusuales y/o sospechosas. Dichas herramientas pueden consistir en aplicativos tecnológicos que generen alertas, como el caso de hojas electrónicas cuya información pueda ser consolidada periódicamente y permita el desarrollo de indicadores a partir de los cuales se pueda inferir la existencia de situaciones que escapen al giro ordinario de sus operaciones y le permitan monitorear operaciones efectuadas por aquellas personas naturales y jurídicas que no siendo usuarios del SGSSS, tengan una relación jurídica y/o económica con la entidad.

Estas herramientas deben segmentarse de acuerdo con la naturaleza específica de cada entidad, teniendo en cuenta sus características particulares, tamaño, ubicación geográfica, las diversas clases de servicios que ofrece, los tipos de clientes o cualquier otro criterio que a su juicio resulte adecuado para controlar el riesgo de LA/FT.

7. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

Las entidades deben contar con la infraestructura tecnológica necesaria para garantizar la adecuada administración del riesgo de LA/FT, al contar con un soporte tecnológico acorde con sus actividades, operaciones, riesgo y tamaño.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. RIONEGRO
890907254

Fecha Actual: viernes, 19 julio 2024
Página 1/295

LISTADO RESUMEN DE RECIBOS DE CAJA

DESDE LA FECHA 1-07-2024 12:00:00 a.m. HASTA LA FECHA 19-07-2024 11:59:59 p.m. CON ESTADO CONFIRMADO

Tercero	CONSECUATIVO	Cuenta / Caja	CUENTA CONTABLE	VALOR	ESTADO
1000	11050103	STIVEN	11050103	29,300.00	Confirmado
00000000000000000000	CAJA, 000 CAJA SHON	TOTAL 1000	11050103	29,300.00	
1000	11050103	MANUELA	11050103	338,000.00	Confirmado
00000000000000000000	CAJA, 000 CAJA SHON	TOTAL 1000	11050103	338,000.00	
1000	11050103	SEBASTIAN	11050103	127,500.00	Confirmado
00000000000000000000	CAJA, 000 CAJA SHON	TOTAL 1000	11050103	127,500.00	
1000	11050103	MANUELA	11050103	5,600.00	Confirmado
00000000000000000000	CAJA, 000 CAJA SHON	TOTAL 1000	11050103	5,600.00	
1000	11050103	ALEJANDRO	11050103	16,400.00	Confirmado
00000000000000000000	CAJA, 000 CAJA SHON	TOTAL 1000	11050103	16,400.00	

El sistema de Información ERP – HIS Dinámica Gerencial Hospitalaria, se cuenta en el módulo de Tesorería con gran número de reportes, dentro del cual se encuentra el Informe de Recibos de Caja. Este informe generado en un rango de fechas y agrupado por terceros permite verificar los montos de los dineros recibidos, también permite ser exportado a MS Excel, para facilitar el filtro y con base a los filtros de los valores, identificar montos que excedan los topes establecidos y generen sospechas

El Hospital cuenta con contratos de soporte actualización y mantenimiento de la infraestructura de TICs, Así:

CONTRATISTA	NIT	D	OBJETO	ESTADO	DOCUMENTO
EGLOBAL	811,022,490	2	SOPORTE Y ACTUALIZACIÓN PLANTA IP 2025	ORDEN SERVICIO	OS00000000000335
M7.DOC S.A.S.	901,631,464	1	Soporte y Actualización sistema Document. Vigencia 2025.	ORDEN SERVICIO	OS00000000000339
NETAMENTE	901,015,711	2	LICENCIA SAS OKASYSTEM 2025	EJECUCIÓN	048-2025
CLTECH	830,062,553	8	SOPORTE Y ACTUALIZACIÓN ENTERPRISE 2025	EJECUCIÓN	073-2025
SYAC	800,149,562	0	SOPORTE Y ACTUALIZACIÓN DINAMICA 2025	EJECUCIÓN	052-2025
EGLOBAL	811,022,490	2	SOPORTE Y ACTUALIZACIÓN FORTINET 300E 2025	EJECUCIÓN	071-2025
EGLOBAL	811,022,490	2	LICENCIA ANTIVIRUS 2025 ESET Endpoint & Server Security 540 Licencias	EJECUCIÓN	104-2025
M7.DOC S.A.S.	901,094,747	4	LICENCIA SAS SW RESOLUCIÓN 202 2025	EJECUCIÓN	OS00000000000336
VISTA 360 SOFTWARE	901,233,783	7	SOPORTE Y ACTUALIZACIÓN SEGUPA 2025	EJECUCIÓN	051-2025
EGLOBAL	811,022,490	2	LICENCIA CORREO ELECTRÓNICO 2025 EXCHANGE 320 OUTLOOK 30 PAGO MENSUAL	EJECUCIÓN	105-2025
EGLOBAL	811,022,490	2	LICENCIA VEEAM BACKUP 2025	CONTRATO	340-2025
EGLOBAL	811,022,490	2	LICENCIA ADOBE ILLUSTRATOR 2025	ORDEN SERVICIO	OS00000000000467
SALUD ELECTRONICA	901,192,904	4	Renovación de la licencia SAS de Mipres en Línea del Proveedor Salud Electrónica para la Vigencia 2025	ORDEN SERVICIO	OS00000000000337
BIOMEB SAS			LICENCIA OSIRIX MD MARYA	EJECUCIÓN	
EGLOBAL	811,022,490	2	soporte al servidor HP LTO-6 Ultrium 6250 Ext Tape Drive (Serial Number: HUJ107DN66)	ORDEN SERVICIO	OS00000000000473

