



INFORME DE SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN
DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS,
FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT). Y AL SUBSISTEMA DE
ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE
(SICOF).

PARA: Gerencia Hospital San Juan de Dios.

DE: Oficina de Control Interno.

FECHA: Periodo evaluado Agosto 2022 a Julio 2023.

ASUNTO: Informe de Seguimiento al avance de lo establecido en La circular externa 20211700000005-5 de 2021 (septiembre 17 del 2021). Instrucciones generales relativas al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (sicof).

INTRODUCCIÓN:

Dentro de las funciones señaladas en la Ley 87 de 1993 y sus decretos reglamentarios, se indica que la evaluación y el seguimiento, independiente y objetivo es uno de los roles más relevantes de la responsabilidad que le corresponde a la Oficina de Control Interno. Acorde al manual de sistema de administración el riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo (sarlaft) y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (fpadm) página 23. Dentro del Manual del Sarlaft establece que la Oficina de Control Interno debe realizar seguimiento a la aplicación y puesta en funcionamiento del sarlaft.

OBJETIVO:

Verificar el cumplimiento del SARLATF 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.

ALCANCE:

Seguimiento al SARLAFT y su implementación, correspondiente al primer semestre del 2023, de acuerdo con la Circular 009 de 2016 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud y el Manual MEC0102001.

METODOLOGIA:

Para dar cumplimiento al seguimiento se solicitó al Oficial de Cumplimiento la información necesaria y de acuerdo con la Circular 009 de 2016 y el Manual del SARLAFT



RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

- Pronunciamiento de la Junta Directiva: Se solicita mediante correo electrónico del 29 de agosto, las actas de la Junta donde se manifiestan sobre los informes del Revisor Fiscal y del oficial de Cumplimiento.

Se recibe la información por parte del oficial de cumplimiento el 17 de agosto del presente año.

Informes del Revisor Fiscal: la información fue solicitada a través de correo electrónico a la gerencia, la cual lleva las actas de la junta directiva. (No se evidencio informes ni sesiones en la junta, del Revisor Fiscal durante este periodo).



Los informes presentados por el Oficial de Cumplimiento. Las actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del informe del Oficial de Cumplimiento. Y Plan de acción de ejecución del SARLAFT. (Este informe fue presentado a la Junta Directiva en el mes de agosto, el acta reposa en la gerencia).

- Lineamientos sobre Conducta que recogen todas las disposiciones correspondientes a la gestión 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 debe propender 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. La entidad diseño y aprobó el código de integridad donde se plantean como mínimo los cinco valores de los servidores públicos, este código se socializa en el momento de ofrecer las inducciones (mensualmente y reintroducciones (anualmente) las planillas de asistencia reposan en la oficina de talento humano. Se tiene el código de ética y buen gobierno el cual se

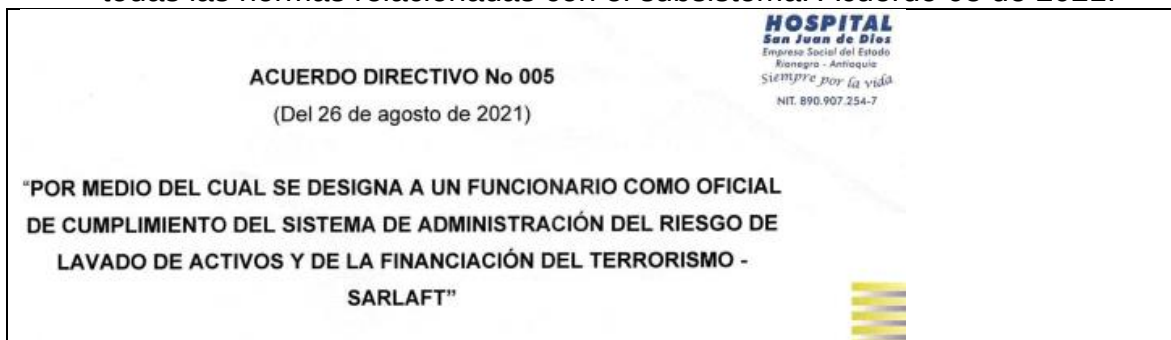


actualizo y hace las veces de código de integridad en el cual están plasmados los valores institucionales incluyendo los del gobierno nacional.