CAPACITACIONES

Se establecido en el programa de inducciones, la realización de las capacitaciones y evaluaciones sobre las políticas, procedimientos, herramientas y controles adoptados para dar cumplimiento al SARLAFT, las constancias o evidencia de estas acciones reposan en la oficina de talento humano.

FORMACIÓN CONTINUA / Formación Transversal

SARLAFT - FPADM

Curso Configuración Participantes Calificaciones Informes Más >

General Colapsar todo

 MANUAL INSTITUCIONAL SARLAFT - FPADM Finalización

Capacitación de SARLAFT - FPADM

 SARLAFT - FPADM Finalización

Aquí conocerás sobre la importancia del Sistema de Administración del Riesgo del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en nuestra Entidad.

Evaluación SARLAFT - FPADM

 Evaluación Finalización

Abrió: jueves, 21 de diciembre de 2023, 10:00

Fuente de información: área de talento humano

En relación al numeral 5.2.2.2.4

5.2.2.2.4 Conocimiento de trabajadores, empleados o proveedores: La entidad debe verificar los antecedentes de sus trabajadores, empleados o proveedores antes de su vinculación y realizar por lo menos una actualización anual de sus datos. Cuando se detecten comportamientos inusuales en cualquier persona que labore o tenga contacto con la entidad, se debe analizar tal conducta.

La entidad solicita a través del formato PFE401002, conocimiento del cliente, el cumplimiento de la lista de chequeo, antes de contratar a los proveedores (personas jurídicas y naturales) el diligenciamiento del formato.

 **PROCESO DE JURIDICA**

FORMATO VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DE CONTRATOS

VERSIÓN 11

Código
FPE0401002
Fecha:
Septiembre 2024

DOCUMENTOS PARA LA ELABORACIÓN DE CONTRATO PERSONA NATURAL

Nombres y Apellidos
Cédula de Ciudadanía
Número de contrato

C: Cumple NC: No cumple NA: No aplica

REQUISITOS	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	C	NC	NA
DOCUMENTOS PREVIOS PARA CONTRATAR PERSONA NATURAL			
Declaración juramentada de relación de contratos en ejecución con otras entidades del Estado (Directiva Presidencial 01 de 2022)			
Declaración de bienes y renta (DIAN)			
SARLAFT (Formato Hospital)			
1- Solicitud de autorización de datos personales (FPA0201010)			

Se verifican en las hojas de vida del personal vinculado la existencia de este documento, a lo cual se evidencia que algunos funcionarios no han diligenciado esta información.

8909072547	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS RIONEGRO					
DOCUMENTO	FECHA DE EXPEDICION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
15440211	15/06/1996	GÓMEZ	GARCÍA	JAIRÓ	ANTONIO	1978-04-17
15384868	31/10/1994	HENAO	MORENO	JORGE	WILSON	1976-08-28
15431709	14/07/1986	JARAMILLO	JARAMILLO	EDINSON		1967-10-28
1036933411	22/03/2007	LONDOÑO	VILLEGAS	MONICA	ALEJANDRA	1989-03-10
1036934324	21/06/2007	MARTÍNEZ	GARCÍA	JULIÁN	ANDRÉS	1989-06-10
1128414044	28/02/2006	MOGOLLON	JAIMES	CYNTIA	TERESA	1987-10-14
21788113	30/12/1988	PEREZ	ARENAS	LUZ	EDILSE	1970-07-18
1036926560	29/11/2004	PUERTA	CARDONA	CLAUDIA	MARCELA	1986-10-21

Fuente de informacion area de talento humano.

- La Entidad cuenta con la matriz de riesgos articulada y la primera y segunda línea de defensa realizan seguimiento el cual queda plasmado en las actas del Comité de Gestión y Desempeño. La tercera línea de defensa realiza el seguimiento, el cual se envia a la Gerencia y a la página web de la entidad.