Fuente biblioteca institucional en la intranet.

- Nombramiento del oficial de Cumplimiento principal y Suplente: El oficial de cumplimiento fue nombrado por acuerdo de junta Directiva donde asume las funciones definidas en el manual MEC0102001, dicho manual contempla todas las normas relacionadas con el subsistema. Acuerdo 05 de 2021.



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.

Aprobación de procedimientos La Junta Directiva o quien haga sus veces, el empresario en el caso de las empresas unipersonales o el accionista único en la sociedad por acciones simplificada, será el responsable de aprobar el manual de procedimientos del SARLAFT que se aplicará en las empresas obligadas al cumplimiento de esta norma.

De esta manera, será obligatorio el conocimiento de los clientes y usuarios y en General, las personas naturales y jurídicas que tienen relaciones y operaciones Económicas con los Agentes del SGSSS.



Respuesta del Oficial de Cumplimiento: Manifiesta que en el manual MEC0102001 se encuentra los procesos, procedimientos, etapas y elementos del Sarlaft. Disponible en la biblioteca institucional.

Una vez verificado el manual MECO102001 se encuentra los procedimientos y etapas del SARLAFT. Los cuales podrían ser más específicos y al detalle, se aprecian muy generalizados.



Fuente biblioteca institucional en la intranet.

- Como realiza la entidad el conocimiento de los clientes y usuarios el cual debe tener como mínimo la siguiente información:

Descripción	PN	PJ
Nombre y apellidos completos o Razón Social según el caso	X	X
Número de identificación: Cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, cédula de extranjería, carné diplomático, pasaporte o NIT	X	X
Nombre y apellidos completos del representante y número de identificación		X
Dirección y teléfono del representante		X
Lugar y fecha de nacimiento	X	
Dirección y teléfono residencia	X	
Ocupación, oficio o profesión	X	
Declaración voluntaria de origen de los fondos	X	X
¿Maneja recursos públicos y/u ostenta algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público? (Declaración del cliente/usuario de si tiene o no la condición de Persona Expuesta Políticamente (PEP). ¿Es servidor público?).	X	
¿Realiza operaciones internacionales? (Señale el tipo de operación: importaciones, exportaciones, inversiones, préstamos, envío y/o recepción de giros, pago de servicios, transferencias, entre otras.	X	X
Firma y huella del cliente/usuario cuando aplique. Será la del representante en caso de las personas jurídicas	X	X
Fecha de diligenciamiento del formulario y nombre e identificación del funcionario de la entidad que lo diligencia.	X	X

PN: Identificación requerida del cliente persona natural.
PJ: Identificación requerida del cliente persona jurídica.

Respuesta del auditado:

El conocimiento del cliente se aplica acorde con el manual a funcionarios, contratistas y proveedores, con el diligenciamiento del formato FEC0102001. Los de los funcionarios se encuentran disponibles en las hojas de vida custodiadas en la oficina de talento humano, las de contratistas en los contratos custodiados en jurídica, y la de proveedores en la oficina de compras. De igual forma se tienen escaneados en un compartido bajo custodia del oficial de cumplimiento.



Respuesta de oficina de control interno

Verificado el formato FEC102001 versión 2 aprobado en el año 2022, se encuentra que se tiene toda la información mínima requerida de acuerdo al conocimiento del cliente.

- Matriz de riesgo: Las entidades vigiladas deben contar con una matriz de riesgos para la aplicación e implementación de las etapas del SARLAFT.

Respuesta del auditado:

La segmentación de los factores de riesgo es la dada por la última guía administración del riesgo, la cual se evidencia en el mapa de riesgos  MAPA DE RIESGOS 2023.xlsx en la pestaña tipol-clasif, está acorde con el manual se acoge a la política de administración de riesgos institucional 2023. Disponible en la página web, en transparencia, planeación, políticas.

Respuesta de control interno:

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. Además control interno como tercera línea de defensa también realiza seguimiento, el cual es enviado a la Alta Dirección y se sube a la página web de la entidad.

Seguimiento al Mapa de riesgos de Corrupción

- [Seguimiento Mapa de Riesgos de Corrupción Segundo cuatrimestre 2023](#)
- [Seguimiento Mapa de Riesgos de Corrupción Primer Cuatrimestre 2023](#)
- [Informe Seguimiento Mapa de Riesgos Corrupción Mayo 2022](#)
- [Seguimiento Mapa de Riesgos de Corrupción Septiembre - 2022](#)

Fuente, página web del hospital.

- Cuál es el presupuesto asignado anualmente para contratación de herramientas tecnológicas, contratación de personal, capacitación, asesorías, consultorías, y lo necesario para mantener la operación del SARLAFT en la compañía y la actualización normativa del Oficial de Cumplimiento y su equipo.
- Dar a conocer el nombramiento del Oficial de Cumplimiento a la Superintendencia Nacional de Salud, indicando nombre, profesión, cargo adjunto o de desempeño alterno (si procede), teléfonos de contacto y correo electrónico. Esta información y su respectiva actualización o modificación, deberá realizarse a través del módulo de datos generales o aplicativos de reporte de información que la Superintendencia Nacional de Salud disponga



para ellos. En el caso de las entidades públicas la designación se realizará de acuerdo a los términos de Ley que les aplique.

Respuesta del auditado:

El presupuesto en la actualidad no se ha cuantificado, toda vez que son actividades realizadas por personal específico e incluido en los diferentes procesos administrativos.

Respuesta de control interno:

El Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro, Antioquia se asegurará que todo el Personal de nómina y el personal por prestación de servicio y demás terceros Vinculados, suscriba el formato de conocimiento del cliente al momento de la Contratación, como al momento de actualizar toda la información laboral que las Directivas estimen pertinente, la que se realiza en los meses de agosto a octubre de cada año. (La información reposa en la oficina de talento humano y expedientes de cada contrato en la oficina de jurídica).

- Para efectos de la vinculación de la totalidad de los Miembros de la Junta Directiva del Hospital, se deberá adelantar la debida diligencia de los formatos establecidos Con el fin de conocerlos para evitar sus posibles vínculos de delitos de Lavado de Activos y/o Financiación del Terrorismo, para ello se deberá consultar las listas Restrictivas vinculantes para Colombia de acuerdo al procedimiento establecido Para tal fin.

Respuesta del auditado:

Se realizó la respectiva verificación la cual se tiene soporte

Respuesta de control interno:

Se verifico que los miembros de la Junta Directiva hubieran diligenciado los respectivos documentos y se consultó en la lista restrictiva (la información reposa en la oficina del oficial de cumplimiento).

- Qué listas restrictivas (herramienta o software tecnológico) están utilizando para la verificación y consulta de las vinculaciones de clientes, proveedores y terceros.

Respuesta del auditado:

Las listas en las cuales se verifica, están documentadas en el manual MEC0102001. (Disponible en la biblioteca institucional de la intranet)

- el hospital ha estado inmerso en algún proceso sancionatorio por parte de la Superintendencia Nacional de Salud como consecuencia de la extemporaneidad en la implementación de SARLAFT?



Respuesta del auditado:

Se han realizado todos los reportes definidos para este sistema en los tiempos establecidos, por lo tanto, no se han recibido sanciones por extemporaneidad.

- ¿Al momento de su nombramiento como Oficial de Cumplimiento firmó algún acuerdo de confidencialidad?

El oficial de cumplimiento tiene un acuerdo de nombramiento donde asume las funciones definidas en el manual MEC0102001, dicho manual contempla todas las normas relacionadas con el subsistema. Acuerdo 05 de 2021. (Disponible en el Centro administrativo de documentos).