PERIODO	PRIMER CUATRIMESTRE (ENERO 01 A ABRIL 30 Del 2025).	
ÁREA O DEPENDENCIA	OFICINA DE CONTROL INTERNO	
RESPONSABLE	RUBY ESNEDA MARIN LOPEZ	
DIRIGIDO A	GERENCIA H.S.J.D.	
REFERENCIA	INFORME DE SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION.	
COMPROMISO	INDICADOR	RESULTADO
N.A	N.A	N.A
DETALLE DE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES		
OBJETIVO: Verificar los avances en la identificación y monitoreo de los controles a los riesgos para la lucha contra la corrupción los cuales sirven de insumo para el cumplimiento y aplicabilidad en todos los procesos para una Gestión transparente, dentro del mapa de riesgos 2025, Verificar el seguimiento que se realiza por parte de la primera y segunda línea de defensa a los riesgos de corrupción. Para el periodo del 01 de enero al 30 de abril.		

DOCUMENTACIÓN

10. DOCUMENTACIÓN

El Representante Legal de la entidad debe mantener en todo momento, y a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud los siguientes documentos:

- Las actas del máximo órgano social, o del empresario en el caso de las empresas unipersonales, o del accionista único en la sociedad por acciones simplificada unipersonal, donde conste la aprobación de las políticas del SARLAFT, así como las actas correspondientes a la aprobación de los ajustes o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.
- Los instructivos o manuales que contengan los procesos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas y procedimientos aprobados del SARLAFT. Estos documentos deberán ser firmados por el representante legal principal y ser de fácil consulta y aplicación al interior de la organización.
- Los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento.
- Los informes presentados por el Revisor Fiscal sobre el funcionamiento del SARLAFT.
- Las constancias de envío de los reportes de operaciones sospechosas - ROS remitidos a la UIAF, y demás reportes solicitados por esta Unidad.
- Las constancias de las capacitaciones impartidas a todo el personal de la empresa sobre el SARLAFT.
- Las actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento y del revisor fiscal.

Se evidencio, una carpeta con información del SARLAFT, en el Centro Administrativo Documental, con documentación de los reportes que realiza la suplente a la UIAF pero de la vigencia 2024. No se evidencio documentación del 2025).

8.2.2 REPORTES

8.2.2 REPORTE DE AUSENCIA DE OPERACIONES INTENTADAS Y OPERACIONES SOSPECHOSAS (REPORTE DE AUSENCIA DE ROS):

Si durante el mes inmediatamente anterior, la entidad no realizó ningún ROS a la UIAF, dentro de los 10 primeros días calendario del mes siguiente deberá reportar a la UIAF que durante el mes anterior no efectuaron Reporte de Operaciones Sospechosas.

Se verifico las evidencias de los reportes correspondientes a este primer semestre 2025, lo cual se encuentra que se archivan digitalmente por parte de la suplente en su computador, pero no se envían al Archivo Central (CAD).



Liliana Rodriguez Zuleta

Para: Ruby Esneda Marin Lopez




Respor

 REPORTE PROCEDIMIENTOS ... 52 KB	 REPORTE PROVEED ENE 202... 52 KB	 ROSS ENERO 2025.pdf 52 KB
 REPORTE PROCEDIMIENTOS ... 52 KB	 REPORTE PROVEEDORES FEB... 52 KB	 ROSS FEBRERO 2025.pdf 52 KB
 REPORTE PROCEDIMIENTO ... 59 KB	 REPORTE PROVEEDORES MA... 59 KB	 REPORTE ROSS MARZO 2025... 59 KB

CONCLUSIONES-RECOMENDACIONES

- Se recomienda que el oficial de cumplimiento emita los informes semestrales por escrito donde exponga los resultados de su gestión, y lo dirija a la gerencia. Y

anualmente lo dirige a la Junta Directiva; El informe presentado, es firmado y entregado por la oficial suplente.

- Acreditar por parte del oficial de cumplimiento los conocimientos en materia de administración del riesgo LA/FT por parte de instituciones autorizadas por el ministerio de Educación Nacional, para el cual el diplomado no debe durar menos de 90 horas o certificar 4 años de experiencia laboral en las áreas de administración y gestión de riesgos. (el oficial de cumplimiento No aprobó el curso, por inasistencia, se debe revisar los motivos de la inasistencia e insistir en cumplir con este requisito).
- Se requiere el diligenciamiento del formato conocimiento del cliente por parte de todos los miembros de la Junta Directiva.
- Realizar por lo menos de forma anual y por escrito, el informe del revisor fiscal, (no se evidencio) (página 23 del manual).
- Asignar partida presupuestal específica en cada vigencia, para este sistema, y/o certificar por parte del área financiera por que rubros salen estos recursos para atender el desarrollo de las actividades relación al SARLAFT.
- Revisar y actualizar la documentación (expedientes) y recopilar toda la información relacionada al sistema SARLAFT, en un solo lugar (del CAD) asequible para los entes de control y de la Súper Salud.
- Enviar al oficial de cumplimiento los primeros diez días de cada mes, los reportes determinando, que a la fecha, sí o no, han existido operaciones sospechosas (ROS). Por parte de la tesorería.



Ruby Esneda Marín López
Jefe de Control Interno.