Respuesta de control interno:

Independiente a las funciones escritas, se requiere que haya un acuerdo de confidencialidad.

- ¿Cuáles fueron los resultados del monitoreo y seguimiento de la vigencia 2022 Y 2023, en esta vigencia ya se realizó esta actividad y quien la realiza? El oficial de cumplimiento emitió dos informes (uno por semestre) y control interno emite informe correspondiente al periodo desde agosto 2022 y primer semestre 2023.

Se Tienen establecido un cronograma para la realización de las capacitaciones y evaluaciones sobre las políticas, procedimientos, herramientas y controles adoptados para dar cumplimiento al SARLAFT en la entidad?

Respuesta del auditado: este tema se da en la inducción y reinducción que se le realiza a todo el personal tanto prestadores de servicios, funcionarios y estudiantes, no se tiene cronograma establecido sobre esta capacitación.

¿Dónde reposan las constancias de capacitaciones? ¿Para la vigencia 2022 Y 2023 ya se ha realizado alguna? En el área de talento humano, si se ha realizado algunas capacitaciones y en especial en el comité de gestión.

Respuesta de control interno:

Se recomienda tener el tema del SARLAF dentro del plan de capacitación que realiza la entidad anualmente y asignarle presupuesto como lo dispone la norma.

¿En el caso de una visita por parte de la Superintendencia Nacional de Salud donde reposa la documentación respecto al SARLAFT?

Respuesta del auditado: la documentación del SARLAF reposa en cada área responsable, y el oficial de cumplimiento tiene un compartido donde cada uno escanea y sube la información.



¿Con que periodicidad se reúne la Junta Directiva para tratar asuntos del SARLAFT? Anualmente se informa sobre el sistema. No hay fecha definida.

¿Con que periodicidad el revisor fiscal presenta informes sobre el funcionamiento del SARLAFT? No se tuvo conocimiento sobre esta información, control interno solicitó las actas sobre el comité en el cual tocaron el tema. A lo cual no hubo respuesta.

¿Se han realizado ajustes o modificaciones al manual, a las políticas y existen actas de aprobación por parte del consejo directivo de estas modificaciones?

MANUAL DE SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE LAVADO DE ACTIVO, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT) Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA (FPADM)		Código MEC0102001
VERSIÓN 04		
Elaboró/Modificó:	Revisó:	Aprobó:
 CLAUDIA M. ANGARITA GÓMEZ Cargo: Sub. Admón. y Financiera – Oficial de cumplimiento	 LUIS CARLOS MEJÍA QUICENO Cargo: Gerente	JUNTA DIRECTIVA
Fecha: Agosto de 2022	Fecha: Agosto de 2022	Fecha: Agosto de 2022

CONTROL DE CAMBIOS				
FECHA	ELABORÓ MODIFICÓ	REVISÓ	APROBÓ	CAMBIOS
Creación Octubre de 2016	Alejandro Salazar	Luis María Otálvaro Sánchez	Junta Directiva	Creación
Versión 02 Marzo de 2019	Liliana Rodríguez	Cynthia T. Mogollón Jaimes	Junta Directiva	Inclusión de reporte externo de información
Versión 03 Enero de 2021	Cynthia T. Mogollón Jaimes	Luis Carlos Mejía Quiceno	Junta Directiva	Especificación y cambios de la metodología
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

Fuente biblioteca institucional en la intranet.

La oficina de control interno realiza el seguimiento al avance sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo (sarlaft). Y al subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (sico) de acuerdo a la circular externa 20211700000005-5 de 2021, se evidencia que el hospital ha venido trabajando de en el cumplimiento de norma, obteniendo un porcentaje de cumplimiento en la publicación de un 80 aprox. La entidad aún tiene algunas actividades pendientes por cumplir, por lo cual se recomienda a la gerencia en coordinación con el oficial de cumplimiento y su equipo de trabajo encaminar acciones que permitan contribuir al seguimiento y mejora de las actividades.

Ruby Esneda Marín López
Jefe de Control Interno.